Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

“Isto só pode ser malária!”:

Produção de saberes e práticas locais na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença e, as relações entre os doentes, os curandeiros, os pastores ziones e os técnicos de saúde, no sul de Moçambique.

Ana Rita Sousa Sequeira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau

de Doutor em Estudos Africanos

Orientador: Professor Doutor Ulrich Schiefer, Professor Auxiliar com Agregação
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Março, 2015

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

“Isto só pode ser malária!”:

Produção de saberes e práticas locais na prevenção, diagnóstico e tratamento da

doença e, as relações entre os doentes, os curandeiros, os pastores ziones e os

técnicos de saúde, no sul de Moçambique.

Ana Rita Sousa Sequeira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau

de Doutor em Estudos Africanos

Presidente: Doutor Eduardo Costa Dias, Professor Auxiliar do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa
Vogais: Doutora Maria Isabel Guedes Loureiro, Professora Catedrática da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa
Doutor Paulo Jorge Granjo Simões, Investigador Auxiliar doInstituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa
Doutor Albert Farré Ventura, Investigador PNPD-CAPES, Universidade de Brasília
Doutor Tiago João Correia Fonseca da Conceição, Professor Auxiliar Convidado do Departamento de Sociologia do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa
Doutor Ulrich Schiefer, Professor Auxiliar com Agregação do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa (Orientador)

Março, 2015

Financiada por Fundação da Ciência e Tecnologia, bolsa SFRH/BD/71314/2010

Agradecimentos

A presente dissertação e o percurso realizado nos últimos quatro anos não teriam sido possíveis sem a disponibilidade e o envolvimento de inúmeras pessoas.

Ao meu orientador, Professor Doutor Ulrich Schiefer agradeço, desde o dia um, todo o apoio, os comentários, o incentivo e a confiança. Apesar da distância geográfica e dos diferentes fusos horários que nos separavam, esteve sempre disponível para as nossas conversas por *skype*, para comentar, em detalhe, todos os capítulos e artigos que lhe enviava e para reunir comigo durante as épocas mais inconvenientes – férias do Natal e do Verão.

Ao meu co-orientador para o trabalho de campo, Professor Doutor Baltazar Chilundo, o meu obrigada pelo apoio prestado na preparação do protocolo de submissão à Comissão de Bioética para a Saúde.

À minha assistente de campo, tradutora e amiga, cujo contributo se estendeu até ao momento da entrega desta investigação, a minha imensa gratidão pelo companheirismo e profissionalismo, mesmo quando os meus pedidos não faziam sentido e as condições de trabalho eram muito árduas.

Tendo esta dissertação sido escrita em quatro diferentes continentes, os contributos académicos de vários colegas espalhados pelo mundo tiveram um valor inestimável. O meu profundo agradecimento ao Albert Farré (ISCTE-IUL), à Alessia Villanucci (Universidade de Roma), ao António Jorge Cabral (Instituto de Higiene e Medicina Tropical), à Brigit Obrist (*Swiss Tropical and Public Health Institute*), à Caroline Meier zu Biesen (Universidade de Berlim), ao Giovanni Casagrande, (*Swiss Tropical and Public Health Institute*), à Giulia Cavallo (Instituto Ciências Sociais), ao Hélder Nhamaze e Sónia Seuane (Universidade Eduardo Mondlane), ao Janus Oomen (Universidade de Amesterdão), ao João Schwalbach (Instituto Nacional de Saúde), ao Jorge Varanda (Instituto de Higiene e Medicina Tropical), à Julie Cliff (Universidade Eduardo Mondlane), à Kate Hampshire, (Universidade de Durham), à Khatia Munguambe (Centro de Investigação em Saúde de Manhiça e Universidade Eduardo Mondlane), à Maj-Lis Foller (Universidade de Gotemburgo), ao Marcel Tanner (*Swiss Tropical and Public Health Institute*), à Margarida Paulo (Universidade Eduardo Mondlane), ao Murray Last (*University College London*), ao Paulo Granjo (Instituto de Ciências Sociais), ao Pino Schirripa (Universidade de Roma), ao René Gerrets (Universidade de Amesterdão), ao Richard Garfield (Universidade de Columbia), ao Sjaak van der Geest (Universidade de Amesterdão), à Susan Levine (Universidade da Cidade do

Cabo), à Trudie Gerrits (Universidade de Amesterdão), à Uli Beisel (*London School of Hygiene & Tropical Medicine*), à Viola Hörbst (Instituto Superior de Ciência Sociais e Políticas). O meu obrigada vai, também, para outros colegas que me possa ter esquecido de mencionar e que também tiveram disponibilidade e interesse em debater comigo o meu tema de investigação, em me enviarem os seus artigos, em me colocarem em contato com outros companheiros e, ainda, pelos sábios conselhos e estimulantes discussões.

Em Moçambique, o meu primeiro reconhecimento é dirigido ao Doutor Isaías Manuel, Diretor Provincial de Saúde de Gaza, cujo interesse neste trabalho abriu caminho para todo o trabalho de campo e, a todos os seus colegas. O meu sincero agradecimento vai, também, também para os dirigentes de instituições públicas do distrito de Chókwè, nomeadamente ao Sr. Luís Naia (Diretor dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acão Social), ao Sr. Alberto Libombo (Administrador do Governo Distrital de Chókwè) e ao Sr. Jorge Macuácua (Presidente do Conselho Municipal de Chókwè), que permitiram que fosse recebida nas localidades e nas aldeias visitadas, com toda a simpatia e sem impedimentos. O meu muito obrigada estende-se, igualmente, aos membros das organizações da sociedade civil contactadas na cidade de Chókwè, nomeadamente a Cruz Vermelha, a *World Relief*, os Médicos do Mundo, a *Libombo Spacial Development Initiative* (LSDI) e as Vilas do Milénio.

Em Maputo, onde também foram realizadas várias entrevistas, gostaria de agradecer a disponibilidade e gentileza com que fui recebida na UNICEF, no Fundo Global, na Fundação Aga Khan, na Organização Mundial de Saúde, na *Family Health International* (FHI), na *Malaria Consortium*, na *World Vision,* no Banco Mundial*,* no Movimento Fazer Recuar a Malária, no Programa Inter-Religioso contra a Malária (PIRCOM) e no Ministério da Saúde, em especial no Programa Nacional de Controlo da Malária e no Instituto de Medicina Tradicional,

À Ana Rita Chico, à Cátia Silva, à Georgina Bonet e à Inês Roxo pela amizade e companhia e às Irmãs de S. Vicente Paulo, ao Orlando Marques e Anabela Cordeiro, por facilitarem algumas questões logísticas essenciais.

A minha gratidão e grande respeito são dirigidos a todas as pessoas que me abriram as portas das suas casas e comigo partilharam as suas vidas, ao longo dos quatro anos da minha estadia em Moçambique. De um modo especial, a todos os entrevistados que sempre me receberam com toda a simpatia e carinho, que alteraram as suas rotinas diárias e me integraram nas suas vidas, ainda que por um período reduzido. Sem os seus testemunhos,

este trabalho não teria sido possível. Um grande obrigada aos entrevistados que cederam os seus direitos de imagem, para que esta dissertação pudesse ser adequadamente ilustrada por fotografias tiradas em Chókwè.

Por último, o meu imenso agradecimento é dirigido à minha família e amigos, em especial ao meu marido pela incansável dedicação e paciência. Aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio que sempre me deram, apesar da distância.

Dedico esta dissertação ao nosso filho Benjamim, prestes a nascer.

Resumo e palavras-chave

As sociedades do distrito de Chókwè, no sul de Moçambique, caracterizam-se por uma diversidade de etnomedicinas, nomeadamente a biomedicina, a medicina tradicional e a cura espiritual. No âmbito das atividades de controlo da malária, analisaram-se os conhecimentos e práticas relacionados com a sua etiologia, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento, de acordo com os diferentes provedores de cuidados de saúde consultados. A análise deste fenómeno foi realizada à luz de uma perspectiva interpretativa e crítica, integrando fatores de ordem económica, social, política, organizacional e cultural, que são frequentemente marginalizados na compreensão desta doença.

Com base numa abordagem multidisciplinar e qualitativa, concluiu-se que a construção social da enfermidade emerge não só da experiência psicossocial dos doentes e grupos sociais mas também de todas as dinâmicas que integram a vida em sociedade, em especial da teia de relações socioculturais, ideológicas, políticas e vivências, simbolismos, fluxos de informação e os múltiplos atores, que compõem a complexa arquitetura do Sistema Nacional de Saúde, em Moçambique. Recusando a "monocultura epistémica", as histórias de vida relativas aos provedores de saúde tradicionais (curandeiros e pastores) e os discursos sobre a sua identidade evidenciam os conflitos e as tensões existentes bem como as tentativas de harmonização, cooperação e complementaridade terapêutica.

Do mesmo modo que o mosquito *Anopheles* resiste e se adapta às alterações do meio, também os conhecimentos, as práticas terapêuticas e as relações sociais respeitantes à saúde e à doença estão em constante mutação. Em ambos os casos, desconhecem-se as subsequentes modalidades e configurações.

Palavras-chave: Moçambique, malária, relação entre provedores, curandeiros, sociedade civil, biomedicina, igrejas Ziones, redes mosquiteiras, pulverização intradomiciliária, doença e enfermidade.

Abstract and keywords

The societies of Chókwè's district in the south of Mozambique are characterized by a diversity of ethnomedicines, including biomedicine, traditional medicine and spiritual healing. Focusing on malaria control activities, knowledge and practices related to malaria's etiology, diagnosis, prevention and treatment were analyzed, according to the consultation of different health care providers.

The analysis of this phenomenon was based on an interpretive and critical perspective, integrating economic, social, political, organizational and cultural factors, which are often marginalized in the understanding of illnesses.

Based on a multidisciplinary and qualitative approach, it was concluded that diseases' social construction emerges not only from the psychosocial experience of patients and social groups, but also from the social dynamics, especially socio-cultural, ideological and political relationships as well as experiences, symbolisms, flows of information and multiple actors that constitutes the complex architecture of the National Health System in Mozambique. Refusing the "epistemic monoculture", the traditional health care providers' oral histories (traditional healers and pastors) and their discourses about identity illustrate the current conflicts and tensions as well as matching attempts to achieve therapeutic cooperation and complementarity.

Just as the mosquito Anopheles resists and adapts to environmental changes, also the knowledge, therapeutic practices and social relations relating to health and disease are constantly changing. In both cases, we are unaware of subsequent arrangements and configurations.

Keywords: Mozambique, malaria, relationship between health care providers, traditional healers, civil society, biomedicine, Zionist churches, mosquito bed nets, indoor residual spraying, disease and illness.

Índice

ÍNDICE DE QUADROS 13

ÍNDICE DE FIGURAS 14

GLOSSÁRIO DE SIGLAS 15

INTRODUÇÃO 19

CAPÍTULO I METODOLOGIA E EPISTEMOLOGIA 31

12.1 A Comissão Nacional de Bioética para a Saúde e a aprovação do estudo em Moçambique 32

1.2 Delimitação geográfica do estudo 33

1.3 Amostragem 35

1.4 Análise de Conteúdo 39

CAPÍTULO II MALÁRIA: UMA PERSPETIVA BIOMÉDICA 41

2.1 Historial biomédico da malária: um resumo 41
- 2.1.1 A malária até ao século XX 41
- 2.1.2 Os anos 40: a Segunda Guerra Mundial, o DDT e a Organização Mundial de Saúde (OMS) 45

2.2 Malária: dados globais, patologia, diagnóstico e tratamento 46
- 2.2.1 Dados globais e financiamento internacional 46
- 2.2.2 A Patologia 50
- 2.2.3 Diagnóstico 52
- 2.2.3.1 Diagnóstico em Moçambique 53
- 2.2.4 O tratamento 54

2.3 Epidemiologia da malária em Moçambique 56

2.4 A arquitetura do Sistema Nacional de Saúde: o contexto macro 58

2.5 O Programa Nacional de Controlo da Malária 60

Síntese 62

CAPÍTULO III DISCURSOS SOBRE A BIOMEDICINA 65

3.1 A fundação da Biomedicina 65

3.2 A Biomedicina em Moçambique **67**

3.3 Discursos sobre os provedores e cuidados biomédicos **70**
- 3.3.1 Acessibilidade 72
- 3.3.2 Disponibilidade 74
- 3.3.3 Aceitabilidade 76

Síntese **79**

CAPÍTULO IV HISTÓRIA LOCAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE **81**

4.1 O controlo da malária até 1974: a luta antissezonática **81**
- 4.1.1 O vale do Limpopo e os prestadores de cuidados de saúde 83
- 4.1.2 A luta antissezonática e a Organização Mundial de Saúde 87

4.2 A independência, as aldeias comunais e a formação do "Homem Novo" (1974 -1986) **91**
- 4.2.1 A Guerra civil: tradição, *bandidos*, naparamas, mortes 97
- 4.2.2 Programa de Ajustamento Estrutural e seus impactos na saúde em tempos de guerra 102
- 4.2.3 A escolha do provedor de cuidados de saúde durante a guerra civil 105

Síntese **109**

CAPÍTULO V O FIM DA GUERRA E AS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS – NOVO ATOR BIOMÉDICO **111**

5.1 A Sociedade civil: breves considerações conceptuais **111**

5.2 Relações interinstitucionais: as "parcerias" verticais, espaços de poder e *ownership* **112**

5.3 As Organizações Não Governamentais **115**

5.4 A sociedade civil em Moçambique **119**

5.5 Discursos locais sobre as Organizações Não Governamentais **121**

5.6 Estudos de caso **125**
- 5.6.1 As relações entre as Organizações Não Governamentais Internacionais e as instituições públicas do setor da saúde: o pagamento dos *per diems* 126
- 5.6.2 A volatilidade das Organizações Não Governamentais Internacionais no distrito de Chókwè 127
- 5.6.3 Fim da intervenção da *Lubombo Spatial Development Initiative* – LSDI na Província de Gaza 130
- 5.6.4 A distribuição das redes mosquiteiras no distrito de Chókwè, Província de Gaza: um estudo de caso 134

Síntese **137**

CAPÍTULO VI MALÁRIA: UMA PERSPETIVA LOCAL **139**

6.1 Doença: desequilíbrios biológicos e nas relações interpessoais **139**

6.2 A "doença do hospital" 141

6.3 Apropriação local da tecnologia biomédica: os Testes de Diagnóstico Rápido 144

6.3.1 Tecnologia como política 147
- 6.3.2 Discursos e práticas dos doentes e familiares 149

6.4 (Des)equilíbrios no universo social: a "doença da tradição" 153

6.5 A feitiçaria 158
- Feitiçaria: que significados? 164

6.6 Terminologias e interpretações locais da doença da malária 167

Síntese 173

CAPITULO VII PROVEDORES TRADICIONAIS DE CUIDADOS DE SAÚDE: OS *TINYANGA* 175

7.1 O Perfil dos *Tinyanga* 176
- 7.1.1 O recrutamento dos *tinyanga*: uma nova identidade. 178
- 7.1.2 O percurso das curandeiras 179
- 7.1.3 O percurso dos curandeiros 183
- 7.1.4 Ser *tinyanga* 184

7.2 A produção de conhecimento médico pelos *tinyanga: o diagnóstico* 190

7.3 O sistema de referência e o seguimento do doente 191

7.4 Práticas terapêuticas: a cura da malária 196

7.5 Discursos sobre o papel do *nyanga* 199

Síntese 204

CAPÍTULO VIII NOVOS PROVEDORES DE CUIDADOS DE SAÚDE: OS LÍDERES RELIGIOSOS 207

8.1. O Estado colonial, as igrejas missionárias e a comunidade islâmica 208

8.2 As igrejas independentes africanas e as igrejas missionárias 213

8.3 Movimento pentecostal carismático 215

8.4 A formação do "Homem Novo" e as igrejas criadas na clandestinidade 216

8.5. O perfil dos pastores 220

8.6 O papel das igrejas e a sua centralidade 222

8.7 A formação de um líder religioso 224

8.8 As igrejas ziones **227**
- 8.8.1 Narrativas de diagnóstico 230
- 8.8.2 Práticas terapêuticas 232
- 8.8.2.1 A cura da malária 233
- 8.8.2.2 A cura de outras enfermidades 235
- 8.8.3 Donativos e pagamentos 238

8.9 O Programa Inter-Religioso Contra a Malária (PIRCOM) **240**

8.10 Discurso sobre os pastores das igrejas ziones – "Curandeiros com Bíblia?" **244**

Síntese **248**

CAPÍTULO IX DISCURSOS E PRÁTICAS LOCAIS SOBRE A MALÁRIA: ETIOLOGIA E PREVENÇÃO **249**

9.1 Conhecimentos etiológicos e práticas preventivas da malária **250**
- 9.1.1 Etiologia da malária 250
- 9. 1. 2 Limitações metodológicas e a escolha de métodos de recolha de dados não adequados 251
- 9. 1. 3 Práticas de prevenção da malária 252

9.2 Discursos sobre métodos de prevenção da malária: as redes mosquiteiras e a pulverização intradomiciliária **255**
- 9.2.1 As redes mosquiteiras 255
- 9.2.2 A Pulverização intradomiciliária (PIDOM) 261

9.2.2.1 A implementação **266**
- 9.2.2.2 Discursos sobre a PIDOM: fatores de adesão e críticas 268

Síntese **275**

CONCLUSÃO **277**

BIBLIOGRAFIA **285**

ANEXO A **324**

Índice de Quadros

Quadro 1.1 – Número de casos de malária no distrito de Chókwè nos anos 2006 e 2007 ..... *32*
Quadro 2.1 - Recomendações terapêuticas da Organização Mundial de Saúde para o tratamento da malária *54*
Quadro 2.2 – Casos e óbitos por malária no distrito de Chókwè, entre 2000 e 2011 ..... *57*
Quadro 3.1 - Regime geral do Sistema Nacional de Saúde por área ocupacional e nível da categoria profissional *68*
Quadro 4.1 - Composição da população do colonato do Limpopo em 1960, por categoria racial *86*
Quadro 4.2 - Dados do relatório de atividades do Instituto de Investigação Médica de Moçambique, em 1956 ..... *88*
Quadro 4.3 - Número de casos de paludismo das consultas externas dos hospitais, enfermarias regionais e postos sanitários, em 1955 e 1956 ..... *89*
Quadro 4.4 - Área disponibilizada para fins agrícolas no colonato do Limpopo, por tipo de iniciativa agrícola, entre 1960 e 1995 ..... *96*
Quadro 4.5 - Taxa de mortalidade relativa a menores de 5 anos, entre 1960 e 1995, em Moçambique *105*
Quadro 5.1 - As ONG no distrito de Chókwè, Província de Gaza, entre 2005 e 2012 ..... *128*
Quadro 7.1 - Religião praticada pelos curandeiros, no momento da entrevista *177*
Quadro 7.2 - Nível de escolaridade dos curandeiros entrevistados *177*
Quadro 7.3 - Grupo etários dos curandeiros entrevistados *178*
Quadro 8.1 - Bens da Igreja Católica em 1974 ..... *210*
Quadro 8.2 - Distribuição dos agregados familiares segundo a religião, no distrito de Chókwè *219*
Quadro 8.3 - Religião praticada pelos pastores em 2011-2012 ..... *220*
Quadro 8.4 - Grau de escolaridade dos pastores, por religião praticada em 2011-2012 ..... *220*
Quadro 8.5 – Grupo etário dos pastores, por religião praticada em 2011-2012 ..... *221*
Quadro 8.6 – Principal ocupação/ fonte de rendimento dos pastores entrevistados, por religião praticada, em 2011-2012 ..... *221*
Quadro 9.1 – Respostas múltiplas sobre a etiologia da malária *250*
Quadro 9.2 - Respostas múltiplas sobre práticas de prevenção da malária *253*
Quadro 9.3 - Informação sobre utilização de redes mosquiteiras *258*
Quadro 9.3 - Número de mosquitos recolhidos por tipologia, em diferentes casas visitadas *270*

Índice de Figuras

Figura 1.1 - Mapa do distrito de Chókwè *34*
Figura 2.1 - Distribuição da malária por continentes, até ao início do século XX *43*
Figura 2.2 - Financiamento internacional para o controlo da malária, passado e estimativas futuras, 2000-2016 ..... *50*
Figura 2.3 - Distribuição do vetor dominante Anopheles da malária humana *52*
Figura 2.4 - Taxa de mortalidade por malária (casos reportados por 1000 habitantes), nos anos de 2008 e 2010 ..... *56*
Figura 4.1 - Áreas de implementação de atividades para a erradicação do paludismo *89*
Figura 5.1 - Kit de redes mosquiteiras *135*
Figura 6.1 - As três dimensões da ordem social *140*
Figura 6.2 - Teste de Diagnóstico Rápido da Malária *145*
Figura 6.3 - A integração da malária nas etnomedicinas locais e suas terminologias *169*
Figura 6.4 - Partilha de sinais e sintomas entre as várias etnodoenças e a malária *173*
Figura 7.1 - Josefa, xikwembu xa ndzuzu *182*
Figura 7.2 - Nyanga da aldeia de Macunene *186*
Figura 7.3 - Ndhumbha onde o nyanga realiza as suas consultas *188*
Figura 7.4 - Interior de uma ndhumbha *189*
Figura 7.5 - Elementos que integram o diagnóstico da malária. *190*
Figura 7.6 - Sistema de referência e tomada de decisão dos tinyanga *192*
Figura 7.7 - Nyanga a mostrar as suas plantas a secarem *197*
Figura 8.1 – Organizações sem fins lucrativos e período de nascimento, Moçambique 2004/2005 ..... *218*
Figura 8.2 - Igreja construída pela congregação União Sagrada, com apoio financeiro das filiais da África do Sul e Estados Unidos da América. *225*
Figura 8.3 - Culto religioso realizado numa igreja zione: momento da confissão individual *229*
Figura 8.4 - Culto religioso realizado numa igreja zione: momento do sermão *229*
Figura 8.5 - Culto religioso realizado numa igreja zione: momento da cura *229*
Figura 8.6 - Cerimónia de zimzela realizada nas margens do rio Limpopo, Chókwè *238*
Figura 8.7 - Amostra dos materiais de mobilização comunitária e educação para a saúde utilizados pelos líderes religiosos cristãos *242*
Figura 8.8 - Lançamento do PIRCOM, na Província de Gaza, com a presença de vários representantes das confissões religiosas fundadoras do PIRCOM e elementos da Direção Provincial de Saúde *243*
Figura 9.1 - Rede mosquiteira pendurada dentro de uma das casas visitadas *260*
Figura 9.2 – Prevalência da malária em crianças entre os 2 e os 15 anos, na província de Gaza. A zona 4 corresponde ao distrito de Chókwè. *262*
Figura 9.3 – Cargas de inseticidas utilizados na PIDOM e expostas ao público, no âmbito da comemoração do Dia Mundial da Malária, em Chókwè, a 30 de Abril de 2011 ..... *264*
Figura 9.4 – Rociadores equipados durante o lançamento da campanha da PIDOM, distrito do Guijá, aldeia 7 de Abril, a 1 de Agosto de 2011 ..... *267*
Figura 9.5 – Mosquitos recolhidos num compartimento, após a utilização do método flit (esquerda). Compartimento a ser preparado para a monitorização entomológica com o mesmo método (direita), Fevereiro de 2012. ..... *269*

Glossário de siglas

ACT	Combinações Terapêuticas tendo por base a Artemisinina
ADECOMA	Associação de Desenvolvimento Moçambique – Alemanha
ADPP	Associação para o Desenvolvimento Pessoa para Pessoa
ADPS	Associação para o Desenvolvimento e Pesquisa Social
AERMO	Associação dos Ervanários de Moçambique
AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
AJUM	Associação de Ajuda Mútua
AMETRAMO	Associação de Médicos Tradicionais
AMRU	Associação da Mulher Rural
ANC	*African National Congress*
APE	Agentes Polivalentes Elementares
BHC	*Benzene hexachloride*
BM	Banco Mundial
BPD	Banco Popular de Desenvolvimento
CAIL (E.E)	Complexo Agroindustrial do Limpopo – Empresa Estatal
CCM	*Country Coordination Mechanism*
CIFA	*Center for Interfaith Action against Global Poverty*
CNBS	Comissão Nacional de Bioética para a Saúde
CTTF	Comissão Técnica de Terapêutica e Farmácia
CVM	Cruz Vermelha de Moçambique
DDT	*Dichlorodiphenyl-trichloro-ethane*
DNSP	Direção Nacional de Saúde Pública
DPCCN	Departamento de Prevenção e Combate às Calamidades Naturais
DPS	Direção Provincial de Saúde
DSF	*Doleur Sans Frontiers*

EAM	Estação Anti-Malária
EGPAF	*Elizabeth Glazer Pediatric AIDS Foundation*
FDC	Fundação para o Desenvolvimento Comunitário
FGHTM	Fundo Global para combater o VIH/SIDA, a Tuberculose e a Malária
FHI	*Family Health International*
FMI	Fundo Monetário Internacional
Frelimo	Frente de Libertação de Moçambique
GMAP	*Global Malaria Action Plan*
HAI	*Health Alliance International*
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INGC	Instituto Nacional de Gestão das Calamidades
JAM	*Joint Aid Management*
LOMACO	Companhia Agroindustrial Lonrho Moçambique, Limitada
LSDI	*Lubombo Spatial Development Initiative*
LWF	*Lutheran World Federation*
M&A	Monitoria e Avaliação
MACEPA	*Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa*
MCHIP	*Maternal & Child Health Integrated Program*
MIA	Moçfer Indústrias Alimentares
MISAU	Ministério da Saúde
MMC	*Medicus Mundi Catalunya*
OJM	Organização da Juventude Moçambicana
OMM	Organização da Mulher Moçambicana
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONGI	Organizações Não Governamentais Internacionais
ONJ	Organização Nacional dos Jornalistas

ONP	Organização Nacional dos Professores
ONU	Organização das Nações Unidas
PAE	Programas de Ajustamento Estrutural
PARPA	Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta
PCD	Prevenção e Controlo de Doenças
PCR	*Polymerase chain reaction*
PEPFAR	*President's Emergency Plan for AIDS Relief*
PIDOM	Pulverização intradomiciliária
PIRCOM	Programa Inter-Religioso Contra a Malária
PMI	*President's Malaria Initiative*
PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROMETRA	Promoção das Medicinas Tradicionais
PSI	*Population Service International*
RBM	*Roll Back Malaria*
REMILD	Redes Mosquiteiras Tratadas com Inseticida de Longa Duração
Renamo	Resistência Nacional Moçambicana
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social
SEMOC	Empresa Estatal de Sementes de Moçambique
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
SWAp	*Sector-Wide Approach*
TDR	Teste de Diagnóstico Rápido
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
UNAC	União Nacional dos Camponeses
UNICEF	Agência das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

US	Unidades Sanitárias
USP	Unidade Sanitária Periférica
VIH/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana
WR	*World Relief (Auxílio Mundial)*
WV	*World Vision*
ZANLA	*Zimbabwe African National Liberation Army*
ZANU	Zimbabwe African National Union

INTRODUÇÃO

"(...) *the deeper one goes, the less certain is that knowledge* (...)"

Murray Last, 1992.

Entre Agosto e Outubro de 2002, tive a oportunidade de trabalhar num Centro de Saúde, na vila de Chiúre, em Cabo Delgado. As linhas de costura coloridas que as crianças traziam amarradas à cintura e pulsos e as escarificações que via na pele das mulheres que faziam fila para receberem a vacina do tétano evidenciavam a presença de várias práticas associadas à saúde. Semanas mais tarde, conheci uma curandeira a quem pedi para interceder por nós (grupo de voluntários) junto dos espíritos, para que pudéssemos subir a uma montanha. Estava, assim, feita a apresentação a um grupo de provedores que viria a alterar, significamente, toda a minha compreensão sobre a Saúde e a Doença, em Moçambique. Nos dois anos seguintes (2003 e 2004), voltaría a passar dois meses em atividades de voluntariado, realizadas novamente na vila de Chiúre, província de Cabo Delgado e em Mecanhelas, província do Niassa. Sete anos mais tarde, viría a residir no distrito de Chókwè, Província de Gaza, por um período aproximado de quatro anos, do qual surgiu a motivação e a decisão de prosseguir com este tema de investigação – relação entre provedores de cuidados de saúde – e o subsequente trabalho de campo.

⌘

A diversidade de sistemas médicos e de provedores de cuidados de saúde a eles associados remetem-nos para a adoção de uma abordagem relativista, quanto ao reconhecimento da sua função na sociedade de Chókwè. A maior proximidade cultural da investigadora à biomedicina não deve, por isso, enviesar e valorizar esta etnomedicina, mas antes reconhecer a sua existência como produto da sua socialização, mantendo uma atitude aberta, crítica e reflexiva no contacto com outras etnomedicinas. Posicionamo-nos na linha de Bastos que questiona: " (…) A biomedicina científica deverá ser considerada uma etnomedicina produzida pelas culturas ocidentais modernas, relativizáveis, sem estatuto epistemológico particular ou ser considerada conhecimento científico específico, legítimo e livre de constrangimentos culturais?" (Bastos, 2002: 31).

No presente estudo, a biomedicina científica (ou a medicina alopática) será considerada uma etnomedicina de igual valor, em comparação com as outras etnomedicinas identificadas na sociedade de Chókwè, por considerarmos que ela não está livre de constrangimentos culturais, se examinarmos as instituições e o historial que está na base da sua criação, a mudança social e as forças económicas e políticas que nela operam. Apesar de ancorada nas ciências naturais, desenvolvidas por sociedades industrializadas, e de procurar afirmar-se como uma ciência objetiva, inquestionável e livre de preconceitos, a construção do seu conhecimento e o seu exercício demonstram-nos que é, socialmente, configurada e permeável à subjetividade dos seus atores, ao contexto, à geografia e ao tempo histórico.

Os provedores de cuidados de saúde

A medicina tradicional é um dos sistemas etnomédicos presentes na sociedade de Chókwè, que nos remete para o período pré-colonial e para as estratégias e recursos desenvolvidos pelas sociedades, para enfrentarem a doença e a saúde. Segundo Baquar, um dos eventos que contribuiu 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. Todavia, constatou-se que, usada em elevadas dosagens, uma determinada seleção de plantas provocaria o efeito oposto (Baquar, 1995: 140).

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: 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 para a 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 (Feliciano, 2003: 128), que, ao serem manipuladas e reconfiguradas, de acordo com a realidade experienciada pelo grupo e seus constituintes, resultará num fortalecimento dos laços sociais (Feliciano, 2003: 131), na “domesticação da

incerteza" (Granjo, 2009) e, para alguns dos meus interlocutores, num conflito entre tradição e modernidade.

Por fim, 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 das igrejas missionárias cristãs (católicas e protestantes) terem tido, durante o período de ocupação colonial, uma "missão civilizadora" no contacto com as populações locais (incluindo a prestação de cuidados biomédicos), desde o início do século XX até à 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. Neste campo de ação, destacaremos, mais adiante, as igrejas ziones, dada a sua predominância e visibilidade durante o trabalho de campo efetuado no distrito de Chókwè.

⌘

A delimitação do objeto de estudo é crucial, na medida em que nos permite evidenciar os tópicos mais relevantes, orientar a pesquisa bibliográfica e o trabalho de campo. Devido ao facto de não podemos conhecer o todo, precisamos de demarcar as partes que serão o centro da nossa investigação e esforços. No entanto, os primeiros meses[1] em Moçambique confrontaram-me com vivências que viriam a dificultar o estabelecimento rígido desses limites. A doença, e a malária em particular, apresentava-se como um fenómeno complexo, dada a diversidade dos provedores de cuidados de saúde, as suas funções e discursos ao longo da história, os múltiplos atores e fatores económicos, ambientais, sociais e políticos que configuravam a experiência da doença. Os conhecimentos e práticas preventivas e terapêuticas da malária não poderiam ser analisados por si só, de forma estéril e descritiva, pelo que se procuraram as relações e fenómenos estruturais que os condicionam. Arthur Kleinman sistematizou o modelo explicativo da enfermidade, transformando o encontro clínico e traduzindo linguagens (1980: 53) e relações entre a patologia do provedor biomédico e a doença do paciente e sua família, aproximando, assim, a experiência de doença por eles vivenciada. Segundo este autor, o modelo explicativo da enfermidade deveria debruçar-se sobre cinco elementos: a etiologia (causa), o momento e o modo como os sintomas se iniciaram, a patofisiologia (conjunto de alterações funcionais associadas ou resultantes de uma doença ou acidente), o desenvolvimento da doença e o tratamento (Kleinman, 1980: 105). As narrativas construídas a partir destes elementos tomam em consideração as crenças e significados atribuídos à enfermidade dos doentes e membros da

[1] O projeto de investigação foi elaborado, após oito meses de estadia em Moçambique.

sua linhagem, as opções de tratamento disponíveis e a sua procura, os sintomas e processos psicológicos associados e o impacto da enfermidade nas relações sociais (1980: 108). Desta forma, Kleinman integra, no encontro clínico, os processos sociais e culturais inerentes à realidade do doente e que poderiam configurar a enfermidade e o seu tratamento.

Reconhecendo a validade dos contributos de Kleinman, a nossa experiência de terreno e o estado dessas práticas evidenciam que as narrativas e itinerários terapêuticos são condicionados pela diversidade de provedores de cuidados de saúde, por dinâmicas políticas, económicas e sociais, assim como por fatores ecológicos, designadamente a geografia, o clima, as calamidades naturais, os movimentos populacionais e o desenvolvimento económico, entre outros. A construção social da enfermidade e da doença emergem, assim, não só da experiência psicossocial dos doentes e grupos sociais mas também de todas as dinâmicas que integram a vida em sociedade.

A abordagem teve a preocupação de integrar dinâmicas de nível macro (políticas e alguns processos de tomada de decisão) na compreensão do fenómeno local[2] da doença e da saúde. Procurou, também, empreender uma experiência etnográfica quer a nível local, com a sociedade de Chókwè e suas diversas instituições e grupos sociais quer a nível provincial (cidade de Xai-Xai) ou central (Maputo), no contacto com atores nacionais e internacionais que contribuem para a configuração dos conhecimentos e práticas médicas. Uma perspetiva multinível, diacrónica, com interfaces pluriterapêuticas, permitirá conhecer as *nuances*, os dilemas, os fatores passivos e ativos, as relações e os discursos sobre a doença e saúde, com especial ênfase para a malária.

Ao longo desta investigação, irei adotar as denominações de doença que integram a teoria da Antropologia Médica, subdivididas comummente entre *disease*, *illness* e *sickness*. *Disease*, traduzido como patologia[3], enquanto processo bioquímico que afeta a fisiologia do corpo, que, em caso de colapso, se manifesta por diferentes sinais e sintomas; *illness* (enfermidade) como uma experiência de sofrimento pessoal e intransmissível, por vezes de limite, e que procura, perante um conjunto de emoções, relações e significados socioculturais e psicológicos, dar sentido a uma situação de desequilíbrio (Baer e Singer, 2007: 65-66). Os significados, construídos face a uma enfermidade, resultam da relação interpessoal com o contexto familiar, das redes sociais e dos provedores de cuidados de

[2] O uso da expressão local tem como objetivo destacar a singularidade de um determinado grupo social ou fenómeno, sublinhado o seu carácter dinâmico, histórico e em construção (Nichter, 2008: 7), em oposição a um paradigma essencialista, dicotómico e ahistórico.
[3] Irei seguir as traduções propostas por Naomar Filho (2001: 754-756).

saúde. Como sintetiza Kleinman: "(…) *Disease affects single individuals, even when it attacks a Population; but illness most often affects others as well.*" (1980: 73). Por fim, a doença (*sickness*) correspondendo ao conjunto das respostas e expectativas sociais, face aos comportamentos da pessoa diagnosticada (Winkelman, 2009: 37-40).

Crenças e Conhecimento

A dicotomia entre crenças e conhecimentos é uma discussão que, há muitas décadas, ocupa investigadores. Good, procurando compreender a evolução do conceito de "crença" e "conhecimento" e a sua utilização nos primeiros estudos antropológicos, conclui que: " (…) *This formation of anthropological discourse was linked to the philosophical climate within which anthropology emerged, a climate in which empiricist theories and sharp conflicts between the natural sciences and religion were prominent. It was also rooted in anthropologists traditional relations to those they studied, framed by the superiority of European and American science and industrial development and by the colonialist context of research*" (Good, 1994:21). A distinção conceptual entre crença e conhecimento não se colocava num contexto de uma cultura fortemente marcada pela Igreja e pelo pensamento religioso, com a missão de expandir determinada crença/conhecimento e visão correta do mundo (Good, 1994: 15). Por outro lado, com a emergência do Iluminismo e a procura do conhecimento crítico em todas as esferas da existência humana, o conceito de crença é sinónimo da natureza duvidosa e não comprovada, decorrente de factos e objetos. Valorizando o papel da matemática, da física e da estatística nas ciências naturais, no campo da medicina europeia assiste-se, designadamente à sobreposição de conhecimentos de química sobre a teoria grega dos quatro humores.

O contacto com outras culturas fez-se neste paradigma dicotómico, em que missionários e cientistas sociais estão integrados nas estruturas administrativas coloniais e procuram os conhecimentos e a tradução dos saberes do "outro". O paradigma de fundo da supremacia europeia, na esfera do conhecimento científico e do desenvolvimento económico, era expresso através de relatos como: (…) "*their modes of treatment follow directly from their ideas concerning etiology and pathology. From our modern standpoint we are able to see that these ideas are wrong. But the important point is that, however wrong may be the beliefs of the Papuan and Melanesian concerning causation of disease, their practices are a logical consequence of those beliefs*" (Rivers, 1924: 48). Para além do etnocentrismo evidente, Binsbergen e Djik salientam que a relação com África e os africanos, também, foi traçada por discursos binários, entre os países ricos do norte atlântico, com infraestruturas desenvolvidas, democracia, saber e racionalidade científica e um continente africano pobre,

com poucas infraestruturas, entregue à tirania e às guerras civis assim como à magia e à superstição (Binsbergen e Dijk, 2004: 34).

Deveremos desvalorizar outros sistemas etnomédicos só pelo facto de desconhecermos a sua estrutura, terminologias, terapêuticas e saberes? Será que podemos considerar os conhecimentos biomédicos como possuindo maior infalibilidade, em comparação com a medicina chinesa, a medicina aiurvédica, a homeopatia ou a medicina tradicional que encontramos em Moçambique? Será que deveremos encarar a autoridade de um médico e outros profissionais alopáticos como sendo superior a um médico/terapeuta de outros sistemas etnomédicos? Será que os pacientes têm crenças sobre a doença e os médicos têm conhecimentos? (Good, 1994: xi)

Recusando a "monocultura epistémica" como símbolo de desenvolvimento e modernidade (Meneses, 2009: 181-182), que sobreleva uns saberes em relação aos outros, a presente investigação procurará conhecer, com igual profundidade, os vários sistemas médicos com que nos deparámos no terreno, sem os hierarquizar ou declarar maior ou menor validade terapêutica.

Uma das desconstruções necessárias para evitar a monocultura epistémica é a utilização de expressões que possam, à luz dos significados atribuídos, valorizar determinado saber. Em muitos estudos, esta desconstrução conceptual tem sido concretizada através da substituição do termo "crença" por "conhecimento local" ou "conhecimento comunitário" (Wayland, 2001; Nsabagasani, 2007) que, por vezes, é sinónimo de conhecimento indígena e, como tal, considerado tradicional, "atrasado", exótico e popular. Por outro lado, Pelto e Pelto distinguem crença e conhecimento considerando que as crenças são geradas por pensamentos conscientes e facilmente verbalizáveis, enquanto os conhecimentos são elementos que não estão, imediatamente, acessíveis para discussão 1997:148).

As crenças e conhecimentos são adquiridos ao longo do processo de socialização, em constante confronto, renegociação e reconstrução. Eles afastam-se de verdades universais e reificadas, sendo temporal e espacialmente contextualizados e em constante revisão. Ruth Benedict e a sua investigação na linha *boasiana* contribuíram, fortemente, para esta mudança de paradigma, defendendo que os sintomas e as manifestações da doença só podem ser compreendidos no contexto da cultura em que se expressam, não lhes podendo ser aplicadas as terminologias e conceitos de outras sociedades culturais. Benedict, ao estudar a saúde mental, confrontou-se, inevitavelmente, com a dificuldade em traduzir as categorias e patologias médicas ocidentais, na observação e dados que recolheu. Ao mesmo tempo, a investigadora afirma que conceitos de normalidade e anormalidade, bem

como de primitivo, de superioridade e de *snobismo* racial são incorretos e devem ser analisados e interpretados na sua conjuntura cultural: " (…) todo o estudo científico exige a ausência de tratamento preferencial de um ou outro dos termos da série escolhida para ser estudada" (Benedict, 1934: 14).

O conhecimento médico é, socialmente, construído e a sua produção e difusão são multiparticipadas e com centros distintos. A subjetividade dos provedores de cuidados de saúde emerge não só no exercício das suas competências médicas e terapêuticas como também é inerente ao indivíduo, enquanto produto de determinada socialização, repositório de 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 aspetos de humanidade, que devem estar subjacentes à prática médica.

Na realidade estudada no distrito de Chókwè, existem diferentes tipos de conhecimentos que são codificados de forma divergente, uns como crenças e que incluem, igualmente, conhecimentos sobre fontes diversificadas - revelações divinas e ancestrais, a observação, a experiência, entre outros. A existência de saberes do tipo "científico", também, implica crenças, modas e interesses. Os diversos tipos de crenças e conhecimentos, como será adiante desenvolvido, moldam as perceções dos atores sociais e os seus processos de decisão. Com base nesta investigação, a distinção entre conhecimentos e crenças é infundada, dada a interface das realidades.

Esta rutura analítica, neutra quanto ao processo de acumulação de conhecimento, sublinha a agência e subjetividade dos sujeitos, no encontro médico e na gestão diária de situações de saúde e doença. Timmermans vai mais longe quanto à, por vezes percecionada, objetividade e infalibilidade do protocolo biomédico, referindo: "(…) *the protocol designers, funding agencies, the different groups of involved physicians, patients' hopes and desires, organizational facilities, laboratory capabilities, drug companies, the patients' organs' own resilience, and so forth, all come into play in the negotiation processes leading up to the "final" protocol*" (Timmermans e Berg 1997: 283). Vários autores destacam, igualmente, a importância do papel e do "*insider knowledge*" dos doentes (Arksey, 1994: 462) e das associações na adoção de novas linhas de investigação biomédica (Bastos, 2002: 118-131) e na divulgação de informação sobre determinada patologia e práticas terapêuticas (Arksey, 1994: 461).

⌘

A interpretação e análise dos dados foram realizadas à luz de um diálogo constante entre uma perspetiva crítica e interpretativa. 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: 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. O conhecimento que confere competência confere, igualmente, autoridade e poder a quem o possui. Segundo Foucault, este poder circula em forma de cadeia e não é, facilmente, localizável nem apropriado como um bem (Foucault, 1980: 98), estando acompanhado de produções ideológicas que contribuem para a formação e acumulação de saberes (1980: 102). As produções ideológicas, por sua vez, condicionam e moldam os conhecimentos e atos médicos, rompendo com a perspetiva analítica de que as práticas biomédicas têm por base as provas de verificação científica. Citando Keesing, "as culturas não constituem simplesmente redes/sistemas de significados que orientam os humanos entre si e no seu mundo. Elas constituem ideologias, marcam as realidades políticas e económicas como cosmicamente alinhadas. Mesmo em sociedades mais igualitárias, as ideologias culturais empoderam alguns, subordinam outros, extraem benefício do trabalho de outros, cujos interesses as ideologias servem e legitimam. As culturas são redes de mistificação assim como de significações. Precisamos de questionar quem cria e define os significados culturais e com que finalidade" (Keesing, 1987: 161-162).

"It is problematic that people in motion are able to construct worlds in which the idea of a clear separation remains – that the border does not dissolve completely into indeterminacy but remains a border, with two sides, each with its own characteristics. In a fluid world, the idea of a boundary does not become irrelevant but remains a source of power" (Feierman, 2006: 186).

Com base nos dados recolhidos que contribuem para o estado de arte sobre os conhecimentos etnomédicos e a sua relação com o contexto em que surgem (Pearce, 1993: 161), no presente estudo, reforça-se o paradigma de que estes conhecimentos são configurados e influenciados por fatores socioculturais que emergem de contextos sociais e históricos específicos, num determinado momento e geografia quer no encontro médico quer fora dele. O reconhecimento de elementos hegemónicos e contra-hegemónicos nos saberes e práticas biomédicas assim como os fatores macroeconómicos, a economia política e os

atores internacionais[4] constituem uma das principais áreas de estudo da Antropologia Médica Crítica, de onde emergem os conceitos de sofrimento social[5], sindemia[6] e violência estrutural[7].

Desta forma, será apresentado o modo como os discursos globais e as políticas com focos de decisão a nível supranacional condicionam os conhecimentos e práticas sobre a malária (abordagem macro) e de como as relações de poder e os estilos de comunicação dos provedores (abordagem micro) influenciam e produzem determinados comportamentos e interpretações sobre a saúde e a doença. Ou seja, de que modo uma comunicação efetiva entre provedores e pacientes gera comportamentos desejados e congruentes com a sua prática terapêutica, ou contrários a ela.

Paralelamente, a perspetiva interpretativa estará presente, considerando que os sistemas de crenças/conhecimentos terapêuticos estão, estreitamente, ligados às relações sociais, às noções e significados de moralidade e ao envolvimento pessoal (Fabrega, 1977: 28-29), nem sempre presencial e da esfera espiritual/religiosa[8], e, ainda, à produção e divulgação de conhecimento realizadas por provedores de cuidados médicos, organizações ligadas à saúde ou grupos de interesse. Na atualidade, o crescente acesso a vários sistemas médicos, aos meios de informação[9], aos telemóveis (Archambault, 2013), à internet e às redes sociais molda o modo como nos relacionamos com o conhecimento da saúde e da doença, com os medicamentos (tradicionais ou processados) a que recorremos e com a decisão sobre o terapeuta e terapia a adotar.

[4] Ver Pfeiffer e Nitcher (2008) e Fassin (2007).
[5] "(…) results from what political, economic, and institutional power does to people and, reciprocally, from how these forms of power themselves influence responses to social problems." (Kleinman *et al.*, 1997: ix)
[6] Conceito desenvolvido por Merrill Singer para expressar o efeito das condições sociais, pobreza, *stress*, desigualdades sociais e violência estrutural, na saúde das comunidades. Ou seja, o conjunto de condições sociais nocivas e de duas ou mais doenças criam sinergias adversas, com impacto na vida social e bem-estar dos indivíduos (Bulled e Singer, 2009).
[7] Conceito criado pelo sociólogo Johan Galtung que descreve as estruturas sociais, económicas, politicas, legais, religiosas e culturais que impedem indivíduos, grupos e sociedade de atingirem o seu máximo potencial. Citando Galtung: "(...) *the cause of the difference between the potential and the actual, between what could have been and what is. Violence is that which increases the distance between the potential and the actual, and that which impedes the decrease of this distance*" (Galtung, 1969: 168). Ver também Scheper-Hughes e Bourgois (2003), Farmer *et al.* (2006) e Farmer (2005).
[8] Good refere, ainda, que, em algumas sociedades, aquele que diagnostica e procura as causas de determinada doença, muitas vezes, fá-lo na ausência do doente e consultando o mundo espiritual (1994: 23).
[9] A título de exemplo: o único jornal de distribuição gratuita e com forte presença na internet – A Verdade – possui uma coluna sobre saúde sexual e reprodutiva "Pergunte à Tina". http://www.verdade.co.mz/vida-e-lazer/pergunte-a-tina.

Partindo da premissa de que os conhecimentos médicos são socialmente construídos e moldados pelas experiências e significados atribuídos pelos indivíduos a situações de saúde e doença por eles vivenciadas, esta investigação, dedicada à malária, irá analisar os saberes dos provedores relativos à etiologia da doença, ao diagnóstico, à sua prevenção e tratamento.

Deste modo, os objetivos da presente dissertação são os seguintes:

1) Compreender as interpretações locais sobre a malária quer por parte dos provedores de cuidados de saúde quer por parte dos indivíduos singulares (potenciais doentes);
2) Compreender os processos de decisão quanto ao diagnóstico, gestão, tratamento e sistema de refêrencia utilizados pelos provedores de cuidados de saúde;
3) Conhecer e compreender os testemunhos sobre os provedores de cuidados de saúde e o discurso existente entre eles;
4) Conhecer, de modo diacrónico, os fatores económicos, políticos, sociais e históricos que poderão ter reconfigurado os conhecimentos e práticas sobre a malária e as relações dos provedores entre si e entre eles e a restante população;
5) Conhecer os saberes e práticas preventivas da malária, relativos à pulverização intradomiciliária e à utilização de redes mosquiteiras.

Estrutura de conteúdos apresentados

Esta dissertação é composta por X capítulos, incluindo a Introdução e a Conclusão.
Após a Introdução segue o capítulo I com a apresentação do local onde decorreu o trabalho de campo, a descrição da metodologia seguida e a enunciação de algumas questões epistemológicas.
O capítulo II pretende dar a conhecer o historial biomédico da malária e das políticas de controlo da doença seguidas a nível internacional, destacando, igualmente, as características desta patologia, em termos do diagnóstico e do tratamento biomédico. No final deste capítulo, expõe-se o perfil epidemiológico da doença, em Moçambique, e uma breve descrição da estrutura e atividades desenvolvidas pelo Programa Nacional de Controlo da Malária.
O capítulo III − "Discursos sobre a Biomedicina"− inicia a apresentação dos provedores de cuidados biomédicos, em Moçambique, com uma nota histórica, seguida dos testemunhos dos pacientes e outros provedores em relação aos serviços prestados por esta etnomedicina.

O capítulo IV debruça-se sobre a história local das práticas terapêuticas, em Moçambique, articulando fatores económicos, sociais e políticos com a prestação de cuidados de saúde, de acordo com diferentes provedores e o modo como estes fatores influenciaram o dia-a-dia dos prestadores de cuidados. Por fim, as atividades dos programas de controlo da malária serão, igualmente, analisadas à luz destes eventos históricos.

O capítulo V− "O fim da Guerra e as Organizações Não Governamentais: novo ator biomédico"− integra algumas questões conceptuais sobre a sociedade civil, parcerias, espaços de poder e *ownership* e procura compreender o papel e o desempenho deste ator, no âmbito das atividades de controlo da malária, particularmente no que concerne à distribuição de redes mosquiteiras e às atividades de pulverização intradomiciliária.

O capítulo VI enumera as interpretações locais sobre a malária, integrando a análise da cosmologia local sobre a natureza, a sociedade e os antepassados, bem como a sua influência nos discursos e práticas sobre a saúde e a doença.

O Capítulo VII faz uma incursão sobre o "ser curandeiro" e a sua génese, enunciando os sistemas de diagnóstico, tratamento, sistema de referência e declarações sobre este grupo de provedores.

O capítulo VIII apresenta o último provedor de cuidados de saúde a ser analisado: os líderes religiosos. Este capítulo é iniciado com o historial dos movimentos ligados à religião, em Moçambique, e a caracterização dos pastores religiosos entrevistados para este estudo. À semelhança da estrutura utilizada para os *tinyanga*, incluem-se as narrativas sobre a génese dos pastores e, posteriormente, expõem-se as práticas terapêuticas realizadas pelos pastores ziones. Conclui-se o capítulo com a apresentação dos testemunhos sobre este provedor.

Conhecidos e analisados as práticas, os conhecimentos e os provedores de saúde envolvidos, o penúltimo capítulo (IX) debruça-se sobre os discursos e aplicações dos interlocutores, relativamente à prevenção da malária, através da utilização de redes mosquiteiras e da adesão à pulverização intradomiciliária.

Por fim, as principais conclusões do presente estudo serão apresentadas no final.

Durante a redação desta dissertação procurou ter-se em consideração uma audiência vasta, que pudesse não dominar as especificidades da doença da malária e da arquitetura do sistema de saúde, em Moçambique. Nesse sentido, algumas descrições mais detalhadas e notas de rodapé apoiam a compreensão das particularidades locais.

Capítulo I Metodologia e Epistemologia

> *"A story is not neutral. Nor is it a hidden text which the anthropologist somehow unearths like buried treasure. Narratives never simply mirror lived experience or an ideational cosmos, nor is a story a clear window through which the world, or some chunk of it, may be seen. Telling a story, enacting one, or listening to one is a constructive process, grounded in a specific cultural setting, interaction, and history. Text, context and meaning are intertwined"* (Garro e Mattingly, 2001: 22).

O meu interesse por Moçambique remonta a 2002, quando passei por uma experiência de voluntariado, durante dois meses, no distrito de Chiúre (Província de Cabo Delgado). A intensidade dessa vivência levou-me a regressar, em 2003 e 2004. Em Março de 2008, após um percurso profissional diverso, encontrava-me, de novo, em Moçambique, por motivos de trabalho, por um período indeterminado e sem data de regresso a Portugal. Durante os quatro anos que vivemos na província de Gaza, tive a oportunidade de trabalhar com instituições públicas ligadas à saúde e educação, Organizações Não Governamentais de distintas dimensões e de desenvolver um extenso labor nas áreas mais remotas desta província. As reflexões pessoais que surgiram destas experiências profissionais de mais de dois anos foram essenciais para a elaboração do projeto de investigação, uma vez que, nesse momento, já tínha acumulado inúmeros relatos, no meu diário de campo, e anotado problemáticas que gostaria de explorar.

⌘

Dada a impossibilidade de realizar trabalho de campo e recolha de dados, em todos os distritos da província de Gaza, Chókwè foi o selecionado, partindo de três critérios que se interrelacionam: o elevado número de casos de malária (ver quadro 1.1), a existência de várias intervenções de controlo dessa doença, implementadas quer pelo Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) do Ministério da Saúde (MISAU) quer por Organizações Não Governamentais[10], o que excluiu, à partida, os distritos do norte da província de Gaza (Mabalane, Massangena, Chigubo e Chicualacuala) por não terem atividades de Pulverização Intradomiciliária (PIDOM)[11] e, por último, um conhecimento prévio do distrito por parte da investigadora, que coordenou projetos na área da saúde e educação, na

[10] 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. Ver também capítulo 5.8.

[11] A pulverização intradomiciliária consiste na aplicação de inseticida, no interior de habitações, com o objetivo de eliminar os mosquitos *Anopheles*, recorrendo ao uso de bombas mecânicas (onde é diluído o inseticida). Dado o elevado grau de toxicidade dos inseticidas utilizados, os rociadores utilizam equipamento de total proteção do corpo, como máscara, botas, luvas, chapéu e fato-macaco.

província de Gaza, durante mais de dois anos, o que viria a resolver algumas questões logísticas, nomeadamente o alojamento, contactos locais e a contratação de uma intérprete.

Quadro 1.1 – 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	17160	9 730
Mabalane	15 918	10 506
Massangena	9 294	7 006
Chigubo	8 197	7 835

Fonte: Cortesia do PNCM – DPS Gaza.

É neste contexto de imersão na realidade local que a nossa investigação foi planeada, começando pela definição dos objetivos da pesquisa, delimitação geográfica e determinação dos atores sociais, provedores de cuidados de saúde e demais informantes, cujo contributo pudesse apoiar a compreensão das relações entre os cuidadores e os seus pacientes, no contexto das atividades de controlo da malária, em Moçambique.

12.1 A Comissão Nacional de Bioética para a Saúde e a aprovação do estudo em Moçambique

A realização de qualquer investigação na área da saúde, em Moçambique, tem de ser aprovada pela Comissão Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS)[12]. De acordo com os princípios bioéticos declarados no protocolo submetido à CNBS, os objetivos gerais e

[12] A submissão do protocolo de investigação a esta Comissão deve ser acompanhada por uma carta de interesse da instituição-tutela, a nível provincial, sendo, neste caso particular, a Direção Provincial de Saúde de Gaza. O protoloco pressupõe, igualmente, o acompanhamento dos trabalhos, em Moçambique, por um investigador nacional, tendo o Professor Doutor Baltazar Chilundo aceite o meu convite. Autorizada a investigação em termos bioéticos pela Comissão Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) (ver anexo figura A1.1), foi, igualmente, necessária a obtenção do consentimento administrativo por parte do Senhor Ministro da Saúde (ver anexo figura A1.2).

específicos do estudo foram explicados a todos os participantes, antes da entrevista e antes de se iniciarem os grupos focais. A colaboração como informante foi, totalmente, voluntária e registada através da assinatura do Consentimento Informado[13]. Nenhum indivíduo envolvido neste estudo recebeu qualquer tipo de recompensa material ou monetária.

1.2 Delimitação geográfica do estudo

A província de Gaza localiza-se na região meridional de Moçambique, entre as províncias de Inhambane, a norte, e Maputo, a sul. Tem uma superfície de 75 709 Km², uma população de cerca de 1 228 514 habitantes, representando 7% do total da população do país[14].

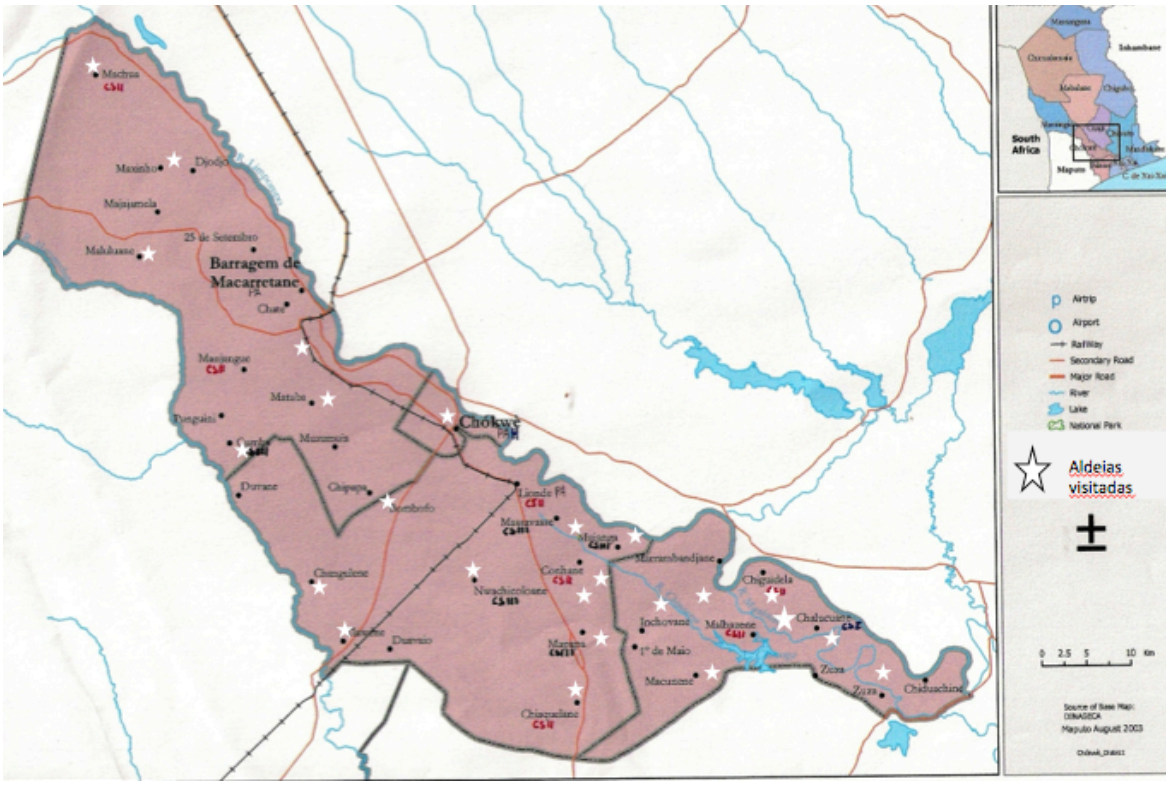
O distrito de Chókwè possui 192 556 habitantes (Ministério da Saúde (MISAU), 2012: 67), tendo como principal atividade socioeconómica a agropecuária, com uma área agrícola útil de 87 178 ha, dos quais 30 000 ha irrigados − o maior perímetro irrigado do país (Direção Distrital das Atividades Económicas, 2012: 1).

Para além das atividades agropecuárias, a vida comercial da cidade de Chókwè é pautada por inúmeras bancas de comércio formal e informal − de hortícolas, frutas, carvão, lenha, produtos de beleza, produtos importados da África do Sul, fritos, refrigerantes, material eletrónico, telemóveis, reparação de bicicletas e pequenas oficinas de conserto de automóveis. É, também, na cidade de Chókwè que estão representados todos os serviços do governo, principalmente os Serviços Distritais de Educação e Juventude, Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social, Serviços Distritais de Atividades Económicas, Conservatória e Serviços de Notariado, entre outros. O centro da cidade de Chókwè, com um número crescente de estabelecimentos comerciais e comerciantes de distintas nacionalidades, contrasta fortemente com as restantes aldeias-satélite que existem no distrito. Nessas povoações, designadamente Xilembene, Manjangue, Barragem, Chaloquane, Lionde, Mapapa, entre outras, os meios de sobrevivência são menos diversificados, havendo um menor número de bancas de comércio informal, e estando este comércio mais disperso. Enquanto viajávamos pelas estradas secundárias e terciárias, era muito comum encontrar, na beira da estrada, baldes com produtos agrícolas, sacas de carvão, molhos de lenha ou referência à disponibilização de bebida tradicional que determinada família teria à venda. À medida que saíamos da cidade de Chókwè para as zonas mais periféricas, observávamos um número decrescente das habitações feitas de

[13] Ver anexo figura A1.3.
[14] Recenseamento 2007− consulta realizada no portal da *internet* do Instituto Nacional de Estatística: http://www.ine.gov.mz (03.07.2014).

cimento e chapas de zinco, bem como uma menor expansão e disponibilização de eletricidade e água.

Figura 1.1 - Mapa do distrito de Chókwè



Fonte: Adaptação de um mapa do Programa Mundial de Alimentação

Para proceder à obtenção das autorizações para a realização desta investigação, a nível distrital, as autoridades locais foram contactadas "em cascata": em primeiro lugar, a Administração Distrital de Chókwè, de seguida, os chefes dos quatro postos administrativos (Lionde, Macarretane, Xilembene e Cidade de Chókwè) e, consequentemente, 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[15]. 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 contactos limitaram-se, exclusivamente, aos chefes dos bairros selecionados.

[15] 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 (1ºBairro, 2ºBairro, 3ºBairro, 4ºBairro e 5ºBairro).

As aldeias a serem 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 a visitar foram selecionados de acordo com o critério atrás referido, tendo-se tido, também, em conta a existência de bairros com características predominantemente rurais, a par de bairros mais urbanizados.

1.3 Amostragem

Esta investigação teve por base uma amostragem não probabilística. Apesar de existirem vários símbolos e elementos distintivos das habitações dos curandeiros (batuques, capulanas[16] específicas destes profissionais e plantas a secarem) e dos pastores (túnicas e símbolos religiosos expostos, assim como a própria igreja), permitindo uma seleção intencional, seguimos, recorrentemente, as sugestões dadas pelos membros destes dois grupos sociais e pelo próprio líder da aldeia visitada. Em suma, foram entrevistados quarenta e quatro curandeiros[17] e quarenta e um pastores de igrejas[19], de modo intencional e por bola de neve. Principalmente na cidade de Chókwè, as visitas sucessivas às igrejas e às residências dos curandeiros permitiram um aprofundamento da informação recolhida nas entrevistas semi-estruturadas.

O terceiro grupo de provedores de cuidados de saúde entrevistados foram os técnicos e profissionais biomédicos [20] , num total de dezanove, 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 ao chefe do CS e ao responsável de algum dos serviços. Por exemplo, no Hospital Rural de Chókwè foi possível entrevistar o diretor do hospital, assim como a enfermeira-chefe.

[16] Pano africano com grande simbolismo.O indivíduo, quando nasce, é embrulhado numa capulana; quando ainda não sabe andar, é carregado às costas dos seus familiares, preso com uma capulana; quando morre, é enterrado embrulhado numa capulana. Os padrões das capulanas, também, transmitem a fase de vida em que a mulher se encontra (gravidez, mulher *lobolada*, viúva) e, no caso dos curandeiros, identifica-os o tipo de capulanas que vestem quando realizam rituais.

[17] Para a transcrição dos testemunhos dos curandeiros, decidiu-se optar pela inclusão do número da entrevista, considerando a enorme quantidade efetuada. Este facto não pretende desvalorizar a identidade de cada entrevistado, mas antes garantir a sua fidedignidade. As reproduções dos testemunhos são referenciadas com o código do curandeiro/a e da aldeia onde a entrevista foi realizada. No que se refere à referenciação de informantes qualificados, recorre-se a uma estrutura semelhante: código da entrevista e função do entrevistado.

[19] Citações com o código do pastor/a e da aldeia onde ocorreu a entrevista.

[20] Registos com o código provedor biomédico. Devido à existência de apenas um técnico de saúde por centro de saúde (principalmente nas aldeias mais remotas, entre os anos de 2011-2012), as citações não incluem a localização, de modo a salvaguardar a sua identidade.

Para além dos provedores de cuidados de saúde contactados, efetuaram-se entrevistas a oitenta e sete homens e mulheres[21], 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[22], envolvendo um total de setenta e quatro. Por motivos de logística do trabalho de campo e colaboração dos líderes comunitários, a sua seleção foi da responsabilidades dos mesmos. Nas conversas informais[23] que realizávamos, antes de iniciarmos os grupos focais, foi possível compreender que a sua seleção pressupunha experiências passadas de trabalho assalariado ou voluntário nos e com os serviços de saúde locais ou Organizações Não Governamentais. Este enviesamento involuntário foi tido em consideração, ao longo da análise dos dados.

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[24] de campo, que fazia a tradução simultânea. A sua presença foi determinante no contacto 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, reconhece-se que esta é uma limitação do próprio estudo (Temple e Young, 2004: 164-165).

[21] Citações marcadas com o código homem/mulher e aldeia onde a entrevista foi realizada.
[22] Transcrições assinaladas com o código do grupo focal e aldeia onde a entrevista decorreu.
[23] Na tentativa de criar empatia e quebrar a formalidade inicial, a nossa apresentação e identificação ("quem éramos") constituia um grande desafio: não éramos médicas, não trabalhávamos para a "Saúde" (expressão local para definir aqueles que trabalham para o Ministério da Saúde), não fazíamos parte de nenhum projeto (expressão local para se referir uma Organização Não Governamental), nem tínhamos redes mosquiteiras para distribuir. A "correta" compreensão do nosso *background* determinaria, em grande medida, a atitude que os entrevistados adotariam. A utilização de expressões como "escola", "universidade" e "relatório" talvez tenham contribuído para esse esforço.
[24] Quando tivemos que iniciar os preparativos para o trabalho de campo, uma das grandes preocupações prendeu-se com a seleção do intérprete, uma vez que o trabalho de campo seria prolongado no tempo e implicaria uma ausência significativa da cidade de Chókwè. Essa total disponibilidade da Maria foi determinante. O seu conhecimento local, ao nível da língua, contactos pessoais e do próprio distrito evitaram, várias vezes, que andássemos perdidas em estradas onde a sinalética de orientação local se guia por cajueiros, mangueiras e canhueiros. No que se refere à fase de tradução e transcrição das entrevistas, o seu à-vontade com os programas de processamento de texto facilitou o processo de auscultação e revisão.
Os preparativos da ida para o campo foram diversos: a tradução dos guiões das entrevistas e grupos focais, a explicação detalhada do que se pretendia saber em cada questão, a realização dos pré-testes, a importância da linguagem não-verbal, a designação correta dos termos relacionados com as práticas e rituais dos médicos tradicionais, as expressões utilizadas para referir os diferentes tipos de cuidadores e o nome das doenças, em língua local, entre outros.

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-áudio e as restantes 59 possuem, apenas, uma reprodução escrita. As entrevistas em *xiChangana* foram, integralmente, traduzidas e transcritas para língua portuguesa (com algumas adaptação ao nível da sintaxe), tendo sido revistas pela assistente de campo e pela investigadora.

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, em que houve uma vivência diária[25], de maior proximidade com os *tinyanga,* pastores e líderes comunitários.

Apesar de contactarmos, diariamente, com diferentes provedores de cuidados de saúde e, tendo entrevistado interlocutores cuja experiência de um episódio de malária estava bem presente na sua memória, a compreensão desse sofrimento, aflição e angústia estavam limitadas à experiência do "outro". Neste sentido, a observação participante e a tentativa de aproximação e compreensão do "outro" é sempre uma experiência incompleta (van der Geest, 2007: 12), grandemente, condicionada pelo momento presente e, neste caso em especial, a existência de uma pessoa doente e um provedor disponível.

Os fenómenos de expressão da saúde e da doença estão fortemente ancorados nas culturas locais e, como refere Ria Reis e van der Geest: "(...) *Illness is a cultural product in the sense that it is impossible to think of it in such a way that is totally unrelated or meaning-less to the life of the patient. (...) The explanation of the illness can also be nothing but a cul-tural act*" (van der Geest e Ria Reis, 2005: 12). As terminologias locais, em *xiChangana,* para as enfermidades, demarcam, claramente, esta fronteira. Não só uma determinada expressão define e qualifica uma enfermidade, associando-a com a cultura local, como um investigador não possui categorias para "traduzir" esses signos e torná-los acessíveis aos leitores (Pelto e Pelto, 1997: 155). Por este motivo mantiveram-se as expressões em língua nativa, ao mesmo tempo que se considerou a existência de *malária* e malária, em que esta última se refere à categoria biomédica e a primeira à enunciação dos interlocutores.

[25] As visitas às aldeias requeriam nelas pernoitar, quer para realizar as entrevistas, quer para participar em algum eventos comunitários e religiosos. Por sugestão do Administrador do distrito de Chókwè, acampávamos na casa dos líderes comunitários, podendo, assim, tomar parte em algumas tarefas diárias (Sendo consideradas visitas, fomos sendo tratadas com muita mordomia.), conversar com os presentes, utilizar as suas latrinas (um elemento muito importante) e partilharmos as nossas/suas refeições.

⌘

Sendo a saúde e a doença objetos sociais tão permeáveis aos atores envolvidos, às dinâmicas económicas, políticas e sociais de uma região, às estratégias definidas a nível governamental e às calamidades naturais procurou-se abranger um número diversificado de informadores qualificados e de agentes do desenvolvimento, no distrito de Chókwè[26], a quem foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Entre eles, destacam-se os representantes de várias Organizações Não Governamentais (ONG) – internacionais[27] (ONGI) e locais[28] −, empresários locais[29] e elementos com cargos de chefia nas instituições públicas[30] distritais. Os seguintes testemunhos de Lock e Nguyen viriam a reforçar a importância desta abordagem.

"(...) *a multi-sited ethnographic approach readily opens up for questioning ontological assumptions about how we know what we know. One effect of this approach is to highlight the way in which scientists, health policy makers, and publics are all caught up in culturally informed realities that are sometimes mutually reinforcing, and at the other times divisive"* (Lock e Nguyen, 2010: 10).

De modo a compreender as relações interinstitucionais envolvidas na tomada de decisão sobre a adoção de estratégias de controlo da malária, realizaram-se, complementarmente, entrevistas a "nível central", junto de Organizações Não Governamentais Internacionais[31] e nacionais[32], agências das Nações Unidas[33], agências multilaterais[34] e movimentos de cariz religioso[35], tendo todos como denominador comum apoiarem o Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM), através de assessorias técnicas, da implementação e do financiamento de atividades de controlo da malária em Moçambique. A direção do PNCM e

[26]Diretor Distrital das Atividades Económicas;Técnico de Programas do Instituto Nacional de Ação Social; Responsável da Saúde e Desenvolvimento do 3ºBairro da Cidade de Chókwè.
[27] Coordenadora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Médicos do Mundo; Responsável provincial da *World Relief (WR)*; Coordenador da PIDOM no distrito do Chokwe, da *Lubombo Spatial Development Initiative (LSDI).*
[28] Coordenador Interino da Vila do Milénio de Lionde; Responsável Distrital da Cruz Vermelha de Moçambique.
[29] Diretor da EMVEST; Diretora dos Recursos Humanos da MIA (Moçfer Indústrias Alimentares).
[30] Administrador do Distrito de Chókwè, Presidente do Município de Chókwè, Responsável Provincial do Programa Nacional de Controlo da Malária, Médica-chefe distrital de Chókwè.
[31] Consultor para a malária da *Family Health International* (FHI); Diretor dos Projetos de Saúde da Fundação *Aga Khan;* Representante da *Malaria Consortium*; Diretor do Projeto da Malária financiado pelo Fundo Global, na *World Vision* (WV).
[32] Diretor dos Projetos de Saúde da Fundação para o Desenvolvimento Comunitário (FDC).
[33] Oficial da Malária da Organização Mundial de Saúde; Oficial da Malária da Agência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).
[34] Responsável dos Programas de Saúde do Banco Mundial; Representante do Movimento Fazer Recuar a Malária (*Roll Back Malaria*); Representante do *Country Coordination Mechanism* (CCM) do Fundo Global em Moçambique.
[35] Director Executivo e Oficial de Monitoria do PIRCOM (Programa Inter-religioso Contra a Malária).

o Instituto de Medicina Tradicional (pertencente ao Ministério da Saúde), também, foram incluídos nesta consulta.

A decisão de realizar a presente investigação em diversas aldeias do distrito de Chókwè assim como em múltiplos contextos terapêuticos foi ponderada em termos analíticos, logísticos e monetários[36], em detrimento de uma etnografia mais clássica, realizada apenas numa localização geográfica, junto do provedor de cuidados de saúde. Em termos analíticos, a preferência pela apreensão das dinâmicas das relações entre provedores, doentes e familiares, em contextos geográficos diferenciados, permitiria, à partida, o acesso a uma maior diversidade de atores, testemunhos e experiências e à sua articulação com a história local. Em oposição, o acompanhamento de apenas um *nyanga,* num contexto tão remoto e concorrencial, poderia acarretar embaraços, nomeadamente de os pacientes não se sentirem à-vontade com a presença da investigadora ou do próprio curandeiro solicitar uma retribuição monetária pelo tempo despendido. Desta abordagem metodológica podem destacar-se, como constrangimentos, os aspetos temporais do trabalho de campo e, consequentemente, a qualidade/profundidade das relações estabelecidas com os interlocutores (Hannerz, 2003: 201-216), nas aldeias mais remotas.

A integração da "paisagem organizacional", para além da típica emersão do antropólogo no seu lugar de estudo (distrito de Chókwè), permitirá a compreensão da interação entre a saúde e suas práticas locais e a saúde pública.

1.4 Análise de Conteúdo

Quando fui para Moçambique (2008), iniciei a leitura do "*The SAGE Handbook of Grounded Theory*", editado por Bryant e Charmaz, e, apesar de me ter debatido, durante alguns meses, quanto à sua adequabilidade à minha investigação, desde o início me apropriei da premissa "*everything is data*" (Bryant e Charmaz, 2007). Nesse sentido, procurei criar um diário de campo, desde o dia 1, recolher documentos e recortes de jornais, embrenhar-me nas artes e letras, estar atenta às relações de poder, às instituições existentes, aos diários de campo, às fotografias e às experiências recolhidas entre 2001 e 2003. Desconhecendo o tema sobre o qual me viría a debruçar, o primeiro ano caracterizou-se pela absorção de tudo o que estava à minha volta, de modo indiscriminado. Após a elaboração do projeto de

[36] Em termos logísticos e monetários, tiveram de ser consideradas as viagens para as aldeias onde foram efetuadas as entrevistas e grupos focais, as aldeias onde decorreram eventos realizados pelo PNCM, as deslocações para a cidade de Maputo, ao encontro dos informantes qualificados das ONGI, organizações religiosas e agências das Nações Unidas. Entre Abril de 2012 e Junho de 2013, as deslocações de automóvel contabilizaram 5000km.

investigação, as minhas opções bibliográficas e registos foram-se, progressivamente, inclinando para os temas da malária, abordados nesta dissertação.

Uma vez que esta tese pretende ser um estudo-caso, a análise de conteúdo foi, maioritariamente, de natureza qualitativa e indutiva, com base no modelo espiral, em que "(…) *metaphorically you dive in and out of the data.*" (Hesse-Biber e Leavy, 2001: 234). Numa fase inicial, com base no material que foi recolhido[37], procurou-se organizar os dados, codificando-os em categorias generalistas. Com essas categorias definidas, iniciou-se a análise e interpretação dos dados, em que foram surgindo vários *data-memos*, que permitiram um maior aprofundamento na análise, ao mesmo tempo que se confrontava a informação das diferentes fontes.

Dada a diversidade e quantidade de informação disponível, considerou-se mais adequado recorrer às leituras e análises repetidas, das quais surgiam sistematizações e comparações, que voltavam a ser lidas e reanalisadas. Este processo permitiu uma grande proximidade e aprofundamento de todo o material recolhido e a criação de interligações inicialmente não-evidentes.

Por fim, a caracterização sociodemográfica dos entrevistados foi analisada com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.

[37] Diário de campo, transcrições integrais de entrevistas e grupos focais, registos e notas sobre eventos em que estivemos presentes, recortes de jornais, relatórios, fotografias e documentos vários recolhidos junto dos interlocutores.

Capítulo II Malária: Uma perspetiva biomédica

2.1 Historial biomédico da malária: um resumo

O presente subcapítulo pretende expor, de modo sucinto, o historial biomédico da malária, destacando alguns factos e desenvolvimentos no controlo da doença em referência, nas sociedades europeia e norte-americana. A parcialidade desta análise, ao privilegiar a bibliografia mais acessível à investigadora, exclui as sociedades asiáticas, onde, por exemplo, a utilização da planta artemisinina (ou *qinghaosu*) já surge registada em textos médicos chineses, há 2000 anos (Packard, 2007: 115) e que, atualmente, faz parte das terapêuticas biomédicas, sendo considerada um fármaco decisivo no tratamento da malária.

Tendo presente a limitação apontada, serão apresentados dados sobre a extensão da malária, a nível mundial, dados globais sobre o financiamento de atividades de controlo e, por fim, a caracterização biomédica desta patologia.

▪ 2.1.1 A malária até ao século XX

A origem da malária tem sido amplamente discutida entre investigadores das ciências biomédicas, sendo considerada um das doenças infecciosas mais antigas. A génese e a transmissão dos parasitas da malária (*Plasmodium*) têm sido debatidas, com base em argumentos, designadamente a sua origem não humana – através dos chimpanzés, outros primatas e galinhas –, a sua origem humana ou coespeciação[39], o grau de imunidade das populações, a adaptação dos vetores às condições climáticas e o tipo de fixação das populações, entre outros[40] (Webb Jr., 2009: 43-54). A existência de cinco parasitas que, atualmente, infetam os humanos – *Plasmodium malariae*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium vivax, Plasmodium falciparum e Plasmodium knowlesi* – e as análises genéticas apontam para que os parasitas tenham evoluído a partir de África[41], com a população dos primeiros hominídeos que divergiram dos grandes primatas, saindo da savana africana, há 5 milhões de anos (Packard, 2007: 22).

[39] Processo pelo qual uma espécie diverge, produzindo duas ou mais espécies descendentes. Neste caso, o *P. falciparum* e *P. reichenowi* teriam evoluído a partir de um parasita ancestral comum, independentemente dos seus respectivos hospedeiros, os seres humanos e os chimpanzés, respectivamente, ao longo dos últimos 5 a 7 milhões de anos (Rich *et al.*, 2009: fig. 1).

[40] Para um maior desenvolvimento deste tema, ver Carter e Mendis (2002), "*Evolutionary and Historical Aspects of the Burden of Malaria*".

[41] Em oposição a esta teoria, Escalante *et al.* advogam que o *P. vivax* deriva de uma espécie existente em macacos, no Sudeste Asiático, estando datada a sua origem entre 45 680 e 81 607 anos atrás (Escalante *et al.,* 2005).

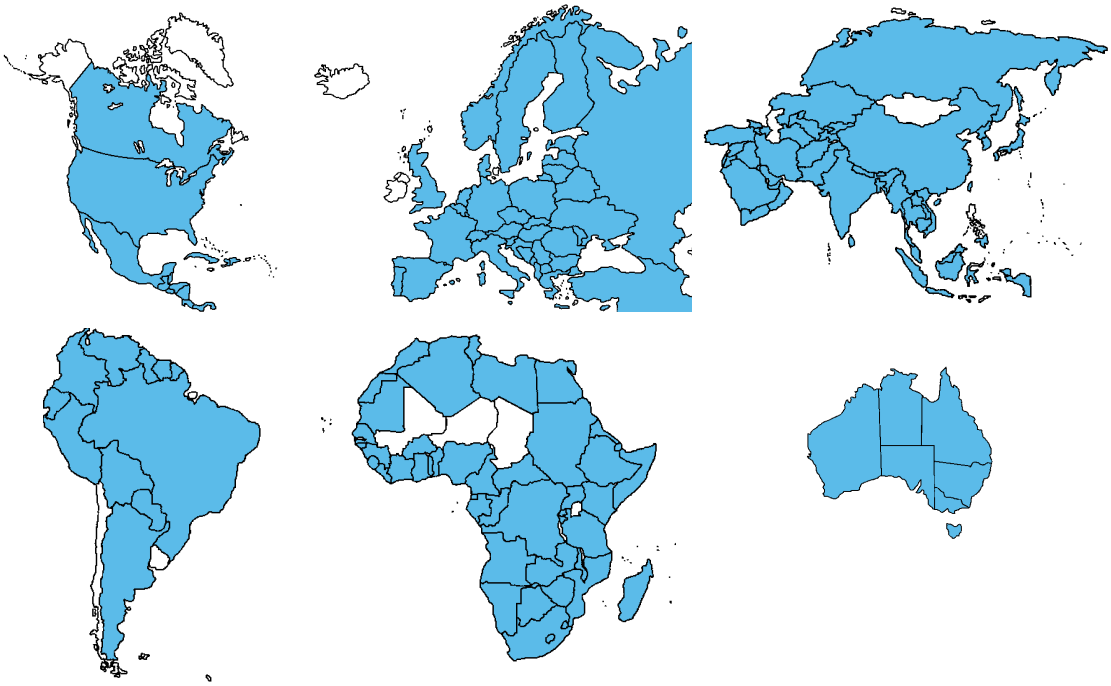
Entre 100 000 e 50 000 a. C., os primeiros homens modernos iniciam a migração que viria a dar origem aos primeiros euro-asiáticos modernos, deixando para trás vários insetos e animais tropicais, que serviam de repositório e transmissor, assim como várias doenças tropicais, nomeadamente a febre-amarela, tripanossomíase, cegueira dos rios e a elefantíase (Webb Jr., 2009: 42). Os parasitas da malária, transportados no seu sangue, viriam a encontrar, no novo ambiente, uma vasta variedade de insetos da espécie *Anopheles,* como vetor de transmissão. Julga-se que a malária terá afetado as grandes civilizações milenares, havendo documentos chineses com referências à doença, em 2700 a. C., tábuas de argila da Mesopotâmia, a partir de 2000 a. C., papiros egípcios de 1570 a. C. e textos hindus de 600 a. C. (Cox, 2010: 1).

O crescente contacto entre os povos, por motivos comerciais e militares, assim como a existência progressiva de aglomerados populacionais que requereram a prática da agricultura de um modo extensivo e, ainda, a domesticação de animais viriam a alterar a ecologia das regiões e a imunidade dos indivíduos aos quais os parasitas e os vetores se adaptaram (Webb Jr., 2009, 18-91). A domesticação de animais e a agricultura criariram uma nova ordem epidemiológica.

De acordo com as evidências apresentadas por Webb Jr., no seu livro "*Humanity's Burden: A Global History of Malaria*" (2009) e pela consulta de outros autores (Fossmark e Bergström, 1994; Huldén, Huldén e Heliövaara, 2005; Hulden e Hulden, 2009) foi possível reconstituir a distribuição da malária, por países e continentes, até ao início do século XX, quando foi criada a Comissão da Malária pela Liga das Nações (Webb Jr., 2009: 145). Como é possível observar, ela teve uma vasta dispersão, a nível mundial, à exceção de alguns países cujas condições ambientais não permitiram a reprodução do parasita e onde a fixação humana era muito reduzida. Uma vez que não foi possível encontrar um mapa que ilustrasse a distribuição geográfica da malária até ao início do século XX, com base na pesquisa bibliográfica realizada, foram criados os mapas da Figura 2.1. Uma limitação deve ser assinalada: a seleção do país não significa que a doença estivesse presente em todo o território. A título de exemplo, na Austrália apenas na zona costeira norte e na região da Tasmânia se constata o registo de casos de malária e a identificação da espécie. Nos Estados Unidos da América, houve uma demarcação notória entre o norte, livre de malária, e o sul, com áreas pantanosas, população escrava, plantações agrícolas e malária.

Esta doença que, atualmente, possui uma elevada morbimortalidade nos países tropicais africanos, há menos de um século afetava quase toda a população mundial.

Figura 2.1 - Distribuição da malária por continentes, até ao início do século XX



Os ideais iluministas dos séculos XVI-XVIII viriam a criar as bases fundacionais da medicina científica, que se afirmou, no século XIX, com o reconhecimento da teoria dos germes. Louis Pasteur, Robert Koch e Joseph Lister são, apenas, alguns nomes dos cientistas que viriam a fundar a microbiologia, no final do século XIX e a detetar não só os agentes causadores da tuberculose (R. Koch), da cólera (L. Pasteur e R. Koch) e do antraz (R. Koch e L. Pasteur) como também as técnicas de esterilização (J. Lister), pasteurização e fermentação (L. Pasteur).

As descobertas do final do século XIX viriam, também, a transformar o rumo da prevenção e tratamento dessa patologia, quando, em 1880, Alphonse Laveran encontra o parasita da malária no sangue humano (Packard, 2007: 115) e, dezoito anos depois, Ronald Ross publica um artigo onde explicita o papel do mosquito anofelino na transmissão da malária, em pássaros (Packard, 2007: 115). Nesse mesmo ano, Giovanni Grassi comprova a transmissão da malária a humanos, dando início a novos desenvolvimentos no controlo da doença (Packard, 2007: 115), refutando, assim, a teoria dos miasmas, que associava os episódios de febre aos vapores emanados dos pântanos e das zonas baixas, que provocavam mau-ar (mal-aria).

Conhecido o agente da doença e o seu vetor de transmissão, as medidas de controlo da malária viriam a polarizar-se entre dois campos: por um lado, aqueles que defendiam que a

sua eliminação passaria por uma reforma social e pelo desenvolvimento agrícola eficaz (Angelo Celli[42] e o coronel S.P. James[43] destacaram-se nesta posição), num momento em que as atividades humanas configuravam a ecologia e a epidemiologia da malária, através das guerras[44], da exploração mineira, da construção de estradas e caminhos-de-ferro, da progressiva industrialização e dos movimentos populacionais forçados e voluntários (Packard, 2007: 11). Por outro lado, aqueles que defendiam que o controlo da doença passaria por soluções na esfera biomédica, como a administração de antimaláricos e a utilização de inseticidas e larvicidas, para eliminar os mosquitos e seus criadouros.

No início do século XIX, a utilização de quinino[45], eficaz no tratamento de febres, e a sua produção em fábricas já se tinham propagado pela Europa, países asiáticos sobre domínio colonial e Américas, sendo um fármaco indispensável aos exércitos, aos trabalhadores das grandes construções de caminhos-de-ferro e nas viagens marítimas, entre outros (Webb Jr., 2009: 98-122). No início do século XX, o quinino é, assim, utilizado para o tratamento da malária, administrado como profilaxia, a par da implementação de medidas de destruição dos mosquitos e seus *habitats,* saneamento e drenagem dos pântanos.

Neste período, o controlo da malária privilegiava a intervenção biomédica, em detrimento das reformas sociais e agrícolas, defendidas por Celli, e, mais tarde, pela designada Escola Holandesa e Italiana (Nájera *et al.*, 2011: 1).

A Primeira Guerra Mundial foi devastadora para a Europa, situação agravada por várias epidemias, incluindo a malária. Com a fundação da Sociedade das Nações, em 1919, foi, também, criada a Comissão da Malária, que procurava definir estratégias para o controlo da doença, entre os seus estados-membros e nos Estados Unidos da América (Webb Jr., 2009: 145). Para além da Sociedade das Nações, a Fundação Rockefeller, também, desempenhou um papel importante no controlo da malária, tendo-a abordado sob uma perspetiva mais ambiental e entomológica (em paralelo com a administração de antimaláricos[46]), em que o inseticida *Paris Green* foi extensamente utilizado, assim como a

[42] Malariologista italiano publica "*Malaria: According to the New Researches"* (1900), em que interliga a biologia da malária com a vida política e económica dos indivíduos (Packard, 2007: 111).
[43] Malariologista britânico que, depois de visitar o Quénia, no final dos anos 20, declarou que a única via para eliminar a malária seria a introdução da agricultura e sistemas de proteção social que melhorassem as condições socioeconómicas da população (Packard, 2007: 128).
[44] Ver Humphreys (2001: 37-48) sobre a Guerra Civil nos Estados Unidos da América.
[45] "Descoberto" nos Andes no século XVI, as cascas do arbusto Cinchona (quinino) (Webb Jr., 2009: 125) viriam a revolucionar, até aos nossos dias, o tratamento e prevenção da malária.
[46] Procurou-se a "esterilização por quinino", no tratamento dos casos de malária e na sua profilaxia, tendo-se obtido fracos resultados. Foi, também, introduzido o medicamento sintético *atabrine*, criado por químicos alemães, no final da Primeira Guerra Mundial, mas, dado o seu elevado nível de toxicidade e custo, foi abandonada a sua administração (Humphreys, 2001: 74-79).

drenagem de lagoas e o uso de óleos nos pântanos de difícil escoamento – o canal do Panamá e o rio Mississípi – para destacar algumas áreas que sofreram intensas intervenções por parte das autoridades de saúde pública americana (Humphreys, 2001: 69-78).

- **2.1.2 Os anos 40: a Segunda Guerra Mundial, o DDT e a Organização Mundial de Saúde (OMS)**

Os esforços e investimento público para controlar a malária, nas primeiras décadas dos anos 40, alcançaram resultados modestos, mas permitiram aos governos e instituições de saúde pública (incluindo a Comissão da Malária da Sociedade das Nações e a Fundação Rockefeller) conhecer melhor a doença, através da realização de estudos de vigilância epidemiológica e estudos entomológicos.

A Segunda Guerra Mundial, com palcos de conflito pela Europa, Ásia e Pacífico, viria a conhecer um inimigo comum: a malária. O maior ou menor sucesso na frente de combate dependia da capacidade de garantir que os militares se mantinham livres da doença e que o ambiente envolvente das bases militares estava vetorialmente controlado (Packard, 2007: 140). Como refere Webb Jr., o controlo da malária passa a integrar as estratégias militares: "(...) *As the Nazis withdrew from Italy in May 1944, they dynamited the bonification works constructed during the 1930s that had drained eighty-one thousand hectares of swampy mosquito habitat, and malaria flooded back into the central lowlands*" (Webb Jr., 2009: 158).

Em 1939, a descoberta do DDT (dichlorodiphenyl-trichloro-ethane) por Paul Mueller, um químico suíço, viria a revolucionar o controlo da malária não só porque eliminava os mosquitos mas também porque a sua ação se prolongava até três meses após a aplicação (Humphreys, 2001: 147), podendo, mesmo, existirem casos em que a pulverização realizada a cada seis meses inverteria a população anofelina. A Segunda Guerra Mundial e a Guerra Fria viriam a catalisar a expansão do DDT, quer em contextos militares, quer através de programas de controlo da malária (Packard, 2007: 147). Em 1945, a cloroquina foi introduzida e passou a integrar as estratégias de "esterilização" (Humphreys, 2001: 73).

A erradicação da malária, em oposição ao seu controlo, apresentou-se, assim, como um objetivo alcançável pelos Estados. Aprovado em 1955, na Assembleia Mundial de Saúde, o Programa de Erradicação da Malária, sob liderança técnica e de coordenação de recursos por parte da OMS (Nájera *et al.*, 2011: 2), destinou-se, primeiramente, aos Estados-membros, investindo todos os recursos e esperanças nas atividades de pulverização intradomiciliária com DDT, como alternativa aos casos de resistência à cloroquina,

identificados na Venezuela e na Tailândia, no final dos anos 50 (Nájera *et al*., 2011: 3). Como resultado, a campanha realizada impediu a transmissão, em todas as áreas endémicas de malária na Europa, na maioria das regiões asiáticas da URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), nos Estados Unidos da América e na maioria dos países das Caraíbas (Krogstad, 1996: 1). Em 1950, a malária era considerada uma doença endémica, em 143 países. Em 1978, 37 foram declarados livres de malária, 27 dos quais localizados no continente europeu e americano (Wernsdorfer 1980, *apud* Mendis *et al.*, 2009: 2).

No entanto, houve países onde se observou o ressurgimento da malária. Apesar da OMS ter considerado que as causas estariam relacionadas com as resistências aos antimaláricos[47] e inseticidas, é de admitir que tenha decorrido da fraca gestão dos programas de controlo da enfermidade e da falta de formação adequada do pessoal de saúde (causas mais relacionadas com o âmbito biomédico). Vários cientistas sociais defendem que, em alguns países, a diminuição do esforço de combate desta doença assentava em motivações político-económicas, mormente do controlo de trabalhadores revoltados e protestos generalizados (Baer, Singer e Susser, 2003: 76-77).

Tal como será apresentado no ponto 5.1, com este Programa de Erradicação da Malária, Moçambique não alcançou os mesmos resultados do que os 37 países que foram considerados livres dessa doença.

2.2 Malária: dados globais, patologia, diagnóstico e tratamento

▪ 2.2.1 Dados globais e financiamento internacional

A redução da morbimortalidade da malária figura em vários documentos estratégicos internacionais, tais como os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (objectivo número 6: Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças; meta: reverter e reduzir a incidência da malária e outras doenças), os objetivos definidos pela Assembleia da OMS, em 2005 (em 2015, redução em 75% dos casos e mortes por malária) e os objetivos, ainda mais ambiciosos, do *Global Malaria Action Plan* (GMAP) fixados pelos parceiros da iniciativa

[47] A resistência de um parasita a um fármaco antimalárico mede-se pela sua capacidade de sobreviver e de se multiplicar, independentemente da administração e absorção do fármaco serem feitas de acordo com a dose recomendada. Neste contexto, surge uma mutação genética que, no processo de seleção, tem uma maior capacidade de sobrevivência, havendo a transmissão preferencial da mutação genética e, consequentemente, a propagação da resistência (OMS, 2010: 122-123).

Fazer Recuar a Malária (*Roll Back Malaria*) de reduzir as mortes por esta doença para perto de 0%, em 2015 (OMS, 2013: 12). De acordo com o último relatório mundial (*World Malaria Report 2013*), 52 dos 103 países, onde ocorre a transmissão da malária, reduziram as taxas de incidência para 75%, sendo que 8 deles pertencem ao continente africano (OMS, 2013: ix).

Em relação às taxas de mortalidade por malária, entre 2000 e 2012 ocorreu uma redução de 45% para todos os grupos etários e 51% para menores de cinco anos (OMS, 2013: ix). Da totalidade das mortes registadas, no ano de 2012, 90% referiam-se à África subsariana e, destas, 77% incidiam sobre crianças com menos de cinco anos (OMS, 2013: xiii).

Os discursos globais sobre a malária têm sido pautados pela enunciação de objetivos maiores de controlo da doença, através de declarações internacionais para um mais profundo comprometimento técnico e financiamento aos países mais afetados. Em 1955, o Programa de Erradicação da Malária, lançado pela OMS, daria o primeiro passo. Em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, mais conhecida pela Declaração de Alma-Ata, viria a marcar o início de uma atenção especial para os programas de saúde horizontais. Esta declaração destacar-se-ia por ter sido a plataforma de onde emergiu a definição do conceito de saúde, por parte da OMS: " (...) *health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector*" (Declaração Alma-Ata, I, 1978).

Em 1998, foi criado o movimento Roll Back Malaria (Fazer Recuar a Malária), uma parceria mundial iniciada pela OMS, PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), UNICEF (Agência das Nações Unidas para a Infância) e Banco Mundial, que procura trabalhar com governos, outras agências de desenvolvimento, diversas ONG e companhias do setor privado, para se reduzirem os custos humanos e socioeconómicos do paludismo. Face aos elevados casos de morbimortalidade por malária em África, em 2000, foi realizada a Cimeira de Abuja (Kamat, 2013: 14), sobre a égide do *Roll Back Malaria* (RBM) e da OMS, que conduziu à Declaração de Abuja, em que 44 dos 50 países africanos afetados pela doença estavam representados, assim como vários delegados de organizações multilaterais. Os líderes africanos presentes comprometeram-se a garantir que, até 2005, 60% dos doentes de malária iriam ter acesso a um tratamento acessível, atempado e adequado (*Roll Back Malaria* e OMS, 2000: 2).

O Banco Mundial foi considerado um dos novos atores mais importantes do RBM, ao integrar o investimento na saúde como parte do desenvolvimento económico global dos países (Packard, 2007: 220-221), na era das reformas do Programas de Ajustamento Estrutural. Como refere Packard: "(...) *The funding of Roll Back Malaria interventions reflected a new emphasis on invidual responsability for health care and for the financing of malaria control measures. During the early years of the program, bed nets were not distributed like vaccinations or house spraying was, but had to be purchased. Health services often required the payment of user fees*." (Packard, 2007: 221-222).

Apesar do movimento RBM ter sido desacreditado pelos parcos resultados alcançados (Kamat, 2013: 14), outro conjunto de iniciativas e modo de canalizar financiamento para as atividades de controlo da malária viriam a destacar-se, nomeadamente o Programa de Reforço do Controlo da Malária em África (*World Bank Booster Program for Malaria Control in Africa*), em 2005, (Banco Mundial, 2009: 1-12) a Iniciativa Presidencial da Malária (The President´s Malaria Initiative) liderada pela USAID, desde 2005/2006, e o Fundo Global contra o VIH, Tuberculose e Malária, criado em 2002. Estes três programas destinam-se, principalmente, a países africanos que têm em marcha planos de controlo da doença e onde a malária, ainda, constitui um grave problema de saúde pública.

Em Outubro de 2007, Bill e Melinda Gates viriam a definir a erradicação da malária como o grande objetivo da sua fundação, tendo a OMS apoiado, de imediato, esta intenção (Das e Horton, 2010: 1515): "(...) *What is the most repeated failure in all of global health? It could well be the commitment to eradicate malaria. So why would anyone want to follow a long line of failures by becoming the umpteenth person to declare the goal of eradicating malaria? There's one reason. We should declare the goal of eradicating malaria because we can eradicate malaria. Today, I want to make the case that we have a real chance to build the partnerships, generate the political will, and develop the scientific breakthroughs we need to end this disease* (…) (Gates e Gates, Malaria Forum Keynote Address, 2007).

Esta mudança de paradigma assenta numa estratégia tripartida que se foca não apenas no controlo agressivo nos países com elevada endemicidade, numa tentativa de diminuir a transmissão e a morbimortalidade, como também na eliminação progressiva da doença, a partir das margens endémicas, procurando estreitar o mapa da malária e, ainda, na pesquisa de vacinas e outras drogas, diagnósticos, inseticidas, outras intervenções e prospeção de métodos de prestação que alcancem todas as populações em risco (Mendis *et al.*, 2009; Feachem *et al.*, 2010: 1566). Até ao momento, a fundação Bill e Melinda Gates já despenderam dois mil milhões de dólares americanos em subvenções para o combate da

malária e mais de mil e seiscentos milhões em financiamentos canalizados através do Fundo Global[48].

Em termos conceptuais, importa fazer a distinção entre controlo, eliminação e erradicação. O controlo da malária refere-se à redução da doença para um nível em que já não constitui um problema de saúde pública (OMS, 2006c: 16). A eliminação da malária significa a redução para zero da incidência das infeções causadas por um parasita específico, numa determinada área geográfica, como resultado de um esforço deliberado, sendo requeridas medidas continuadas de prevenção do restabelecimento da transmissão (OMS, 2014: x). Por fim, a erradicação da malária é definida pela redução permanente a zero da incidência da infeção causada por um agente específico, como resultado de esforços deliberados e temporalmente limitados. Uma vez alcançada a erradicação, não são necessárias medidas de intervenção (OMS, 2006c: 4).

A decisão de mudar de uma estratégia de controlo para outra − de eliminação da malária − implica a existência de sistemas de saúde fortalecidos e um compromisso sustentável, por parte dos governos (Das e Horton, 2010: 1516). Para os países com altas taxas de mortalidade infantil, fracas infraestruturas de saúde e elevada prevalência do VIH/SIDA, a tomada de decisão será mais difícil, devido à alocação de recursos entre doenças com prioridades concorrentes (Feachem *et al.*, 2010: 1570). Segundo as análises de custo e viabilidade das duas abordagens, Sabot *et al*. concluem que o investimento inicial para alcançar a eliminação varia entre países e contextos, mas é maior do que os custos associados às intervenções de controlo (Sabot *et al.*, 2010: 1612). Como consequência da aprendizagem realizada pela Campanha de Erradicação da Malária, nos anos 50, é consensual que as abordagens universais (*one size fits all*) são ineficazes (Feachem *et al.*, 2010: 1572) e que cada país deve delinear os seus próprios programas. No mesmo sentido, alguns autores, como Stratton *et al.*, salientam que as abordagens de controlo da doença devem atender aos contextos locais e estes, incluindo as desigualdades mundiais, devem ser integrados nos discursos globais (2008: 860).

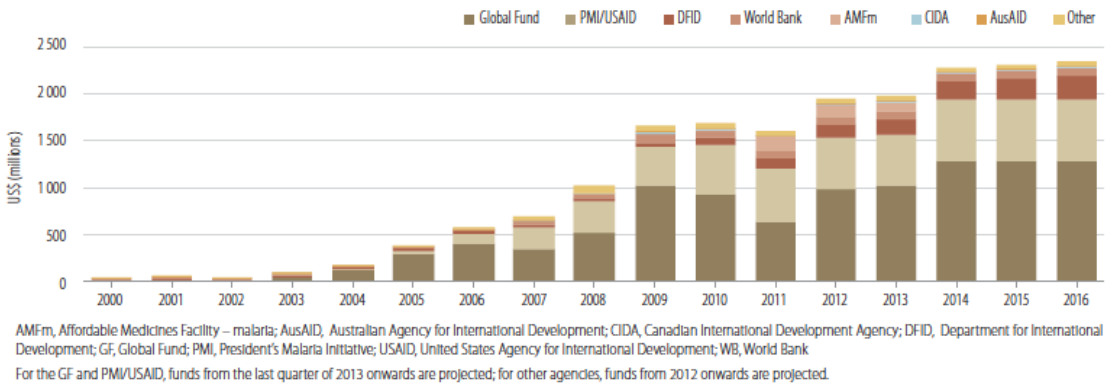
A mudança de paradigma imprimida pela adesão da Fundação Bill e Melinda Gates, leva Das e Horton a tecerem os seguintes comentários: "(...) *The quest for elimination must not distract existing good malaria control work. The danger of the Gates call for a new era of elimination is that their immense funding power and influence (witness WHO´s instant sup-*

[48] http://www.gatesfoundation.org/What-We-Do/Global-Health/Malaria, acedido a 23 de Outubro de 2014.

port) could cause damaging swing in funding and political priorities. (...) Good intentions could cause adverse and unanticipated harms." (Das e Horton, 2010: 1516).

A definição de objetivos tão ambiciosos e o alcance de algumas dessas metas, em relação a uma doença que afeta, maioritariamente, a população dos países africanos, não poderia deixar de ser feito sem um elevado financiamento por parte dos atores internacionais. Em 2000, as atividades de controlo da malária, a nível global, tiveram menos de $100 milhões, em contraste com os $1,6 mil milhões registados em 2011 (OMS, 2013: ix).

Figura 2.2 - Financiamento internacional para o controlo da malária, passado e estimativas futuras, 2000-2016



AMFm, Affordable Medicines Facility – malaria; AusAID, Australian Agency for International Development; CIDA, Canadian International Development Agency; DFID, Department for International Development; GF, Global Fund; PMI, President's Malaria Initiative; USAID, United States Agency for International Development; WB, World Bank

For the GF and PMI/USAID, funds from the last quarter of 2013 onwards are projected; for other agencies, funds from 2012 onwards are projected.

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2013: 18).

Neste sentido, as atividades de controlo da malária dependem, de modo crítico, do financiamento internacional e, em especial, dos recursos financeiros do Fundo Global, da Iniciativa Presidencial da Malária e do Governo norte-americano (ver figura 2.2). Em termos dos resultados relativos à eliminação da malária, dos 103 países onde ocorre a sua transmissão, 13[49] estão na fase de pré-eliminação, 7[50] na fase de eliminação, 7[51] em fase de prevenção da reintrodução, existindo 4 países[52], recentemente certificados como livres dessa enfermidade (OMS, 2013: 58).

- **2.2.2 A Patologia**

A Malária, enquanto doença parasitária do sangue, decorre da simbiose de dois elementos: o parasita, do género *Plasmodium* e o vetor, do género *Anopheles* (mosquito).

[49] Cabo Verde; Argentina; Belize; Costa Rica; Equador; El Salvador; México; Paraguai; Butão; República Popular Democrática da Coreia (Coreia do Norte); República da Coreia; Malásia.
[50] Argélia; República Islâmica do Irão; Arábia Saudita; Azerbeijão; Tajiquistão; Turquia; Sri Lanka.
[51] Egipto; Iraque; Omã; República Árabe da Síria; Geórgia; Quirguistão; Uzbequistão.
[52] Marrocos (2010); Emirados Árabes Unidos (2007); Arménia (2011); Turquemenistão (2010).

Nos humanos, o parasita desenvolve-se e multiplica-se, primeiramente, nas células do fígado, passando, de seguida, para os glóbulos vermelhos. A sua multiplicação destrói os glóbulos vermelhos, dando origem a novos parasitas-filhos (designados de merozoítos), que continuam o ciclo, através da invasão de outros glóbulos vermelhos. Com esta "colonização", ele desenvolve-se, consumindo a hemoglobina das células (Packard, 2007: 21). Daí a associação da malária à anemia.

Todavia, nem todos os merozoítos invadem os glóbulos vermelhos. Alguns diferenciam-se pelas suas formas masculinas e femininas, conhecidos por gametócitos, que circulam na corrente sanguínea periférica. A fêmea anofelina (vetor), ao inocular um humano, ingere alguns destes gametócitos, durante as suas "refeições" de sangue. Estes gametócitos maturam em formas sexuais e reproduzem-se no estômago do mosquito. Aí, completam os estágios de reprodução sexual do ciclo de vida do parasita, produzindo novos esporozóitos que invadem as glândulas salivares do mosquito e infetam, na inoculação seguinte, o novo hospedeiro humano (Packard, 2007: 21).

Para que ocorra a contaminação, o complexo ciclo de vida reprodutiva do *Anopheles*-fêmea e do parasita precisam de coincidir, isto é, o parasita da malária (do hospedeiro humano) deve ser ingerido pela fêmea do mosquito anofelino, durante a sua reprodução sexual, e transmitido a um segundo humano, após ela estar completa − aproximadamente 14 dias (Packard, 2007: 24).

Vários fatores podem influenciar a transmissão do parasita, ou seja, a capacidade do *Anopheles*-fêmea completar o seu ciclo reprodutivo e, consequentemente, infetar. Entre eles, destacam-se os seus hábitos de alimentação e inoculação (zoófilos[53], antropófilos[54], endofágicos[55] ou exofágicos[56]), a disponibilidade dos mesmos e as condições ambientais para a sua reprodução, nomeadamente a existência de superfícies de água, o elevado grau de humidade e o nível de salinidade, entre outros (Sinka *et al.*, 2010: 11-16).

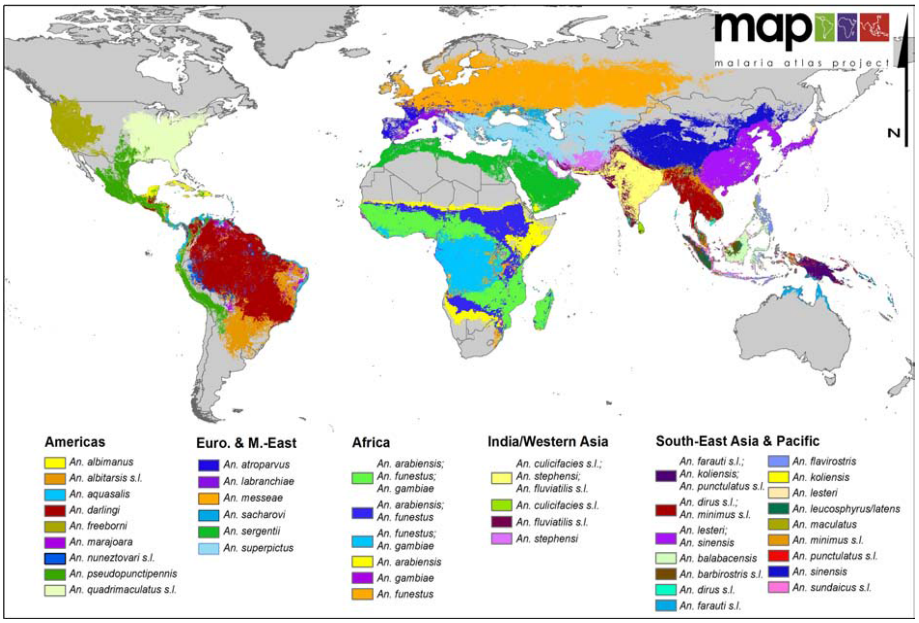
Tal como a figura 2.3 apresenta, existe, a nível mundial, uma grande variedade de mosquitos anofelinos transmissores da malária.

Após a infeção por *P. falciparum* ou *P. malariae*, o hospedeiro poderá sentir os primeiros sintomas entre 7 a 15 dias, ao contrário de uma infeção por *P. ovale* e *P. vivax,* cujo período de incubação poderá estender-se por várias semanas e meses, devido à forma hepática de

[53] Preferência por sangue de animais.
[54] Preferência por sangue humano, por vezes referida entre 80% a 100%, em relação ao sangue de animais domésticos (Webb Jr., 2009: 38).
[55] Alimentação em espaços fechados.
[56] Alimentação fora de edifícios, ao ar-livre.

“adormecimento” do parasita.

Figura 2.3 - Distribuição do vetor dominante Anopheles da malária humana



Fonte: Sinka *et al.* (2012: 4).

- **2.2.3 Diagnóstico**

No caso de uma malária não complicada, ou seja, uma malária sintomática sem sinais de gravidade ou evidência (clínica ou laboratorial) de disfunção de órgão vital, o doente pode apresentar cumulativamente, ou não, os seguintes sinais e sintomas: cefaleia, cansaço, dores articulares, dores musculares, desconforto abdominal e mal-estar geral, seguidos de febre (temperatura axilar igual ou superior a 37,5ºC), arrepios de frio, sudorese, anorexia, vómitos e/ou diarreia e agravamento do mal-estar. É frequente observar-se anemia e tosse, em crianças (MISAU, 2011b: 14).

Em caso de malária grave, um doente com parasitémia por *P. falciparum* e sem outra causa óbvia para a sintomatologia apresenta um ou mais destes achados clínicos ou laboratoriais: prostração, alteração de consciência ou coma, incapacidade de se alimentar, dificuldade respiratória, convulsões repetidas, colapso circulatório ou choque, edema pulmonar (radiológico), hemorragia espontânea anormal, icterícia clínica e evidência de disfunção de outro órgão vital, hemoglobinúria (urina escura), anemia grave, hiperpirexia (temperatura axilar igual ou superior a 39,5ºC) e insuficiência renal (redução da diurese) (MISAU, 2011b: 26).

- **2.2.3.1 Diagnóstico em Moçambique**

Desde 2008 que, em Moçambique, o diagnóstico da malária tem de ser acompanhado por evidência laboratorial quer através da análise de uma amostra de sangue, em laboratório (microscopia), quer através da realização de um Teste de Diagnóstico Rápido (TDR). A prescrição de tratamento com antimaláricos fica, assim, sujeita à obtenção de um resultado positivo no exame laboratorial ou no TDR, existente em todas as Unidades Sanitárias. De acordo com a OMS, a utilização da microscopia apresenta várias vantagens, tais como a possibilidade de identificar e quantificar o parasita, podendo, deste modo, adequar-se o tratamento. Além disso, existem alguns laboratórios equipados com PCR (*polymerase chain reaction*), que realiza a deteção molecular e identificação das espécies de plasmódio. Consequentemente, esses procedimentos requerem profissionais com elevado nível de formação e experiência e Unidades Sanitárias equipadas com material laboratorial e com energia elétrica (OMS, 2010: 11).

Durante o período que antecedeu a introdução dos Teste de Diagnóstico Rápido (TDR), todo o doente que recorresse a uma unidade sanitária (US) sem laboratório, com um quadro clínico de febre, cefaleia, diarreia e dores articulares, era diagnosticado com malária (designada de malária clínica), de acordo com o protocolo da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI[57]), adotado pelo Ministério da Saúde. Durante este período, a confirmação do diagnóstico era, apenas, feita através de análises parasitológicas efetuadas nas escassas unidades sanitárias com laboratório − 298 US, correspondendo a 23,3% (MISAU, 2012a: 20), usualmente localizadas nas sedes dos distritos.

Um inquérito realizado a nível nacional, em Moçambique, com uma amostra de 8 816 menores de 10 anos, concluiu que a maioria das crianças a quem tinha sido detetada uma infeção por malária nas amostras de sangue recolhidas não apresentava quaisquer sintomas (malária assintomática). Nos casos das crianças, em que a malária estava associada a febre, a faixa etária centrava-se principalmente nos menores de 12 meses (10,6%), com uma tendência para diminuir até à idade de 7-10 anos (3,3%) (Mabunda *et al.*, 2009: 3-5). Os episódios de malária assintomática afiguram-se como um grande desafio para o controlo da doença, na medida em que permeiam a manutenção da transmissão.

[57] Mais comummente conhecida pela sigla inglesa IMCI – *Integrated Management of Childhood Illnesses*.

- **2.2.4 O tratamento**

A deliberação de adotar um determinado antimalárico, em detrimento de outro, assenta em duas esferas de decisão: internacional e nacional. A nível internacional, a OMS, com base na compilação de estudos de eficácia terapêutica, define um conjunto de recomendações gerais, atendendo, unicamente, a critérios de eficácia terapêutica, ou seja, à taxa média de cura (superior a 95%) observada em ensaios clínicos (OMS, 2010: 9). A nível nacional, os Ministérios da Saúde e os Programas Nacionais de Controlo da Malária, em particular, são responsáveis pelos estudos de eficiência dos antimaláricos e pela tomada de decisão dos fármacos a adotar, de acordo com o seu custo/eficácia, a sua posologia, a segurança, os custos associados à introdução de uma linha terapêutica diferente (formação de profissionais), a aquisição e distribuição dos novos fármacos, a publicação das suas normas, a criação de material de suporte dessa linha terapêutica) e, em última análise, a aceitação dos fármacos por parte do consumidor e dos próprios profissionais de saúde (#24_Consultor).

Em 2010, a OMS atualizou as suas linhas orientadoras quanto ao manejo de casos de malária, recomendando aos países que adotassem uma das linhas de tratamento abaixo indicadas, de acordo com o seu perfil epidemiológico e os fatores de ponderação atrás descritos.

Quadro 2.1 - Recomendações terapêuticas da Organização Mundial de Saúde para o tratamento da malária

<table>
<tr><td colspan="2">Tratamento de Malária Não Complicada</td><td rowspan="2">Tratamento de Malária Severa (por ordem de eficácia terapêutica)</td></tr>
<tr><td>1ªLinha de Tratamento</td><td>2ªLinha de Tratamento</td></tr>
<tr><td>AL=Arteméter-lumefantrina</td><td rowspan="2">AS=Artesunato + T=Tetraciclina / D=Doxiciclina / CL=Clindamiclina (7 dias)</td><td>AS=Artesunato IV / IM (Intra-Venoso / Intra-Muscular)</td></tr>
<tr><td>AS=Artesunato + AQ=Amodiaquina</td><td rowspan="2">AM=Arteméter</td></tr>
<tr><td>AS=Artesunato + MQ=Mefloquina</td><td rowspan="3">QN=Quinino + T=Tetraciclina / D=Doxiciclina / CL=Clindamiclina (7 dias)</td></tr>
<tr><td>AS=Artesunato + SP=Sulfadoxina-pirimetamina</td><td rowspan="2">QN=Quinino</td></tr>
<tr><td>DHA=Dihidroartemisinina + PPQ=Piperaquina</td></tr>
</table>

Fonte: OMS (2010: xix-xi).

De acordo com a investigação mais recente, as combinações terapêuticas tendo por base a artemisinina (ACT), recomendadas pela OMS, permitem não só uma rápida eliminação da parasitémia como também uma quase imediata redução dos sintomas e da presença dos

gameócitos, diminuindo, assim, a transmissibilidade do parasita (OMS, 2010: 14-15). No entanto, a OMS desaconselha a utilização da artemisina como monoterapia, uma vez que potencia o aparecimento de resistências a um fármaco com um papel decisivo no manejo de casos de malária (OMS, 2010: 14). As diretrizes da OMS estendem-se, igualmente, a grupos considerados vulneráveis, nomeadamente às grávidas, viajantes, mulheres lactantes, doentes portadores de VIH, doentes com malnutrição severa e a contextos de ajuda humanitária (OMS, 2010: 34-37).

Para além da quimioterapia, aquando da confirmação de uma infeção por *Plasmodium*, o tratamento quimioprofilático para as mulheres grávidas[58] faz parte das políticas nacionais de alguns países, incluindo Moçambique. O maior desafio desta medida refere-se à frequência das consultas pré-natal, uma vez que a maioria das mulheres raramente completa o tratamento com as quatro doses. A título de exemplo, em Moçambique, cerca de 40% das grávidas receberam a primeira dose, 22% receberam a segunda, 10% a terceira e, por fim, menos de 5% receberam a quarta dose (OMS, 2013: 32).

Recentemente, a OMS adotou duas novas políticas preventivas que incluem o tratamento intermitente preventivo para crianças com Sulfadoxina-Pirimetamina (SP), a ser administrado no momento da segunda e terceira doses da vacina DTP[59] (mês três e quatro) e do sarampo (mês nove) e a profilaxia sazonal da malária com Amodiaquina e Sulfadoxina-Pirimetamina (AQ+SP), para crianças entre os 3 e 59 meses, nas sub-regiões do Sahel, com elevada transmissão da malária (OMS, 2013: 8).

A adoção de novas políticas e procedimentos, apesar de serem processos liderados pela OMS, integram a consulta de várias instituições públicas, Organizações Não Governamentais internacionais, ligadas à investigação, comunidade científica, em geral, e indústria farmacêutica, debatendo e implementando estudos de monitoria da eficácia terapêutica dos antimaláricos ou estudos de resistência dos inseticidas. Reunidas as conclusões baseadas em evidências, cabe aos Estados integrar os fatores económicos nas suas tomadas de decisão.

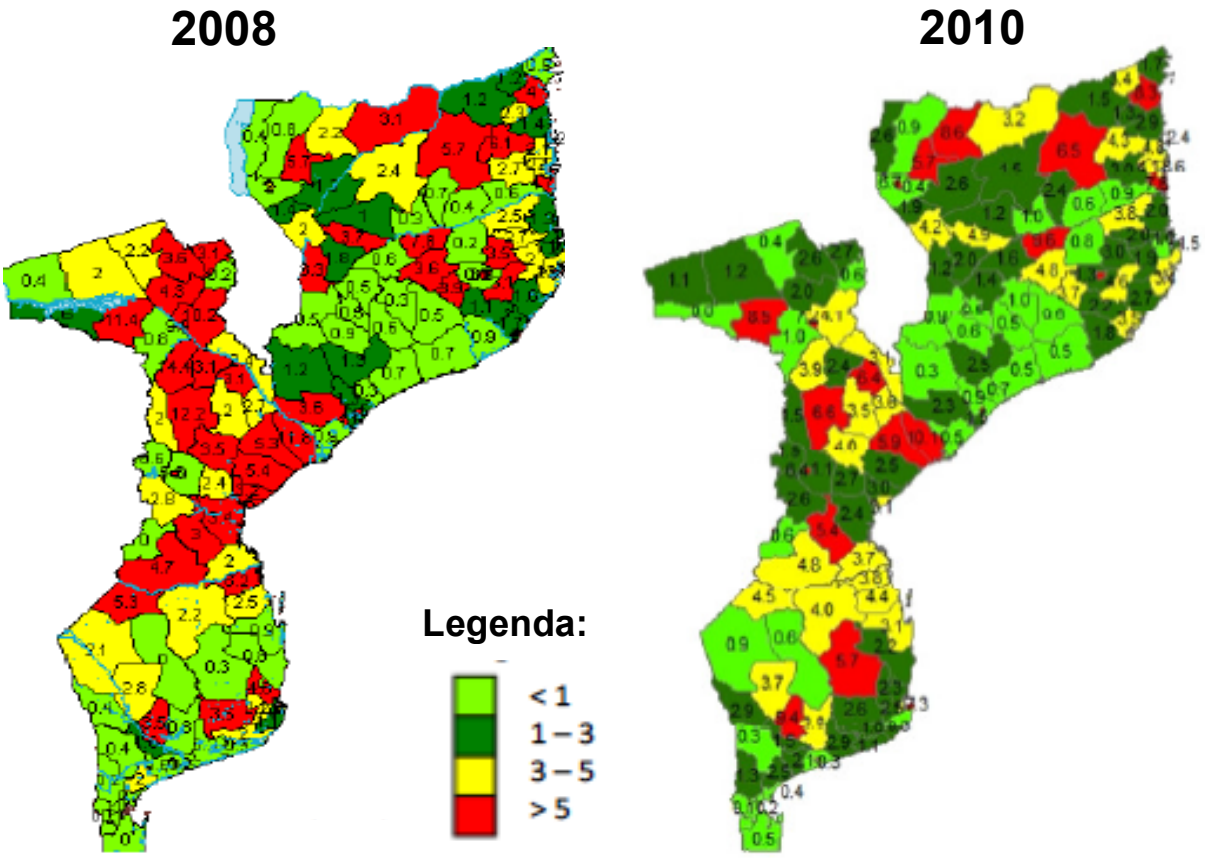
[58] Consiste na toma de 4 doses de Sulfadoxina-Pirimetamina (SP), dispensadas nas consultas pré-natal, devendo a primeira dose ser administrada depois do primeiro trimestre e as restantes com um intervalo de um mês.
[59] Difteria-tétano-tosse convulsa (pertussis).

2.3 Epidemiologia da malária em Moçambique

Em Moçambique, a malária é uma doença endémica, em todo o país, variando entre zonas hiperendémicas, ao longo do litoral, zonas mesoendémicas, nas terras planas do interior, e de algumas zonas hipoendémicas, nas terras altas do interior (Ministério da Saúde, 2012: 2). Esta variação está, principalmente, relacionada com o aumento da precipitação e temperatura e, consequentemente, dos criadouros dos mosquitos anofelinos (Zacarias, 2010: 6-7).

Apesar da tendência para a redução da taxa de letalidade por malária, em 2012, estimou-se que tenham sido reportados, a nível nacional, 1 813 984 casos de malária e 2 818 mortes (OMS, 2013: 222, 223, 228, 229).

Figura 2.4 - Taxa de mortalidade por malária (casos reportados por 1000 habitantes), nos anos de 2008 e 2010



Fonte: Ministério da Saúde (2012: 15).

A malária é causada predominantemente pelo *Plasmodium falciparum*[60] e os principais vetores responsáveis pela transmissão são o *Anopheles gambiae* e o *Anopheles funestus* (Mabunda *et al*., 2008: 7), ambos antropófilos e estando as picadas do primeiro associadas à endofagia (dentro das casas) (OMS, 2006b: 3).

De acordo com o estudo realizado por Castillo-Riquelme *et al*., os dias de absentismo escolar ou laboral devido aos episódios de malária são, em média, por paciente, 3 a 4, em Moçambique (Castillo-Riquelme, McIntyre e Barnes 2008: 115), tendo como referência o mês anterior à realização do inquérito. É, igualmente, mencionado o seu impacto na redução da disponibilidade das mulheres para a prática agrícola de subsistência (Bingham *et al.*, 2012: 4).

Quadro 2.2 – Casos e óbitos por malária no distrito de Chókwè, entre 2000 e 2011

Anos	Casos	Óbitos
2000	95 074	55
2001	98 203	108
2002	126 388	180
2003	129 664	63
2004	188 157	74
2005	170 153	74
2006	166 158	n.a
2007	108 401	20
2008	n.a	n.a
2009	71 982	57
2010	41 058	5
2011	48 153	13

Fonte: Cortesia do Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) – Direção Provincial de Saúde (DPS) de Gaza.

O distrito de Chókwè foi selecionado para este estudo, devido ao elevado número de casos de malária registados nos anos 2006 e 2007 e por as condições ambientais serem propícias à multiplicação de criadouros. A fixação da população, no vale do Limpopo, junto aos solos férteis, associada à delimitação do distrito por dois rios (Elefantes e Limpopo) e à extensa área agrícola coberta por canais de irrigação, entre outros fatores estruturais, têm incrementado os danos provocados pelas inundações, durante as épocas das chuvas, com

[60] Num estudo a nível nacional, a maioria das amostras de sangue recolhidas exibiam 52,4% de infeções puras por *P. falciparum*, 3,6% de infeções por *P. malariae* e 2,9% de uma mistura entre *P. falciparum* e *P. malariae* (Mabunda *et al*., 2008: 10).

elevados prejuízos materiais[61]. Como é possível observar na figura 2.4 e no quadro 2.2, constata-se uma tendência para a diminuição dos casos e óbitos decorrentes da malária, se bem que com algumas oscilações. Segundo as autoridades locais, esta redução deve-se, em grande medida, aos resultados da pulverização intradomiciliária (2006) e à introdução dos Testes de Diagnóstico Rápido (2008).

Em 2011, o distrito de Chókwè possuía uma rede sanitária composta por 17 Centros de Saúde, um Hospital Rural e um Hospital de Dia, tendo um total de 8 médicos (seis médicos de nacionalidade moçambicana e dois médicos estrangeiros integrantes do Sistema Nacional de Saúde), com um rácio de 1 médico para 24 069 habitantes. Relativamente a outros profissionais de saúde ligados à medicina, à enfermagem e à saúde materno-infantil, constata-se um rácio de 1 provedor biomédico para 1 318 habitantes (Ministério da Saúde, 2012: 67).

2.4 A arquitetura do Sistema Nacional de Saúde: o contexto macro

Desde o início dos anos 90 que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) tem sido apoiado por distintos atores, recorrendo a diversos mecanismos de coordenação. Em 1990, a Agência de Cooperação Suíça inicia um programa de apoio ao orçamento, com vista a promover o fortalecimento da gestão financeira, a nível provincial, e a descentralização (Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 30), uma iniciativa que foi replicada por outras agências e atores multilaterais sobre a designação de "*adopt-a-province*" (Lubkemann, 2001). No final dos anos 90, são criados o Fundo Comum para os Medicamentos (1998), o PROSAÚDE (2003) e, posteriormente, o Fundo Comum Provincial (1999), que se mantêm até 2008, ano em que é fundado o PROSAÚDE II[62] (Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 7). Em 2001, é adotado o

[61] Durante o mês de Janeiro de 2012, o trabalho de campo teve de ser suspenso devido a inundações em toda a cidade, nas aldeias, junto aos canais de regadio e às zonas baixas do rio Limpopo. Os campos agrícolas ficaram submersos, muitas perdas materiais por parte de quem, durante vários dias, não conseguiu livrar-se de tanta água (ver anexo figuras A2.1). Em Janeiro e Fevereiro de 2013 (findo o trabalho de campo), a província de Gaza e, em especial, os distritos de Chókwè, Chibuto e Guijá, registaram, novamente, inundações, mas, desta vez, toda a população em risco teve de ser evacuada, e os helicópteros e barcos foram os únicos meios de transporte de recurso (Jornal A Verdade, 1 Fevereiro 2013: 4).

[62] O PROSAUDE II tem por base um Memorando de Entendimento entre o Governo moçambicano, representado pelo Ministério da Saúde, Ministério das Finanças e Ministério do Plano e Desenvolvimento e várias agências de desenvolvimento e atores multilaterais como: Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional, Agência Catalã de Cooperação para o Desenvolvimento, Comissão Europeia, Ministério das Relações Exteriores Flamengo, Agência Francesa de Desenvolvimento, *Irish Aid*, Ministério da Negócios Estrangeiros da Finlândia, Ministério Norueguês das Relações Exteriores, Embaixada Real da Dinamarca, Agência Espanhola de Cooperação Internacional, Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação, Ministério Holandês da Cooperação para o Desenvolvimento, Departamento do Reino Unido para

mecanismo SWAp[63] (*Sector Wide Approach*), que pretende ser uma abordagem integrada, coordenada, com uma visão comum para o setor da saúde (Martínez, 2006: 3-4) e partilhada por todos os atores envolvidos (doadores, ONG e Estado).

Segundo Martínez, entre 2001 e 2005, assistimos a um aumento do financiamento para o setor da saúde quer ao nível do Orçamento de Estado (OE) quer do Fundo Comum (FC/PROSAUDE quer, ainda, dos fundos verticais). Em 2005, estes últimos atingiram um valor superior a cada um dos restantes − OE e FC/PROSAUDE (Martínez, 2006: 5), mesmo considerando que, durante este período, o financiamento do Fundo Global para combater o VIH/SIDA, a Tuberculose e a Malária[64] (FGHTM) era canalizado para o PROSAÚDE, ao contrário do que acontece a partir de 2008, altura em que é considerado um fundo vertical. Em 2011, de acordo com Weimer, o governo dos Estados Unidos da América era responsável, pelo menos[65], por 52% das contribuições totais para o setor da saúde (US$340 milhões), através de fundos verticais fora do orçamento (Weimer, 2012: 432), em que se destacam o PEPFAR (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*) e o PMI (*President's Malaria Initiative*). Apesar dos resultados, imediatamente, visíveis nas intervenções que recorrem a fundos verticais, várias desvantagens são apontadas, designadamente as agendas concorrentes, os sistemas paralelos, a (in)capacidade de negociação, a fuga de cérebros dos serviços públicos de saúde (*brain drain*), a falta de integração e a negligência de alguns serviços e infraestruturas (Mussa, Pfeiffer, Gloyd e Sherr, 2013: 4-9). Em suma, o planeamento e intervenção de nível programático e vertical (por doença endémica ou tipo de cuidados de saúde) relegam para segundo plano um sistema de cuidados de saúde primários, que respondem à globalidade das necessidades e prioridades que as instituições locais de saúde identificam numa determinada geografia e temática.

A centralidade das negociações com os "parceiros" internacionais, ao nível dos SWAp, dos Conselhos Coordenadores e *working groups*, assim como uma preponderância de intervenções financiadas através de programas verticais, recorrendo às ONGI, às ONG locais e ao setor privado, excluem as instituições subnacionais que, frequentemente, se

---

Desenvolvimento Internacional, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo das Nações Unidas para a População (Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 124).

[63] No Código de Conduta (Acordo *Kaya Kwanga*), assinado em 2000, existe uma referência ao estabelecimento do SWAp (*Sector-Wide Approach*) (Martínez, 2006: 2), que viria a concretizar-se em 2001.

[64] Daqui em diante, Fundo Global.

[65] As contribuições para o Fundo Global estão agregadas, pelo que desconhecemos o valor percentual relativo ao seu contributo.

limitam a implementar diretrizes de nível central e a tentar negociar, com os seus "parceiros" internacionais e locais, algumas das suas prioridades para o setor da saúde.

Se, a nível estratégico e programático, a capacidade de negociação das instituições provinciais é limitada, a nível subprovincial, ela é ainda menor e condicionada pelos poderes administrativos e de gestão dos recursos financeiros afetados do Orçamento de Estado aos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS) (Weimer, 2012: 443-447).

2.5 O Programa Nacional de Controlo da Malária

O Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) foi criado em 1982, mas só em 1991, findo o conflito civil, é que são adotadas as três principais estratégias orientadoras da sua ação: diagnóstico precoce e tratamento, controlo vetorial e educação para a saúde (Ministério da Saúde, 2006: 8).

O PNCM está subordinado à área de Prevenção e Controlo de Doenças (PCD), na Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP), estando as atividades de controlo da malária descentralizadas a nível provincial (através dos gestores-biólogos do PNCM) e prevendo-se que, até 2016, o estejam a nível distrital (Ministério da Saúde, 2012: 25).

Para além da equipa multidisciplinar existente no PNCM, há vários grupos técnicos relativos à malária, que apoiam a conceção de políticas e estratégias bem como outros aspetos operacionais relacionados com as atividades do PNCM (MISAU, 2012a: 17). A título de exemplo, constatam-se grupos técnicos para as redes mosquiteiras, para a PIDOM e para a gestão de casos de malária, entre outros. Os grupos técnicos são compostos por vários parceiros, desde agências Bilaterais e Multilaterais[66], Organizações Não Governamentais Internacionais[67], Organizações Não Governamentais Locais[68], instituições governamentais[69] e instituições públicas de ensino[70] (MISAU, 2012a: 17).

[66] Fundo Global, USAID/PMI, DFID, Banco Mundial, UNICEF e OMS.
[67] *World Vision*; *Family Health International* (FHI); *Health Alliance International* (HAI)/ *Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa* (MACEPA); *Population Service International* (PSI); RTI; *John Snow, Inc.* (JSI); *Malaria Consortium*; Fundação Agakhan; Médicos do Mundo; *Institut de Recherche pour le Développement* (IRD); JHPIEGO/ *Maternal & Child Health Integrated Program* (MCHIP); C-Change.
[68] Fundação para o Desenvolvimento Comunitário (FDC); Programa Inter Religioso contra a Malária. (PIRCOM); Rede de Jornalistas contra a Malária.
[69] Instituto Nacional de Saúde; Instituto Nacional de Medicina Tradicional; Centro de Investigação de Manhiça; Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional da Meteorologia; Instituto Nacional de Gestão de Calamidades; Comissão Técnica de Terapêutica e Farmácia (CTTF), Saúde Militar; Ministério de Planificação e Desenvolvimento; Ministério das Finanças; Ministério da Agricultura; Ministério de Coordenação para Acção Ambiental; Ministério da Mulher e Acção Social; Ministério do Turismo; Ministério da Educação; Ministério das Pescas.
[70] Instituto Superior de Ciências de Saúde; Universidade Eduardo Mondlane.

Atualmente, e de acordo com o Plano de Monitoria e Avaliação Nacional da Prevenção e Controlo da Malária 2010-2014, o Ministério da Saúde realiza as seguintes intervenções:

1) "Gestão vetorial integrada através da Pulverização Intradomiciliária (PIDOM) e da distribuição gratuita de Redes Mosquiteira Tratadas com Inseticida de Longa Duração (REMILD);
2) Gestão do Meio Ambiente;
3) Manejo imediato e efetivo dos casos de Malária – desde o diagnóstico ao tratamento – particularmente em crianças menores de 5 (cinco) anos;
4) Disponibilização do Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) para mulheres grávidas;
5) Educação para a Saúde e Participação Comunitária para a mudança de comportamentos;
6) Coordenação entre o MISAU e o Instituto Nacional de Gestão das Calamidades (INGC) para a previsão e deteção atempada de surtos de malária;
7) Reforço da Gestão do Programa, Monitoria e Avaliação, assim como o fortalecimento de sistemas de saúde, incluindo a pesquisa operacional" (Ministério da Saúde, 2010c: 4).

O Plano Estratégico da Malária 2012-2016 define como princípios orientadores das atividades do PNCM: a cobertura universal, a aplicação de intervenções com base em evidências científicas, a monitoria e avaliação (M&A), uma abordagem multissetorial e a descentralização das operações (MISAU, 2012a: 24). Com base nestes princípios, espera-se no final de 2016 terem sido alcançados os seguintes objetivos:

" a) Até 2014, 100% dos distritos tenham capacidade de gestão das atividades de controlo da malária; b) Até 2014, pelo menos 80% da população tenha acesso a pelo menos um método de prevenção da malária; c) Até 2014, testar 100% dos casos suspeitos da malária que se apresentem às Unidades Sanitárias (US) e comunidades (APEs) e tratar de acordo com as normas nacionais; d) Até 2016, abranger 100% da população com informação sobre prevenção e tratamento da malária; e) Até 2014, ter os sistemas de vigilância, monitoria e avaliação fortalecidos de modo a que 100% dos distritos reportem os indicadores-chave da malária regularmente (…)" (MISAU, 2012a: vi).

Muitos progressos no controlo da malária foram reportados pelo PNCM, ao nível da quantidade e variedade de parceiros, do progressivo aumento do financiamento, da expansão progressiva da rede sanitária e da existência de algumas infraestruturas críticas para a realização de estudos de vigilância epidemiológica e entomológica (laboratório de

biologia molecular e três insetários). No entanto, o mesmo organismo reconhece existirem constrangimentos na sua estrutura de funcionamento, designadamente a dificuldade de harmonização e coordenação de atividades com os parceiros, insuficientes recursos humanos qualificados, diminuta capacidade técnica a nível central, provincial e distrital e a fraca planificação integrada (Ministério da Saúde, 2012a: 21-22).

Enquanto entidade responsável por todas as atividades de controlo da malária que decorrem a nível nacional, o PNCM tem capacidade de decisão, na medida em que há recursos financeiros disponíveis num país em que cerca de 30% do orçamento de estado é financiado pela ajuda externa. Recorrendo aos fundos verticais (programáticos), o PNCM vê o seu poder de decisão restringido pelas prioridades e *modus operandi* ditado pelas próprias organizações financiadoras.

Síntese

Desde os seus primórdios, em que estava presente em todos os continentes, a doença da malária está a ser progressivamente controlada e eliminada, em algumas geografias. Mais centrada em medidas de controlo vetorial ou no parasita, governos, exércitos e populações desenvolveram estratégias de combate à doença, que possibilitaram o conhecimento que temos, atualmente, do DDT ou da artemisinina.

Em meados dos anos 50, surgiu a primeira iniciativa internacional destinada à erradicação da doença (Programa de Erradicação da Malária), que teve um caminho tortuoso no alcance dos seus propósitos, devido a questões de ordem financeira, política, e geográfica, entre outras. Cinquenta anos mais tarde, a paisagem organizacional complexificou-se, expandiu-se em múltiplos centros, especializou-se no campo da investigação, desenvolvimento e intervenção. Esta expansão e complexificação que, por vezes, aparenta uma grande desordem, só foram possíveis devido ao aumento significativo do financiamento, que está fortemente relacionado com o propósito de erradicar a doença, por parte da Fundação Bill e Melinda Gates.

Na análise do setor da saúde, em Moçambique, a nível central, provincial e distrital, foi identificada uma multiplicidade de mecanismos de financiamento. Os condicionalismos impostos por cada doador, associados à multiplicidade de atores que intervêm a nível local, distrital e provincial, com fluxos de ajuda (financeira, técnica e material) distintos criam um sistema altamente complexo, fragmentado e descoordenado, em que o Ministério tutela, com escassos recursos humanos qualificados, dificilmente conseguindo monitorar as

atividades implementadas pelos diversos atores e otimizar a globalidade dos recursos disponíveis. O financiamento via orçamento de Estado permitiria um maior controlo sobre os recursos e atores envolvidos, um maior *ownership* (Koenig e Goodwin, 2011: 13; Visser-Valfrey e Umarji, 2010: 64) e fortalecimento do Estado, em detrimento de algum financiamento existente, oriundo de programas verticais.

Capítulo III Discursos sobre a Biomedicina

A presente investigação pretende analisar a doença da malária sob uma perspetiva sociocultural abrangente, através de uma análise de base qualitativa, contribuindo para uma maior informação sobre as motivações e conhecimentos que sustentam a escolha dos provedores de cuidados de saúde. Como será adiante apresentado (Cap. VII), as interpretações locais sobre a doença assumem um papel determinante na procura desses cuidados, assim como as perceções sobre os provedores não biomédicos dessa área (Cap. VIII e IX). Nesse sentido, o presente capítulo pretende, primeiramente, historiar, de modo sucinto, a fundação da Biomedicina, na Europa. De seguida, será apresentada uma caracterização do sistema de saúde em Moçambique, com base em documentos nacionais e observações realizadas durante os quatro anos de permanência nesse país africano. Por último, este capítulo irá analisar os discursos leigos sobre os praticantes biomédicos e as relações estabelecidas entre eles, tendo por base as três dimensões de acesso aos cuidados de saúde (acessibilidade, aceitabilidade e disponibilidade). Esta análise não se limita aos episódios relacionados com a *malária*, dada a diversidade de situações que compelem ao encontro clínico, tais como a ida ao centro de saúde, o acompanhamento de um familiar doente, a realização de análises laboratoriais, a visita de rotina no âmbito das consultas pré-natal e da imunização infantil, entre outros.

3.1 A fundação da Biomedicina

A medicina científica surgiu por volta do ano 1800, na Europa e começou, paulatinamente, a sistematizar-se e a classificar as doenças em famílias e espécies, a nível corporal (Baer e Singer, 2007: 114) bem como da teoria dos germes, como resultado das inúmeras descobertas no campo da imunização e da microbiologia. À medicina cabia a neutralização da subjetividade dos médicos e doentes, uma vez que o indivíduo é, simultaneamente, sujeito e objeto do seu próprio conhecimento. Citando Foucault "(...) Existe um trabalho da medicina que consiste em alcançar a sua própria condição, mas por um caminho em que ela deve apagar cada um dos seus passos (...)" (Foucault, 1963: 8)

A epistemologia hegemónica da biomedicina explora e domina o conhecimento de patologias, micro-organismos, moléculas, órgãos, tecidos e sistemas corporais, mas negligencia a sua relação com as vivências do doente. A Classificação Internacional das

Doenças[71], assim como o Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais[72] são dois instrumentos classificatórios utilizados pela biomedicina, que revelam a sua estruturação enquanto corpo de conhecimentos e práticas médicas em constante atualização. A biomedicina tem, como *locus operandi* de eleição, o hospital e a clínica.

A construção do conhecimento centra-se mais na cura da doença ("conjunto de sinais e sintomas que são manifestações de lesões, que devem ser procuradas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta") e menos na cura do doente (Tesser e Luz, 2002: 365-367). Recorrendo, progressivamente, à tecnologia, a determinação da entidade (vírus, bactérias, parasitas, genes ou outros) que provoca a patologia orienta toda a produção do conhecimento científico biomédico, através da sua classificação por ordem e espécie. Neste sentido, segundo Lock e Nguyen, a biomedicina apresenta-se não só como reducionista, quando comparada com outras tradições médicas (2010: 61) e por vezes também exclusivista, ao não aceitar a possibilidade de diferentes interpretações e terapêuticas e ao integrar outros sistemas médicos, nas suas práticas.

Tesser e Luz, procurando ir além do paradigma biomecânico da biomedicina mais centrado no doente e numa relação complementar com outras tradições médicas e influenciados pelas obras de Kuhn, Fleck, Lakatos, Feyerabend, entre outros, advogam que a produção do conhecimento deve ir além de uma visão objetivista da perceção da realidade, para integrar o sujeito cognoscente e o seu contexto: "(...) as realidades são acessíveis aos homens e aos cientistas, através da ativa co-construção percetiva (cognitiva) dos que as estudam, norteada, direcionada e limitada pela estrutura biológica do homem, pelo modo como os cientistas pensam e agem, pelos seus pressupostos cosmológicos, culturais e políticos, pelos métodos usados, pelos objetivos a que aspiram, pelo estilo de pensamento presente" (Tesser e Luz, 2002: 368). O reconhecimento da produção de conhecimento sujeita a um contexto e aos indivíduos permitiria um diálogo mais aberto e recetivo entre os vários sistemas médicos e a sua complementaridade na compreensão do doente, contrabalançando, desta forma, o poder e a autoridade biomédica bem como a sua responsabilização (Tesser e Luz, 2002: 370-371).

A título de exemplo, a etnomedicina africana perceciona o indivíduo como constituído por corpo, mente e espírito indivisíveis, em que o provedor tradicional de cuidados de saúde irá informar o seu paciente do motivo da sua doença (porquê), em oposição ao provedor biomédico que o informará sobre o modo como ficou doente (como) (Madge, 1998: 294),

[71] Criada em 1992, a Classificação Internacional das Doenças aplica-se às causas de morbilidade e mortalidade.
[72] Criado em 1952 e, atualmente, na quinta versão.

valorizando um discurso internalizado, focado no corpo (Lock e Nguyen, 2010: 61).
Com base na definição de Young de que as ideologias são sistemas locais de saberes que configuram determinadas hierarquias institucionais e a produção de conhecimento (Young, 1993: 118), a biomedicina pode ser considerada uma ideologia, com um discurso e vários atores, a nível local, nacional e internacional, com os fluxos e produção de conhecimento maioritariamente fora dos países em desenvolvimento. O alcance da saúde, ao ser considerado um direito individual universal (Illich, 1986: 1325), reforçou a institucionalização do discurso biomédico e abriu um amplo campo de discussão sobre os modelos de financiamento dos sistemas nacionais de saúde.

3.2 A Biomedicina em Moçambique

Como foi referido na Introdução, a medicina alopática é considerada uma instituição cultural (Good e Good, 1993: 102), na medida em que é o resultado de um contexto económico, político e social e assume reconfigurações a nível local.

A biomedicina, em Moçambique, é implementada por vários atores distribuídos pelos setores público e privado. No Sistema Nacional de Saúde constatam-se quatro níveis: o primário, que inclui os centros de saúde urbano, rurais e postos de saúde (104 755 e 365, respetivamente) (MISAU, 2012a: 11), o nível secundário, onde se incluem os hospitais gerais, rurais e distritais (6, 27 e 8, respetivamente) (MISAU, 2012a: 11), o nível terciário, que considera os hospitais das capitais provinciais e o nível quaternário representado por 3 Hospitais Centrais e 2 Hospitais especializados (MISAU, 2012a: 11).
No campo de ação da prestação de cuidados de saúde de nível primário, os centros de saúde podem ser divididos em 4 tipos distintos, de acordo com os serviços prestados à população: Centro de Saúde de Tipo I (inclui maternidade, laboratório e serviço de internamento), Centro de Saúde de Tipo II, com um menor número de recursos humanos envolvidos e serviços prestados, Centro de Saúde de Tipo III e Posto de Saúde. No distrito de Chókwè, a maioria das Unidades Sanitárias localizam-se nas zonas rurais e são de tipo II e III.

Em termos da população que recorre a estes serviços, há uma feminização, a nível primário e secundário, esbatendo-se esta diferenciação à medida que avançamos para os outros níveis.

Quanto aos recursos humanos envolvidos e sua formação, importa referir que existem quatro níveis de formação − elementar, básico, médio e superior − para várias categorias profissionais, tal como está apresentado no quadro 3.1.

Quadro 3.1 - Regime geral do Sistema Nacional de Saúde por área ocupacional e nível da categoria profissional

	Elementar	Básico	Médio	Superior
Enfermagem	x	x	x	x
Enfermagem para Saúde Materno-infantil	x	x	x	x
Medicina Preventiva		x	x	x
Medicina Curativa		x	x	x
Farmácia	x	x	x	x
Laboratório	x	x	x	x
Anestesiologia			x	x
Instrumentação			x	
Cirurgia			x	x
Odontoestomatologia		x	x	x
Radiologia		x	x	x
Medicina Física e Reabilitação	x	x	x	x
Nutrição		x	x	x
Ortoprotesia		x	x	x
Psiquiatria e saúde mental			x	x
Estatística Sanitária			x	
Oftalmologia			x	
Administração Hospitalar			x	x

Fonte: Ministério da Saúde (2012: 33-36).

Durante as visitas aos centros de saúde do distrito de Chókwè, a grande maioria dos profissionais de saúde contactados eram enfermeiros (Enfermagem Geral e Enfermagem para a Saúde Materno-Infantil) e técnicos de medicina. Estes profissionais são destacados para exercerem a sua profissão em aldeias remotas, separados das suas famílias e com a função de garantir todos os cuidados primários de saúde à população envolvente[73]. Na análise que faremos da relação entre provedores e doentes serão tidos em consideração estes elementos que contribuem para a qualidade dos serviços prestados.

As Organizações Não Governamentais são atores que apoiam a implementação das atividades do Ministério da Saúde, mas, nem sempre, há uma coordenação e conformidade entre estes dois organismos (ver capítulo V).

O setor privado, no distrito de Chókwè, é pouco expressivo, existindo na cidade de Chókwè algumas pequenas clínicas que prestam cuidados primários. Nos grandes centros urbanos,

[73] A vida pessoal e profissional de um provedor biomédico depende, em grande medida, do local para onde for destacado. Há aldeias em que não há, regularmente, transporte para outras localidades, os produtos agrícolas e processados disponíveis são limitados, a cobertura da rede móvel é variável e as condições de trabalho no centro de saúde (disponibilidade regular de eletricidade, água, ajuda na manutenção do espaço exterior e limpeza das instalações) são deficitárias.

principalmente Maputo, assiste-se a um enorme crescimento de laboratórios de análises clínicas, hospitais privados com equipamento e especialistas preparados para a realização de cirurgias e, ainda, clínicas que prestam cuidados diversos. A repartição dos médicos entre um sistema público, fracamente remunerado, e um sistema privado atrativo tem levantado questões sobre a qualidade do serviço prestado aos doentes que recorrem aos hospitais públicos. Adicionalmente, na imprensa diária, é recorrente a denúncia de casos de corrupção. Houve, inclusive, um estudo realizado na cidade de Maputo, que evidencia o monopólio do poder de alguns funcionários do setor (Mosse e Cortez, 2006).

No que concerne às condições salariais auferidas pelos médicos do setor público, é incontornável referir as greves[74] dos médicos e profissionais de saúde ocorridas no primeiro semestre de 2013, que trouxeram para a esfera pública as reivindicações destes grupos, assim como a sua realidade profissional[75], factos que testemunhei durante a minha permanência em Chókwè. Também constatei não só a necessidade de esses profissionais complementarem os seus rendimentos com serviço no setor privado mas também a obrigatoriedade de exercerem atividade política "forçada" nos distritos afetos (por pressão do partido político no poder e, ainda, a sua fuga do setor público. De acordo com as declarações feitas pela Associação Médica de Moçambique, a greve iniciada em janeiro de 2013 realizou-se depois de a Associação ter intercedido junto do ministério tutelar e de outras instituições governamentais, para que as condições remuneratórias dos médicos fossem melhoradas, uma vez que se considerava existirem discrepâncias salariais, dentro da carreira de medicina, entre os técnicos superiores moçambicanos (funcionários públicos)[76] e as auferidas por médicos e consultores estrangeiros, ambas pagas pelo erário público: "Porque será que o Governo quer retirar casas aos médicos moçambicanos, se para os estrangeiros conseguem cobrir despesas estimadas em 70 mil meticais mensais de arrendamento de quarto de hotel e refeições? Porque não pode pagar 15 a 20 mil meticais aos nacionais? Como pensa o Governo que um médico, com o mísero salário de 20 mil meticais, vai arrendar casa e sustentar a sua família?" (Jornal O País, 10.12.2012).

A greve dos médicos daria, por si só, um estudo de caso, uma vez que veio a público o dia-a-dia destes profissionais e as pressões que eles sentem ao terem que estar presentes em reuniões, campanhas e eventos políticos do partido Frelimo, nos distritos onde estão afetos.

[74] Entre 7 e 15 de janeiro, 20 de maio e 15 de junho de 2013.
[75] As considerações abaixo tecidas limitam-se à pesquisa exaustiva de notícias que foram publicadas nos meios de comunicação, com publicações na internet, uma vez que já não me encontrava em Moçambique.
[76] *Ver Carta dos médicos* in Jornal A Verdade, edição 218 (2013: 11).

" (…) *Para além do tratamento de doentes, tinha de cuidar de questões do partido. Em período de eleições, os médicos têm de fazer campanha. Não nos perguntam se temos escolhas partidárias. O Estado parte da assunção de que somos todos da Frelimo. Isso é uma das coisas que, no nosso entender, tem de mudar* (…)". (Jornal A Verdade, edição 217, 11 de Janeiro de 2013)

Durante o trabalho de campo na província de Gaza, foi possível confrontar-me, algumas vezes, com esta realidade, que não se aplica exclusivamente aos médicos, mas a todos os profissionais de saúde que estejam num cargo de direção quer ao nível dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS), da Direção Provincial de Saúde ou dos Centros de Saúde/Unidades Sanitárias.

3.3 Discursos sobre os provedores e cuidados biomédicos

Cada etnomedicina imprime um modo de estar no encontro clínico, um conjunto de códigos e regras que orientam o modo de agir do provedor e do doente. Na biomedicina, a bata branca ou o estetoscópio caracterizam o provedor, do mesmo modo que, na medicina tradicional africana, as capulanas, os batuques e os colares de missangas particularizam um curandeiro ou as linhas de cores e trajes religiosos identificam o pastor zione. O local onde o encontro clínico ocorre é manifestamente distinto, estando algumas pessoas mais familiarizadas com um ambiente biomédico, sem elementos domésticos, despidos de traços africanos, onde os cartazes com fluxogramas de diagnóstico e tratamento e fotografias de doenças venéreas cobrem algumas paredes dos centros de saúde.

Para além das variáveis sociodemográficas dos indivíduos envolvidos no encontro e do espaço que os rodeia, os conhecimentos que ambos possuem e as respetivas descrições da enfermidade colocam-nos em relação e são determinantes para a compreensão das suas expectativas quanto ao diagnóstico e tratamento[77]. Esta abordagem, mais próxima da corrente interpretativa da Antropologia Médica, confere menor relevo a uma perspetiva mais crítica, que reconhece que a experiência de sofrimento num episódio de doença é construída e reconstruída, também, em função de forças económicas e políticas que configuram as rotinas dos indivíduos (Baer, Singer e Susser, 2003: 44).

No sentido de examinar, de modo abrangente, a relação entre provedores biomédicos e doentes, captando os significados localmente construídos e as variáveis macro de natureza económica, considerou-se pertinente a sua análise à luz do modelo sobre o

[77] As representações locais sobre a saúde e a doença e, mais particularmente, as interpretações locais sobre a malária serão abordadas no capítulo VI — "Malária: Uma perspectiva local".

acesso/oportunidade de utilizar os serviços de saúde biomédicos. A literatura relevante sobre este tema considera que o acesso aos serviços de saúde é influenciado por três dimensões principais: a acessibilidade, a disponibilidade e a aceitabilidade (Thiede, Akweongo, McIntyre, 2007: 103-104; Obrist *et al.*, 2007: 1584), com implicações quer para o paciente quer para os prestadores de cuidados biomédicos.

A dimensão acessibilidade refere-se à capacidade financeira das pessoas acederem aos serviços e inclui variáveis como: o custo com a admissão, o tratamento, os medicamentos, o internamento e as análises, a nível oficial e não oficial, sendo, igualmente, tida em conta a sazonalidade das doenças, dos rendimentos e poupanças bem como a capacidade de os indivíduos recorrerem a uma rede de solidariedade, na qual possam mobilizar doações e empréstimos, a organização dos serviços de saúde e do sistema de pagamento e, ainda, os custos com o transporte e outras despesas relacionadas com a deslocação (Thiede, Akweongo, McIntyre, 2007: 109-110). Em termos socioculturais, há que destacar que o estatuto social, o prestígio e as ligações políticas que possam existir são importantes na mobilização dos provedores e recursos materiais biomédicos que melhor possam assistir os pacientes e seus familiares considerados importantes nas suas comunidades.

A dimensão disponibilidade está mais focada nas condições e serviços prestados pelos provedores. Para além de salientar a existência de medicamentos, infraestruturas e serviços adequados à população, destaca, também, a qualidade com que os mesmos são disponibilizados (Thiede, Akweongo, McIntyre, 2007: 107-108).

A dimensão aceitabilidade refere-se à natureza dos serviços prestados e de como eles são percecionados pelos indivíduos e comunidades. O ajustamento entre esses serviços e as pessoas envolvidas no encontro clínico, com as suas variáveis individuais (idade, sexo, etnia, língua, estatuto socioeconómico, nível de escolaridade e crenças individuais) definem esta dimensão. Os doentes possuem as expectativas de serem prontamente atendidos e tratados com respeito, serem o centro da atenção do provedor, durante o diagnóstico e exame, e serem incluídos na discussão das opções de tratamento. Estas variáveis aproximam-se do modelo explicativo da doença de Kleinman, que procurava promover um maior interconhecimento do doente e suas interpretações, e sugeria aos profissionais biomédicos que questionassem os seus pacientes sobre a causa da sua condição (O que aconteceu, como e porquê?), o momento em que surgiram os primeiros sintomas (Porque é que ocorreu agora?), o processo pato-fisiológico (Que consequências tem a atual condição para o corpo?), a história natural da doença e o tratamento apropriado (O que é que o doente pensa que deve ser feito?) (Kleinman, 1980: 77). Os provedores esperam,

igualmente, ver as suas expectativas satisfeitas no encontro clínico: o estatuto profissional respeitado e o cumprimento do tratamento prescrito (Thiede, Akweongo, McIntyre, 2007: 109-110). Dada a natureza dos dados recolhidos, a análise das declarações dos participantes será, amplamente, centrada nesta dimensão.

▪ 3.3.1 Acessibilidade

O impacto da malária, ao nível do absentismo laboral e o seu reflexo na economia (Konradsen *et al.*, 1997; McCarthy *et al.*, 2000; Gallup e Sachs, 2001; Ministério da Saúde, 2006: 8; Castillo-Riquelme, McIntyre e Barnes, 2008) já foi, amplamente, analisado e, nesse sentido, uma das prioridades do governo moçambicano e dos vários atores internacionais (OMS, Fundo Global, Fundação *Bill* e *Melinda Gates*, entre outros) tem-se centrado na disponibilização, a preços altamente subsidiados, dos medi camentos antimaláricos aos países onde a doença é endémica[78].

Dada a extensão da malária e a necessidade de facilitar o acesso aos serviços biomédicos, em Moçambique, a testagem e o tratamento dessa enfermidade (antimaláricos e paracetamol) são gratuitos e não existem custos de admissão para as crianças até aos 5 anos. Os restantes grupos etários pagam um metical (0,02€) pela consulta. Apesar das reduzidas taxas de admissão, aquando de um potencial episódio de malária, o custo económico do absentismo laboral está sempre presente, mesmo para os residentes numa aldeia com centro de saúde próximo das suas casas. Para os habitantes que vivem em aldeias distantes deles, as estratégias de mobilização da quantia necessária para acederem a um meio de transporte e para custearem outras despesas relacionadas com a sua deslocação (alimentação e contributo para o alojamento na casa de um familiar[79]), compele à venda de animais domésticos (galinhas), ao trabalho por conta de outrem (Ribera e Hausmann-Muela, 2011: 108) nos campos agrícolas, à queima de carvão e ao pedido informal de empréstimos, com ou sem juros (Obrist *et al.*, 2010: 337). Esta disponibilidade

[78] Ver também: A iniciativa Affordable Medicines Facility surgiu de um grupo de trabalho do Roll Back Malaria e consiste num mecanismo de financiamento de anti-maláricos com terapia combinada de artemisinina, diretamente junto da indústria farmacêutica. Deste modo, as instituições públicas, privadas e não governamentais de um conjunto de países identificados (Benin, Cambodja, Gana, Quénia, Madagascar, Niger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Tanzânia e Uganda) podem aceder, mais facilmente, a estes medicamentos (recomendados pela OMS), evitando terapias em que já foram desenvolvidas resistências. Atualmente, o Fundo Global é a agência que efetua o co-pagamento dos medicamentos, junto das indústrias. A iniciativa Medicines For Malaria Venture foi lançada em 1999 e é suportada por parcerias público-privadas, cujo financiamento mobilizado se destina ao desenvolvimento de investigação de anti-maláricos.

[79] Existem aldeias em que, diariamente, há apenas uma carrinha a fazer um percurso entre essa aldeia e a cidade de Chókwè e vice-versa. Nessas ocasiões, os doentes e familiares têm de pernoitar na cidade de Chókwè.

em recorrer a outras estratégias está, também, dependente da sazonalidade e do ciclo agrícola em que ocorre a enfermidade (Ribera e Hausmann-Muela, 2011: 109).

Numa sociedade patriarcal e patrilocal, em que as mulheres estão numa posição desvantajosa por possuírem uma reduzida rede de contactos (Ribera e Hausmann-Muela, 2011: 108) e poderem estar a viver longe da casa dos seus familiares mais próximos, com os maridos ou as sogras a controlarem os recursos existentes, o atraso no acesso a um provedor deve-se à preferência pela observação da evolução da doença, de modo a minimizar custos monetários e tempo desnecessário (Ribera e Hausmann-Muela, 2011: 111).

> "(...) *Há uma senhora que apareceu, aqui, hoje, com uma criança com febre – é uma das que teve teste positivo. Eu pergunto: «O que é que estava a dar à criança?». « Eu estava a dar medicamento tradicional à criança». « Apanhou aonde?». « Ah, eu conheço, alguém me indicou. Então eu fui pegar, fervi e dei à criança». Elas não dizem que foram aos curandeiros, estávamos no curandeiro. Nunca, não aceitam dizer. A criança já estava, há três dias, com febre e começou a tomar medicamento tradicional ontem.*" *(#124, provedor biomédico*)

Recorrendo às categorias da abordagem dos modos de vida sustentáveis (*Sustainable Livelihoods*) (Obrist *et al.*, 2010, 327) com um capital físico (transporte, abrigo e energia), financeiro (dinheiro e poupanças) e natural (terra, água e gado), limitado e altamente dependente de outrem, as mulheres ficam restringidas ao seu capital humano (nível de educação, conhecimentos e saúde) e social (grupos de apoio) para ultrapassarem os episódios de saúde e doença e tomarem uma decisão sobre o provedor e a celeridade com que a ele devem recorrer.

> "*Quando se trata de doença, faço um empréstimo numa pessoa que tem machamba e, mais tarde, quando eu melhorar, irei fazer o trabalho na machamba dessa pessoa para pagar (…) Depende do trabalho, a caixa de tomate está a 50 meticais. Quando for para capinar é outro valor. Às vezes não apanha no mesmo dia o dinheiro. Podes levar 1 semana ou 2 semanas. Às vezes, leva-se 4 dias a capinar.*" *(#11, grupo focal, Lionde*)

> *"Às vezes volto, por não ter o dinheiro. Então venho procurar um pequeno trabalho que é arranjar lenha e vender. Às vezes nem consigo trabalhar por estar doente, o que pode levar-me à morte. Às vezes faz-se trabalho da machamba ou vende-se galinha." (#27, grupo focal, Bombofo)*

> *"Vamos a pé. Quando sais às 3 da manhã, chegas às 7 horas. O que nos leva a demorar é por causa das lagoas. Mesmo para caminhar dentro da água não é fácil, tem muitas covas e chega até à cintura. Principalmente quando chove, fica muito complicado." (#74, grupo focal, Machua)*

> *"Bom, sempre tenho que ficar com um dinheiro extra para doenças. Às vezes começa nas noites, nada posso vender, na hora, para ter dinheiro. Por isso, sempre fico com um dinheiro extra para estas situações." (#74, grupo focal, Machua)*

> *"Aqui há pessoas que, quando vais pedir emprestado, já pagas em juros. Isto é para todas nós. Quando pedes 1000, pagas 1500 meticais." (#74, grupo focal, Machua)*

Ao contrário dos casos reportados em relação à malária, inúmeras vezes a aquisição de medicamentos fora do sistema nacional de saúde, em farmácias privadas, significa um esforço financeiro maior do que o necessário para cobrir as despesas de transporte e contribuição para o alojamento. Foi, frequentemente, reportado pelos entrevistados que se dirigiam, primeiramente, às farmácias privadas para saber o custo dos medicamentos e regressavam a casa para tentar encontrar uma estratégia para conseguir o dinheiro necessário.
Desta forma, e considerando o esforço empreendido na resolução de cada episódio de doença, torna-se compreensível que um dos fatores de atração dos serviços biomédicos seja a disponibilidade de medicamentos (Hanson *et al.*, 2005), assim como a existência de boas infraestruturas, equipamentos e injeções (Kizito *et al.*, 2012: 3).

Kamat, na sua etnografia focada em mães solteiras e episódios de malária dos seus filhos, concluiu que a persistência da doença na infância, nas comunidades empobrecidas e neste grupo estava, significativamente, influenciada pelas mudanças estruturais socioeconómicas e pelas desigualdades de género, o que configurava violência estrutural (Kamat, 2013: 132).

Neste estudo, as dificuldades financeiras, as barreiras geográficas, a vulnerabilidade socioeconómica das mulheres, idosos e viúvas constituem limitações à adesão aos serviços biomédicos. Obrist *et al.* concluíram que os vários constrangimentos organizacionais e económicos, associados à malária, criaram resiliência nas comunidades e nos indivíduos, ao levarem-nos a prepararem-se para as ameaças, através de uma maior previsibilidade das suas vidas, uma estrutura de apoio social e uma maior coesão. Os autores sugerem a alteração do conceito de redes de solidariedade para redes de resiliência (Obrist, Mayumana e Kessy, 2010: 338).

- **3.3.2 Disponibilidade**

O sistema de saúde, em Moçambique, ainda se confronta com inúmeros problemas e desafios quanto à extensão dos cuidados biomédicos a toda a população, o tipo de serviços prestados e o seu grau de qualidade. Apesar do esforço e bom trabalho reconhecido pelos entrevistados aos técnicos e enfermeiros espalhados pelo distrito de Chókwè, estes não deixaram de referir a necessidade de existir um maior leque de serviços que inclua a existência de mais maternidades, técnicos e enfermeiros, nos centros de saúde, e médicos

a quem possam recorrer[80]. De acordo com dados de 2012, no distrito de Chókwè, constatava-se o seguinte *ratio* médico: habitantes 1: 24 069, e outros profissionais de saúde: habitantes 1:1 318 (Ministério da Saúde, 2012: 67). Como foi anteriormente referido, o distrito de Chókwè possui, desde 2012, pelo menos, dois profissionais de saúde por unidade sanitária. Mesmo que haja expediente, formação, entrega de estatística ou outros motivos que exijam a presença de um dos profissionais biomédicos, atualmente, o outro técnico de saúde poderá manter a rotina dos serviços prestados.

A prolongada demora (Bogart, 2009: 848; Bingham *et al.*,2012: 9) e a falta de recursos humanos (Gilson *et al.*, 2007: 37-39) que minimizem a espera e permitam a prestação de cuidados fora de horas foram, frequentemente, referidos como um constrangimento dos serviços de saúde prestados.

Apesar da disponibilidade de antimaláricos ter sido reportada como constante, outros medicamentos, principalmente os relacionados com as doenças crónicas, têm tido maior procura do que a oferta, forçando os pacientes de dirigir-se às farmácias privadas ou aguardar a reposição de *stock*, no sistema público, nem sempre temporalmente previsível. Outros estudos, também reportaram a falta de medicamentos como um dos problemas identificados nos serviços biomédicos públicos (Sekokotla *et al.*, 2003: 39; Mubyazi *et al.*, 2006: 4; Goudge, 2009: 11; Bingham *et al.*, 2012: 7).

Por último, importa destacar um conjunto de testemunhos recolhidos e que se relacionam com a dimensão da disponibilidade: a fraca motivação de alguns profissionais de saúde (MISAU, 2012a: 23; King e McInerney, 2006; Kekana *et al.*, 2007), relacionada , entre outros motivos, com a sobrecarga laboral (Alberti *et al.*, 2007: 5; Selman, 2009: 8). O isolamento e as fracas acessibilidades a algumas aldeias, aliadas à componente pessoal de se estar afastado das respetivas famílias (para algumas profissionais de saúde, há mais de 10 anos) são um fator inegável de desmotivação.

> "(...) *Estou aqui há 15 anos (...) A minha família está lá. Já estou cansada de pedir transferência, mas, daqui a nada, vou.*" (*#97, provedor biomédico*)
>
> "(...) *Eu tenho de ver as consultas de adultos, crianças, triagem de criança e adultos e consultas de TARV e sou o diretor do Centro de Saúde, tenho de velar pelos outros colegas.*" *(#149, provedor biomédico*)
>
> "(...) *Trabalhamos muito e o salário é pouco.(...) Está a ver, hoje que é feriado, mas temos que trabalhar, porque estamos a lutar pela nossa parte e para o bem do doente. (...) Se até*

[80] Devido ao reduzido número de médicos, estes só atendem, maioritamente, os pacientes que sejam referenciados por outros técnicos de saúde. Os habitantes das aldeias que se localizam em torno da 8ª Brigada (quartel das Forças Armadas onde existe um médico militar, a tempo parcial, e medicamentos enviados pelo Ministério da Defesa) referiam que a principal motivação para se dirigirem a este local se deve ao facto de poderem ser atendidos por um médico, em vez de um técnico ou enfermeiro.

> *às 16h aparece uma urgência, tenho que ir atender. Estou sem servente, tenho que acordar de manhã e fazer limpeza do centro de saúde e mais tudo isso, para depois começar a atender doentes. Tenho que vir cozinhar. Então torna tudo mais difícil mesmo.*" (*#109, provedor biomédico*)

> " (...) *A saúde está a fazer um bom trabalho, embora seja um setor muito crítico. O pessoal está a trabalhar com uma única enfermeira, com todas as pessoas que estão ali. Ela é um ser humano, cansa-se, e as pessoas vêm ali com muitos problemas e deficiências. Com paciência e dedicação, o trabalho da saúde é apreciável. Mas os recursos humanos são insuficientes.*" *(#159, homem, Muianga*)

Estes fatores organizacionais refletem-se, igualmente, na relação entre provedores e pacientes, na medida em que, quando um profissional de saúde se sente valorizado e respeitado, está mais disposto a prestar um serviço centrado no paciente e de boa qualidade (Gilson *et al.*, 2007: 37). O encontro clínico, baseado no respeito e comunicação aberta, promoverá relações de maior confiança e proximidade, como foi referido pela maioria dos meus interlocutores, principalmente em relação aos serviços prestados no hospital do Carmelo e de Chalocuane.

> "O *trabalho da saúde é muito bom. Atendem bem as pessoas. A maior partes das doenças eles curam. Mesmo, quando vou ao hospital, atendem-me bem.*" (*#35, curandeira, Bombofo*)

> "*Fiquei muito doente e nem andava. Tiveram de carregar-me e levar-me ao hospital, em Chókwè. No hospital, fiquei de baixa onde deram bom atendimento e cuidaram bem de mim. Até voltei de lá a andar pelos próprios pés".* (*#49, pastora, Changulene*)

A análise dos discursos sobre os serviços biomédicos, prestados de acordo com a dimensão da acessibilidade e disponibilidade, ajudarão a compreender, de modo mais articulado, os testemunhos recolhidos sobre a dimensão da aceitabilidade.

- **3.3.3 Aceitabilidade**

No encontro clínico assiste-se à reunião de dois atores que podem ter racionalidades e cosmologias distintas, mas que, naquele momento, estão comprometidos com a satisfação em relação ao motivo que levou o doente ao encontro do provedor biomédico. Este questiona o paciente em conformidade com a sua racionalidade, experiência e formação profissional e o doente limita-se a responder, de acordo com os parâmetros biomédicos. À semelhança de outros estudos, a maioria dos entrevistados declarou ter experiências positivas em relação ao atendimento por parte dos profissionais biomédicos (Selman, 2009: 7).

A institucionalização dos cuidados de saúde, associada à presença do provedor biomédico com formação académica acima da média (bata branca) e como representante do Estado, num contexto de sociedades agrárias com práticas terapêuticas múltiplas, realça a

assimetria de poder e autoridade no encontro clínico. O poder da ciência e do conhecimento bem como a sua suposta infalibilidade fazem dos profissionais de saúde figuras de autoridade, letradas e representantes do Estado. A sua contestação gera receio, na medida em que é considerada um desafio a essa autoridade institucional e pode vir a comprometer a prestação de cuidados futuros. Isto é, um paciente, ao ter acesso ao centro de saúde mais próximo da sua residência, dificilmente contestará ou criticará, publicamente, o desempenho dos profissionais biomédicos, com receio que, no futuro, possa não vir a receber os cuidados de saúde adequados. Quanto maior é o acesso e a capacidade financeira para lhes aceder, maior é a exigência e a procura de serviços que vão ao encontro dos interesses do paciente.

Num contexto de pluralismo terapêutico e de grandes e rápidas mudanças, ao nível dos serviços biomédicos, no que respeita à mudança das políticas, das linhas de tratamento, da introdução de biotecnologia[81] e de novos atores[82], uma comunicação eficaz com os pacientes poderia minimizar as relações de poder e fomentar uma maior proximidade e intercompreensão das cosmologias e racionalidades presentes no encontro clínico. Apesar de profissionais e pacientes partilharem a mesma matriz cultural, no encontro clínico, é feita uma abordagem biomédica acultural e centrada no corpo e nas manifestações das suas disfunções. Uma comunicação mais eficaz (Williams, 2002: 415), ao nível do diagnóstico[83], da referência (Goudge *et al.*, 2009: 12), do tratamento (Selman, 2009: 7), dos efeitos iatrogénicos[84] e horizontal, que tivesse em consideração a diferença e as racionalidades dos pacientes tornaria a biomedicina mais acessível à população e aos restantes provedores.
Por outro lado, não se deve ignorar que o encontro clínico é, frequentemente, uma experiência em que a angústia, o sofrimento, o desespero e a vulnerabilidade estão presentes e que a recetividade e entendimento da informação transmitida ao doente é mediada pelo turbilhão de emoções. A falta de cortesia e simpatia com que os profissionais de saúde atendem os seus pacientes foi, frequentemente, referida (Mubyazi *et al.*, 2006: 5; Bingham *et al.*, 2012: 7), incluindo os curandeiros e pastores.

[81] Ver subcapítulo 6.3.
[82] Ver capítulos sobre as Organizações Não Governamentais (V) e o papel das Igrejas (VIII).
[83] A título de exemplo, das falhas de comunicação existentes entre provedores biomédicos e pacientes e familiares, recordamos um dia em que visitámos a enfermaria pediátrica e, ao perguntarmos quantas crianças estavam internadas por malária, a enfermeira que nos acompanhava referiu que apenas uma. Quando nos aproximamos para conversar com a mãe, a enfermeira apercebeu-se que ela não sabia que a criança estava internada devido à malária, e, naquele momento, fez um aconselhamento rápido àquela mãe. Situações como estas foram reportadas, também, em Kamat (2013: 82).
[84] Doença causada pelo próprio ato médico ou tratamento (Illich, 1986: 1325).

"(...) *Trabalham e fazem bom atendimento, dependendo do funcionário. Há uns que berram, insultam-te, quando estás doente. Mas há outros que recebem bem as pessoas.*" (*#29, pastor, Bombofo*)

Outro discurso que emergiu dos entrevistados é a mediação com os restantes provedores de cuidados de saúde. A hegemonia da biomedicina e o seu grande enfoque na medicina curativa, dentro de um centro de saúde, associada aos escassos e sobrecarregados profissionais de saúde, deixa pouco espaço para o interconhecimento e construção de uma relação com os outros cuidadores. À exceção de alguns provedores biomédicos, que já se encontram há muitos anos no mesmo centro, e de outros que possuem uma personalidade mais aberta (Kizito *et al.*, 2012: 10), a maioria não tem disponibilidade, nem conhece os restantes profissionais. A nível distrital, não existe nenhuma orientação clara sobre como trabalhar com os outros provedores, especialmente com pastores das igrejas ziones que são desconhecidos pela generalidade dos profissionais biomédicos entrevistados.

Quanto à relação com os curandeiros, existe um maior interconhecimento e proximidade por serem o provedor mais antigo e devido à necessidade, no passado, de se sensibilizar estes terapeutas tradicionais para não reterem os doentes nos seus domicílios. Os testemunhos recolhidos juntos dos profissionais de saúde sobre os restantes provedores manifestam uma grande reprovação e ceticismo relativamente às suas práticas terapêuticas, existindo, apenas, alguma cooperação, caso seja exigido a nível externo (atividades promovidas por alguma ONG, a convocação de uma reunião pelas autoridades locais, ou alguma diretiva dos SDSMAS).

Uma mais ampla abertura e proximidade dos serviços biomédicos das outras etnomedicinas permitiriam uma maior compreensão da tomada de decisão e das racionalidades ligadas à saúde e à doença, e potenciariam a mudança do discurso biomédico culturalista, em que os conhecimentos e práticas locais constituem o motivo de as populações não aderirem aos cuidados disponibilizados pela biomedicina (Lock e Nguyen, 2010: 8). Este argumento foi, igualmente, encontrado no distrito de Chókwè.

"(...) *Vêm ao hospital, nós damos o tratamento, vão para casa e continuam a procurar no curandeiro. Então, essa é uma tradição que é difícil erradicar.*" (*#149, provedor biomédico*)

"(...) *É muito difícil fazer entender à população aquilo que é bom para eles. É muito difícil. Cada qual entende as coisas da sua maneira, mas lutamos, lutamos.*" (*#20, provedor biomédico*)

" (...) *A comunidade, como não é fácil*!" (#97, *provedor biomédico*)

O respeito e a procura da compreensão sobre a tomada de decisão dos pacientes e das suas narrativas terapêuticas permitirão uma maior confiança, respeito mútuo e comunicação

efetiva, promovendo a autonomia do doente. Por outro lado, o desrespeito pela cultura local (Goudge, 2009: 16; Selman, 2009: 7) e a desconsideração dos conhecimentos acumulados pelos pacientes promoverão relações paternalistas, segmentadas e com reduzida confiança e cooperação (Goudge, 2009: 14).

Vinay Kamat, com base na sua experiência etnográfica na Tanzânia, sublinha que esta abordagem culturalista integra as condições estruturais que colocam os indivíduos e as famílias no centro do controlo das doenças, não promovendo o cumprimento dos objetivos de redução da malária (Kamat, 2010: 21). Estas condições estruturais e a cultura biomédica, ao colocarem todo o foco de tomada de decisão nos indivíduos, e em especial nas mulheres, ignoram a vulnerabilidade económica e social associadas ao seu dia-a-dia.

Síntese

A relação que as pessoas estabelecem com os profissionais de saúde e a decisão de recorrer aos seus cuidados estão estreitamente ligadas a fatores de ordem económica, organizacional e relacional (estatuto social, prestígio e ligações políticas) e às interpretações que são dadas aos episódios de doença (ver capítulo VI). A esta convergência de fatores juntam-se algumas das especificidades do sistema de saúde biomédico, que se caracteriza pela escassez dos recursos (profissionais, materiais e financeiros), reduzida cobertura em termos populacionais, afetando o tipo e a qualidade dos serviços prestados, ao nível do atendimento, assim como um maior interconhecimento e relação de outros atores sociais, em especial, outros provedores.

A compreensão mais ampla em relação à tomada de decisão no acesso aos cuidados de saúde, que inclua as principais críticas tecidas pelos entrevistados e de como estes se articulam com o paradigma culturalista biomédico, permite-nos entender, mais profundamente, o processo de tomada de decisão sobre os serviços a que recorrer. A incapacidade de aceder aos cuidados biomédicos, devido à longa distância a percorrer até ao centro de saúde ou à indisponibilidade financeira para adquirir os medicamentos, associada às interpretações locais das enfermidades, permitir-nos-ão compreender a tomada de decisão, de acordo com o modelo interpretativo, incluindo fatores críticos de ordem macro, fatores interrelacionais entre provedores e atores biomédicos.

Capítulo IV História local dos cuidados de saúde

O presente capítulo tem como objetivo apresentar o historial da malária, a nível local, e das relações existentes entre provedores de cuidados de saúde. Este enquadramento teve em especial consideração o clima político, económico e social existente, desde o período pré-colonial até à assinatura dos Acordos Gerais de Paz, em 1992, evidenciando o discurso político vigente sobre as crenças e conhecimentos locais.

4.1 O controlo da malária até 1974: a luta antissezonática

Até ao início da colonização portuguesa, os diversos povos que habitavam a região que, atualmente, inclui Moçambique, viviam sob várias autoridades políticas. Alguns constituíam-se como unidades políticas acéfalas, sendo a maioria composta por tribos ou chefaturas (Meneses, 2005:3). Outros organizavam-se em reinados independentes, com variadas formas de organização política e social. Segundo Covane, nestes, o chefe da família cumpria a função de organizar as cerimónias da linhagem e implorar aos antepassados a proteção do lar contra os espíritos malignos e doenças (Covane, 2001: 73).

A partir de 1820, com a conquista Nguni, liderada por *Soshangane*[85], os *ngunis* dominaram os reinos aí existentes e criaram um estado centralizado − o Império de Gaza. Durante este período, os chefes eram muito importantes na intermediação da relação entre vivos e mortos e na resolução de situações de cariz político, social e mágico-religioso, evidenciando, assim, o seu prestígio e importância e granjeando respeitabilidade (Covane, 2001: 76-82).

A partir de 1875, inicia-se um movimento migratório da população do sul de Moçambique para os mercados de trabalho dos países vizinhos, principalmente para as minas de ouro e diamantes e plantações agrícolas (Covane, 2001: 89). Com a Conferência de Berlim (1884-1885) e, em 1885, com a captura de Ngungunhane, comummente designado por Imperador de Gaza (atual região sul e centro de Moçambique) por Mouzinho da Albuquerque, deu-se, por parte das autoridades portuguesas, uma ocupação mais efetiva do centro e sul do território moçambicano que, até aí, segundo Pélissier," (…) não era uma colónia, mas sim uma mera cadeia de feitorias costeiras e fluviais, cuja sobrevivência se ritmava pela chegada ou pela demora dos veleiros" (Pélissier, 1988: 125).

[85] "O primeiro rei do Estado *Nguni* da Gaza chamou-se *Soshangane*. Parece, contudo, que *o próprio assumiu este nome* por ele ter pertencido a um chefe changana ancestral, como forma de fazer com que a sua governação fosse melhor aceite pelas populações conquistadas, no vale do Limpopo. Este vale era, de facto, designado pelas gentes locais de *Ka Tschangane*." (Covane, 2001: 73). A língua daquela região é o *xiChangane*.

Ao longo de todo o século XX, a presença administrativa portuguesa fez-se sentir, progressivamente, desde as zonas litorais e cidade costeiras até às zonas interiores. Segundo Meneses, o poder e controlo político colonial estava altamente concentrado, ao contrário do controlo administrativo, que era seletivo e descentralizado (Meneses, 2005: 3). Neste sentido, a administração colonial "negociava" com as autoridades tradicionais – régulos, chefes de grupos de povoações, entre outros – as funções de recrutamento de mão-de-obra local para os contratos livres (incluindo os contratos para os trabalhadores nas minas na África do Sul), para o regime de trabalho forçado ou semiforçado – *chibalo*[86] (Florêncio, 2005: 140), para o exército (Covane, 2001: 97), para a coleta do imposto de palhota[87] (Feliciano, 1998: 139), para o controlo de "estrangeiros" sem documentos válidos, no regulado, e, ainda, para a proibição da venda de álcool, com exceção do vinho português[88] (Covane, 2001: 97).

Segundo Penvenne, em 1903, foi criada a Curadoria dos Negócios Indígenas e Emigração, através da qual o Estado colonial português e as empresas mineiras sul-africanas celebravam contratos de recrutamento de mão-de-obra, em que o Governo colonial era pago *"per capita"* e em divisas estrangeiras (Penvenne, 1981:10). Em 1909, 87 000 moçambicanos trabalhavam nas minas do Transval, representando 46% do total da força de trabalho africana na indústria mineira (Covane, 2001: 105). A crescente migração criou novas dinâmicas de organização do trabalho, tais como a feminização da agricultura, a valorização social dos homens que emigrassem e a desvalorização e subalternização dos que ficavam. Quanto às lógicas de reprodução social, a migração era vista como uma solução para o pagamento do lobolo e do imposto de palhota e para o acesso a inúmeros bens que não existam em Moçambique. Segundo Ratilal: "*During 5 centuries of colonial domination, policy consisted basically in keeping the mozambican economy subserviente to the interests of neighboring countries, while at the same time the colonial power drew enormous benefits from the relations with these countries, to the detriment of economic and social development in Mozambique*" (Ratilal, 1990: 11-12). Para o governo colonial, a exportação de mão-de-obra para a África do Sul era uma atividade lucrativa e a prosperidade do porto de Lourenço Marques (hoje Maputo) dependia em grande medida

[86] O *chibalo* era temporário e compulsivo e os salários pagos eram muito reduzidos (Machel, 1979: 5; Penvenne, 1981: 9-26; Feliciano, 1998: 135).

[87] " (…) Em 1896, as receitas de Moçambique constituíam mais de metade das de todo o Ultramar e atingiram quase o triplo das de Angola. O imposto de palhota mais que duplicou, mas continuava a ser baixo, e o indígena tinha a possibilidade de o pagar em géneros." (Pélissier, 1988: 180).

[88] As autoridades portuguesas consideraram que o dinheiro obtido com o trabalho migratório poderia ser gasto na aquisição de têxteis e vinho português, vendido nas cantinas. Daí a proibição da venda de qualquer outro vinho, mesmo de produção artesanal (Covane, 2001: 97).

desses movimentos (Covane, 2001: 143), oferecendo baixas remunerações para competirem com a mão-de-obra sul-africana (Covane, 2001: 44).

Deste modo, as autoridades coloniais não só lucravam com a mão-de-obra moçambicana na África do Sul, como também controlavam as receitas realizadas através da criação de impostos e limitações ao comércio.

- **4.1.1 O vale do Limpopo e os prestadores de cuidados de saúde**

De acordo com os dados recolhidos durante o período de ocupação colonial, a maioria da população optava pela medicina tradicional, preparada em casa, ou recorria aos curandeiros. O papel assumido por eles, naquela época, não é conclusivo, uma vez que não é claro se as funções curativas e mágico-religiosas e as funções políticas estariam entregues a diferentes membros da comunidade ou estariam centralizados numa só pessoa. No entanto, segundo Feliciano: *"Os chefes tribais e os elementos das divisões territoriais controlam o território através da guerra e sobretudo dos rituais mágico-religiosos de defesa e de proteção do território; controlam os conflitos, as infrações, os males, a manutenção da ordem através dos seus processos, consultando os adivinhos, requerendo os serviços dos tinyanga*[89] *"possuídos" por poderosos espíritos estrangeiros*." (Feliciano, 1998: 439). Sobre este assunto, o único testemunho que conseguimos recolher refere a existência de uma divisão entre o papel do curandeiro e do régulo (por vezes designado por chefe da terra), recorrendo este último ao chefe da tradição (#127, pastor, 5º bairro da cidade de Chókwè), que teria a função de zelar pelos interesses comuns da sua comunidade, inclusivamente providenciar chuva e boas colheitas.

Dado o exposto, poder-se-á concluir que existem indícios de que haveria uma separação entre as funções de liderança territorial e administrativa (chefe da terra) e as funções mágico-religiosas, sendo que a manutenção da ordem e a prosperidade individual seria intermediadas pelos *tinyanga*.

Dos 44 curandeiros em exercício[90] entrevistados, poucos foram aqueles que tinham um testemunho a dar sobre a atividade dos curandeiros durante a ocupação colonial

[89] Referência aos curandeiros *nyanga* (singular) e *tinyanga* (plural).
[90] Foram entrevistados *tinyanga* (homens e mulheres) que exerciam a sua atividade de forma regular, assim como foram contactados indivíduos em processo de formação e, portanto, futuros *tinyanga*.

portuguesa, quer porque nasceram e foram formados posteriormente, quer porque, tendo exercido a sua atividade durante esse período, não têm dele uma memória clara[91].

No entanto, dos testemunhos que foram recolhidos, há uma unanimidade quanto ao prestígio e liberdade com que os curandeiros exerciam a sua atividade, levando a concluir que, apesar da "missão civilizadora" que orientava a ação colonial, não haveria um apertado controlo ou impedimento total da realização das suas práticas curativas.

> *"(…) No tempo dos portugueses, ser curandeiro era bom. O trabalho, também, era muito bom, mas agora não. Está cheio de ziones que, também, usam raízes e plantas. Vão à formação e passam a ser crentes.(…) Antigamente os curandeiros usavam raízes, com tanto orgulho… mas hoje não." (#14, curandeiro, Lionde)*
>
> *"Nos tempos dos portugueses, havia muitas pessoas. Mesmo agora, tenho muita gente." (#83, curandeira, Maxinho)*
>
> *"Havia muitas pessoas que vinham aqui, no tempo colonial e nem conheço o número, porque era muita gente." (#35, curandeira, Bombofo)*

Durante o período pré-colonial e colonial, em muitas aldeias, os curandeiros eram os únicos provedores de cuidados de saúde acessíveis à maioria da população, sendo-lhes reconhecido um papel social relevante.

> *"Quando eu era pequena e ficasse doente tomava remédio tradicional que eram raízes e plantas, fervia-se e tomava-se. Outras pilavam-se, tomava-se o suco e ficavas melhor". (#170, mulher, Matuba)*
>
> *"Na altura, como não havia hospital aqui perto, estava muito longe, recorríamos ao remédio tradicional". (#142, homem, Macunene)*
>
> *"No meu caso, recorríamos às raízes e ao hospital. E, no hospital, atendiam muito bem as pessoas que eram assimiladas. Mesmo para quem não era assimilado era atendido, mas não tinha nenhuma assistência como assimilado. Só que nós, também, já estávamos habituados às raízes e não tínhamos o hábito de ir ao hospital." (#204, pastor, Chiguidela)*

O mundo da biomedicina, as técnicas de diagnóstico, os medicamentos, os termos médicos para as doenças e suas causas e os profissionais dos Centros de Saúde faziam parte do quotidiano de uma pequena parte da população do vale do Limpopo, geograficamente mais próxima dos Centros de Saúde, e membros das igrejas missionárias (católica e protestantes). A missão civilizadora das instituições coloniais[92] direcionou-se, em grande medida, para a promoção do abandono das tradições e práticas consideradas obscurantistas, das quais os curandeiros seriam os seus maiores representantes, assim como para outras práticas culturais distintas da matriz judaico-cristã. A conversão ao

[91] "(…) *Na altura dos portugueses as doenças que sempre encontrava eram… (hesitação) não é fácil recordar, porque faz tanto tempo*." (*#116, homem, Maloluane*)
[92] Ver capítulo VIII sobre o papel das igrejas missionárias (Católica e Protestantes).

cristianismo seria, assim, o primeiro passo da jornada civilizadora, também expressa na arquitetura colonial do centro das novas aldeias, que preceituava a existência de uma igreja, um centro de saúde e uma escola.

> *"Nasci em 1944. Como o meu pai era pastor da Missão Suíça, sempre íamos ao hospital, davam injeção e meu pai não gostava de ir ao curandeiro. Nasci na aldeia de Mahela, Mapulaguene, na província de Maputo." (#105, pastora, Cumba)*
>
> *"Sempre que ficasse doente, os meus pais, como eram crentes, não gostavam de raízes. Apenas íamos ao hospital. O meu pai rezava na igreja católica, por isso, eu, até hoje, sempre que fico doente, vou para o hospital. Eu vivia em Chalocuane". (#96, pastora, Nwachicoluane)*
>
> *"Nasci em 1965. Íamos ao hospital, porque vivíamos perto do hospital em Chókwè". (#41, mulher, Changulene)*

Muitos moçambicanos recorriam aos cuidados biomédicos, estando cientes das discriminações raciais. Segundo Farré, os serviços de saúde ao dispor da população portuguesa não eram suficientes, mesmo nas áreas urbanas (Farré, 2010: 2). Em 1927, várias críticas são tecidas às Administrações coloniais devido à falta de higiene e a infraestruturas inadequadas dos hospitais e enfermarias existentes (Direção dos Serviços de Saúde e Higiene, 1930: cv, cvi, cvii, cviii, cix, cx), ao mesmo tempo que se censuram os colonos por não prestarem uma alimentação e vestuário convenientes aos seus trabalhadores, não garantirem uma habitação limpa e higiénica e não os remunerarem justamente (Ribeiro, 1945: 60-61). A missão civilizadora dos colonizadores e das instituições coloniais confina-se, assim, às relações raciais, baseadas no sistema do indigenato, que fazia uma estreita divisão entre população indígena e não indígena. Mesmo aquando da abolição do sistema, em 1961, manteve-se a divisão entre indígenas, assimilados[93] e brancos. Esta segmentação definia aqueles que podiam frequentar o ensino rudimentar ou partilhar a mesma escola que os colonos brancos (ensino elementar), ter acesso à terra (zona irrigada ou de sequeiro) e à oportunidade de receber formação profissionalizante.

Com a criação do partido Frelimo (Frente de Libertação de Moçambique), em 1962, na cidade de Dar-es-Salam, e o início da luta anticolonial, dá-se o começo oficial da guerra contra o colonizador. Instituições de segurança colonial como a PIDE (Polícia Internacional e de Defesa do Estado), Polícia Judiciária e a DGS (Direção Geral de Segurança) intensificaram as suas atividades, prendendo e torturando todos aqueles que eram,

[93] "População moçambicana que demonstrava saber ler e escrever, professava a religião católica, vestia-se de modo a manter os padrões de vida semelhantes aos europeus. Ao nível da posse da terra, no colonato do Limpopo, este grupo podia "(…) explorar as terras do regadio numa base probatória, cultivando-as até um limite máximo de 2 ha.(…) Esses agricultores estavam numa fase intermediária: podiam passar a ser colonos, se demonstrassem ser bons agricultores, ou poderiam ser forçados a abandonar o regadio, no caso contrário." (Valá, 1996: 9).

supostamente, considerados pró-independência e com ligação a partidos independentistas[94].

⌘

O vale do Limpopo possui características geomorfológicas privilegiadas: planície caracterizada por solos aluviais e hidromorfológicos únicos, de vários tipos e altamente férteis. Por outro lado, também existem dunas de pequena monta de solos, variando de baixa fertilidade a moderada, onde a prática da agricultura é totalmente dependente das precipitações pluviométricas (Covane, 2001: 69).

Uma rede de canais de irrigação, valas e canais de drenagem, cujo estudo de viabilidade foi efetuado na década de 1920 pelo engenheiro Trigo de Morais[95] e o engenheiro britânico Balfour, tinham o objetivo de fazer do vale do Limpopo o celeiro do país. O estabelecimento do colonato do Limpopo e a sua localização numa área de potencial agrícola viriam a configurar as relações raciais, através da utilização do trabalho forçado, nos anos 40, para os campos de algodão (Hermele, 1988: 36), a ocupação das terras nativas, o desvio dos cursos de água e a redistribuição desigual de insumos e equipamentos agrícolas.

Importa, também, realçar que o perfil dos colonos portugueses[96] se caracterizava por um baixo nível de escolaridade e, mesmo, de reduzidos meios de subsistência, tendo a sua ida para Moçambique sido contratualizada com o governo colonial para um período de 30 anos (Hermele, 1988: 43).

Quadro 4.1 - Composição da população do colonato do Limpopo em 1960, por categoria racial

Categorias	População
Brancos	4 183[97]
Pretos	70 009
Mistos	153
Indianos	15
Total	74 360

Fonte: Lopes(1968: 306).

[94] Para um maior aprofundamento, ver: Tortura na Colónia de Moçambique (1963-1974): depoimentos de presos políticos.

[95] O engenheiro civil António Trigo de Morais foi o responsável pelo estudo que deu origem à barragem e regadio do colonato do Limpopo (1927), com uma área de irrigação de 28 819 ha. A construção foi iniciada em 1953.

[96] Os primeiros colonos que se fixaram no Colonato do Limpopo, nos anos 50, eram provenientes do Alentejo e Trás-os-Montes (Hermele, 1988: 37).

[97] Este número contrasta, significativamente, com as fontes utilizadas por Hermele, em que o número de colonos portugueses nunca excedeu os 1 500 indivíduos (Hermele, 1988).

- **4.1.2 A luta antissezonática e a Organização Mundial de Saúde**

Em 1890, Ribeiro refere: “Nas nossas colónias, as doenças que mais dominam – sem que nenhum das outras se lhes possa comparar em frequência – são as de origem palustre, sempre de causa externa” (Ribeiro, 1890: 145). Apesar de, em 1880, Alphonse Laveran (cirurgião militar francês, em serviço na Argélia) ter descoberto o parasita da malária, só em 1898 ficaria, totalmente, esclarecido que o único transmissor da doença é o mosquito *Anopheles*. Nesse sentido, Silva refere sobre a malária em Moçambique que: " (…) verdade é que já se vae derramando no espírito do público a ideia de que as doenças palustres são provenientes da picada de uma variedade de mosquitos, mas, infelizmente, este conhecimento, não está suficientemente vulguarizado; e, porisso; pequeno é o número d’ aquelles que fazem uso do mosquiteiro, objeto tao útil, nestas terras, e que para muitos ainda hoje é considerado um artigo de luxo." (Silva, 1905 *apud* Schwalbach e Maza, 1985). De toda a bibliografia consultada sobre a época, esta é a única referência encontrada referente à utilização da rede mosquiteira.

A descoberta do mosquito *Anopheles* como transmissor da malária tranquilizou, na metrópole, os defensores da orizicultura, uma vez que estaria, assim, refutada e afastada a possibilidade da transmissão ocorrer por via da planta do arroz ou pelo contacto com as suas águas, durante o cultivo e a monda (Saavedra, 2010: 120).

A Estação Anti-Malária (EAM) é criada em Lourenço Marques, em 1937, tendo por objetivo o estudo da doença e o seu controlo (Dionne, 2011: 84). Entre os anos 30 e 60, são publicados vários estudos divulgando os resultados de colheitas entomológicas que procuram efetuar o levantamento dos parasitas da malária predominantes no território e a sua prevalência (Schwalbach e Maza, 1985). Com a introdução dos inseticidas DDT (*dichlorodiphenyltrichloroethane*) e BHC (*benzene hexachloride*), em 1946, esta estação realiza as primeiras campanhas de pulverização, na província de Moçambique (Dionne, 2011: 84.85).

Em 1953, a luta antissezonática [98] é iniciada pela antiga Secção de Malariologia dos Serviços de Saúde da Província. O Instituto de Investigação Médica de Moçambique é criado em 1955 e ocupou-se do estudo, vigilância e tratamento de doenças parasitárias, na província de Moçambique, incluindo o colonato do Limpopo.

[98] A expressão “sezões” ou “ter sezões” foi amplamente utilizada durante a primeira metade do século XX, sendo sinónimo de malária, ter malária, paludismo (Saavedra, 2010: 2).

Em 1954, um comunicado do superintendente da Estação Anti-Malária à Organização Mundial de Saúde (OMS) África torna públicos os custos despendidos com as campanhas de pulverização com os inseticidas DDT[99] e BHC, realizadas em 1953: 705 114.80 escudos ($24 356) (OMS, 1955: 3).

Como podemos observar no quadro 4.2, o vale do Limpopo foi o local onde foi recolhido o maior número de lâminas para análise parasitológica.

Quadro 4.2 - Dados do relatório de atividades do Instituto de Investigação Médica de Moçambique, em 1956

Dados do relatório das actividades do Instituto de Investigação Médica de Moçambique em 1956.

Província	Localidade	Lâm.Exam.	Lâm.Parasit.	%	OBS.
Maputo	Ressano García	330	86	26	
Maputo	Taninga	200	150	75	
Gaza	Vale do Limpopo	4616	770	16.68	
Nampula	Mõma	80	43	53.75	
Nampula	Nametil	80	40	50	
Nampula	Nampula	60	39	65	
Nampula	Ribaué	60	25	41.6	
Nampula	Malema	80	53	66.25	
Nampula	Namapa	60	34	56.6	
Nampula	Memba	60	33	55	
Nampula	Nacala	80	43	53.75	
Nampula	Mossuril	100	65	65	
Nampula	Ilha de Moçambique	40	22	55	
Nampula	Meconta	40	23	57.5	
Nampula	Muecate	40	31	77.5	
Nampula	Mogincual	80	49	61.25	
Nampula	A.Enes (Angoche)	80	49	61.25	
Nampula	Imola	40	18	45	
Niassa	Cuamba	80	39	48.75	
Niassa	V.Cabral (Lichinga)	100	33	33	
Niassa	Maniamba	100	28	28	
Niassa	Marrupa	100	46	46	
Cabo Delgado	Montepuez	100	30	30	
Cabo Delgado	Mueda	100	43	43	
Cabo Delgado	Mocimboa da Praia	80	47	58.75	
Cabo Delgado	Palma	80	25	31.25	
Cabo Delgado	Macomia	80	39	48.75	
Cabo Delgado	Quissanga	100	44	44	
Cabo Delgado	Ibo	60	26	43.33	
Cabo Delgado	Porto Amélia(Pemba)	60	35	58.33	
Cabo Delgado	Mecúfi	80	33	41.25	

Fonte: Schwalbach e Maza (1985: 27).

No relatório de Schwalbach e Maza sobre a Malária em Moçambique, entre 1937 e 1973, encontramos, também, dados estatísticos relativos aos casos de paludismo, tal como consta do quadro 4.3.

Este quadro e outros semelhantes, no mesmo documento, permitem-nos aceder ao modo como a informação era compilada, agregada e apresentada, recorrendo ao conceito de "raças". Por outro lado, é, igualmente, evidente que, apesar da segregação racial existente, uma parte da população local recorria aos serviços de saúde biomédicos disponibilizados pela administração colonial.

[99] Agente químico utilizado no controlo vetorial da malária, estando a sua aplicação regulamentada pela Convenção de Estocolmo (Programa das Nações Unidas para o Ambiente, 2001).

Quadro 4.3 - Número de casos de paludismo das consultas externas dos hospitais, enfermarias regionais e postos sanitários, em 1955 e 1956

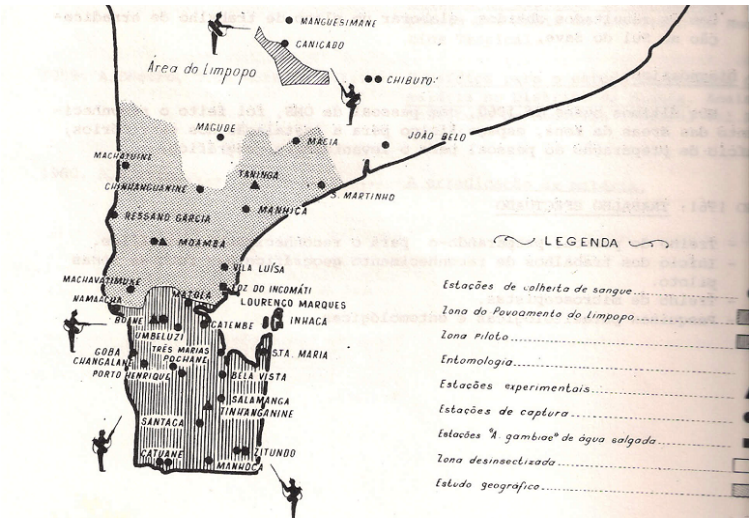
	1955		1956	
	Niassa	Nampula	Niassa	Nampula
Europeus	64	355	119	345
Africanos	5790	12 383	6617	15 881
Amarelos		2		
Indianos	25	191	31	110
Mistos	96	413	81	438

Fonte: Schwalbach e Maza (1985: 12).

Em 1954, Francisco Cambournac, malariologista português, torna-se Diretor Regional da delegação da OMS em África (1954-1964) conseguindo, assim, assegurar a permanência de Portugal como país-membro (apesar das fortes críticas quanto às suas políticas coloniais), beneficiando da ajuda financeira e técnica deste organismo (Dionne, 2011: 84-85).

Segundo Schwalbach e Maza, a 27 de Julho de 1960, a OMS e o Governo Português acordaram a elaboração de um plano de pré-erradicação do paludismo, numa área de 164 320 km², a sul do rio Save, tendo como objetivos a interrupção da transmissão do paludismo e o estabelecimento de um programa de erradicação da malária, com os países circunvizinhos (Schwalbach e Maza, 1985: 37). No entanto, Nájera *et al.* referem que, somente a partir de 1962, a OMS definiu um plano de pré-erradicação da malária, principalmente para África,

Figura 4.1 - Áreas de implementação de atividades para a erradicação do paludismo



Fonte: Schwalbach e Maza (1985: 38).

Em 1960, a missão da OMS instala-se em Moçambique, com o objetivo de treinar profissionais de saúde (rociadores, auxiliares de laboratório, capturadores de mosquitos, entre outros[100]), realizar o reconhecimento da área geográfica em causa, proceder à monitorização entomológica[101] e à vigilância epidemiológica nessas zonas, assim como implementar o controlo vetorial, através das pulverizações com DDT. Schwalbach e Maza apresentam informação detalhada sobre as atividades que foram implementadas, entre 1960 e 1973, no âmbito da campanha de pré-erradicação da malária, descrevendo, sistematicamente, atividades como: a realização de vários ciclos de pulverização, estudos entomológicos (identificação de espécies, hábitos alimentares, provas de resistência[102] aos inseticidas e provas de aceitação da água salgada) e estudos de parasitologia[103] (Schwalbach e Maza, 1985: 37-76).

Durante os anos 60, a Assembleia Geral e o Conselho de Segurança das Nações Unidas emitiram várias resoluções a apelar à autodeterminação dos povos dos territórios colonizados por Portugal, ao reconhecimento da independência desses territórios, assim como recomendavam aos estados-membros para que não fornecessem equipamento militar ou providenciassem qualquer tipo de assistência que pudesse possibilitar a manutenção da repressão das populações sob administração portuguesa (Conselho de Segurança, 1963, Resolução 180; Conselho de Segurança, 1965, Resolução 218; Assembleia Geral, 1966, Resolução 2184[104]). Paulatinamente, o número de representantes de países africanos membros da OMS é incrementado, mas a saída de Cambournac, em 1964, conduz à perda de um defensor dos interesses nacionais, dentro da OMS. Desta forma, em 1966, é votada a suspensão da cooperação entre a OMS e Portugal, comprometendo as atividades de controlo da malária devido à situação financeira. A Fundação Calouste Gulbenkian passa a assumir um papel determinante na manutenção destas atividades (Dionne, 2011: 94-113). Em 1969, na Assembleia Mundial de Saúde é reconhecida a incapacidade de alguns países africanos conseguirem erradicar a transmissão da malária, a curto-prazo. Em parte, devido à crise económica dos anos 70, a OMS e outras agências das Nações Unidas relocalizam os apoios financeiros para outros programas de saúde, estando menos centrados na

[100] Ver Dionne (2011: 127-150) sobre as tarefas desempenhadas nestas funções.
[101] Captura de mosquitos utilizando técnicas como: isca humana e isca animal (fora de uso), armadilha de luz, *flit ou Pyrethrum Spray Catch* (método mais apropriado para avaliar a densidade de anofelinos endofílicos) e pesquisa larvar.
[102] Número de vetores mortos, após exposição a uma determinada dose discriminativa de um tipo de inseticida.
[103] Distribuição geográfica dos diferentes tipos de parasitas e índices palúdicos anuais.
[104] *"(…) 9. Appeals once again to all the specialized agencies, in particular to the International Bank for Reconstruction and Development and the International Monetary Fund, to refrain from granting Portugal any financial, economic or technical assistance as long as the Government of Portugal fails to implement General Assembly Resolution 1513."* (Resolução 2184).

erradicação da malária (Nájera *et al.*, 2011: 5). Moçambique, apesar de não ser membro desta agência, continua a realizar as campanhas de pulverização, interrompendo-as em 1975 (Cliff *et al.*, 2010: 375).

4.2 A independência, as aldeias comunais e a formação do "Homem Novo" (1974 -1986)

Com a luta pela independência, o campo de treino militar em *Nashingwea*, na Tanzânia, apresentava-se como o laboratório de transformação do "Homem Novo", numa outra sociedade, agora livre da presença e política racial colonial: "Quando chegamos, trazemos nossos vícios e defeitos, egoísmo, liberalismo, elitismo. Nós destruímos estes valores negativos e reacionários. Nós aprendemos a incorporar os hábitos e os comportamentos de um militante da Frelimo. Quando entramos, temos uma visão limitada, pois conhecemos apenas nossa região. Lá, aprendemos a escala do nosso país e os valores revolucionários. Chegamos supersticiosos; no confronto entre a superstição e ciência, adquirimos o ponto de vista científico. Nós éramos desorganizados, suscetíveis ao rumor e à intriga, à corrupção, incapazes de analisar e interpretar os fenómenos. Lá aprendemos a viver de forma organizada, a interpretar corretamente a realidade e a agir"[105] (Machel, 1985 *apud* Thomaz, 2008: 181-182). Em termos ideológicos, o período pós-independência acentua a divisão social entre o discurso político e as práticas tradicionais: a manutenção das tradições ancestrais, alinhadas com a escola dos curandeiros ou a adesão a uma nova religião, seja ela por via da influência missionária ou de uma igreja independente africana. As tradições culturais, como o culto dos antepassados, deveriam ser abandonadas, dando lugar ao Homem Novo idealizado por Samora Machel.

Durante os últimos anos da luta anticolonial, uma parte significativa dos colonos portugueses começaram a abandonar Moçambique. Segundo Abrahamsson e Nilsson, calcula-se que, no ano da independência, mais de 185 000 portugueses, num total de 200 000, tenha retornado a Portugal ou se tenha refugiado na África do Sul (1994: 36-37). O abandono dos colonos portugueses, decorrente do conflito armado, da nacionalização da economia, do receio sobre o seu destino com a alteração das forças de poder, viria a deixar Moçambique sem recursos humanos qualificados e com um número reduzido de infraestruturas operacionais. No vale do Limpopo, durante os anos 60, tinham sido construídas várias fábricas[106], que foram deixadas ao abandono ou destruídas quer pelos

[105] Discurso realizado em Maputo, no dia 5 de Novembro de 1981.
[106] Fábrica de descasque de arroz (1961), fábrica de desidratação de forragens (1961), moagem (1965), fábrica de laticínios (1964), fábrica de concentrados de tomate (1965), salsicharia (1964), fábrica de descaroçamento do algodão e uma Escola Prática de Agricultura (Lopes: 1968: 399-409).

seus proprietários (dada a inevitabilidade do fim do regime fascista colonial) quer durante o conflito armado.

Após a independência, a 25 de Junho de 1975, a Frelimo declara a criação de um estado socialista de partido-único e inicia-se um grande período de reformas estruturais. Dá-se a nacionalização das fábricas e de outras infraestruturas do colonato, e criam-se grandes expectativas quanto ao vale do Limpopo se tornar o "celeiro do país". Em 1975, discute-se, pela primeira vez, a organização do mundo rural em aldeias comunais (Mosca, 2011: 91), à semelhança das *ujamaa*[107] da Tanzânia. As aldeias comunais e a grande importância dada à "socialização do campo" são apontadas como um assunto central da transformação económica, num momento em que 85% da população residia nas zonas rurais (Hanlon, 1984: 73). A vida individual daria lugar ao coletivismo e às iniciativas das empresas estatais e cooperativas. O setor privado era considerado inimigo e explorador dos operários e camponeses. Os laços de solidariedade seriam aprofundados e todos os serviços essenciais – água e energia, educação e saúde − estariam mais próximos dos camponeses (Mosca, 2011: 92-93). Segundo Mosca, estima-se que 40% da população rural foi integrada nas aldeias, na expectativa de receber os recursos, apoios e benefícios propagados aquando da mobilização (Mosca, 2011: 94). Para além dos objetivos de produção agrícola, vários autores defendem que a criação das aldeias comunais se relacionava com o controlo militar e político das populações, mais do que com a produção agrícola (Seibert, 2003; Mosca, 2011: 226; Geffray, 1990: 175-176), uma vez que a guerra civil já tinha sido iniciada[108].

Na província de Gaza foram criadas aldeias comunais, onde foi concentrada 17% da população total, o que representava 30% da população rural (Kaplan, 1984 in Thomaz, 2008: 186). No vale do Limpopo, a formação das aldeias comunais foi propulsionada pelas cheias de Fevereiro de 1977, que originaram grandes prejuízos em infraestruturas rodoviárias, colheitas agrícolas e habitações (Covane, 2001: 256), sendo definida a seguinte estratégia:

"1) A população devia ser reinstalada nas terras altas, em aldeias comunais. Se a população se recusasse a aderir, poder-se-iam utilizar medidas administrativas (força);

2) As machambas estatais e as cooperativas tinham prioridade no acesso às terras do colonato;

[107] Criadas por Julius Nyerere, procuravam ser a base de um projeto nacional de desenvolvimento.
[108] Sobre as transformações espaciais, produtivas e agrícolas e sociais da criação de aldeias comunais, ver Casal (1996).

3) Todas as terras, dentro do colonato, que pudessem ser consideradas como subaproveitadas seriam transferidas para as machambas estatais ou cooperativas;

4) Os camponeses do colonato que cultivassem as suas terras, de forma aceitável, seriam transferidos para outra zona, caso uma machamba estatal ou uma cooperativa necessitassem dessas terras" (Hermele, 1986: 64).

Em 1977, é criado o Complexo Agroindustrial do Limpopo – Empresa Estatal (CAIL (E.E), com o apoio dos países da Europa de Leste, em especial da Bulgária (Hermele, 1986: 73), com o objetivo de prestar apoio técnico e insumos aos camponeses das machambas estatais e das cooperativas.

Paralelamente, com base na ideologia marxista-leninista e como reação ao sistema colonial que usava os chefes das aldeias como uma extensão do poder, o recém-governo socialista da Frelimo baniu as autoridades tradicionais (líderes religiosos, espirituais e políticos) bem como as cerimónias e rituais (como as súplicas aos antepassados, rituais de iniciação, controlo da feitiçaria, entre outros) integrantes da vida familiar e comunitária, consideradas, naquele novo contexto, como crenças e práticas obscurantistas (Nilsson, 2001: 109).

Em 1983, no III Congresso da Frelimo surge a iniciativa Operação Produção, uma ação policial repressiva destinada a enviar para as zonas rurais de baixa densidade demográfica aqueles que "(…) viviam na delinquência, no ócio, no parasitismo, na marginalidade, na vadiagem, na prostituição. O propósito seria transformá-los em elementos úteis, trabalhadores dignos, cidadãos cumpridores dos seus deveres cívicos (…)"(Thomaz, 2008: 192). Os *tinyanga* estavam inseridos na categoria dos improdutivos.

As autoridades tradicionais que, durante o período pré-colonial e colonial, tinham constituído uma importante componente simbólica do poder político (legitimidade cosmológica), estruturadoras da vida social, perdem a sua legitimidade, no período pós-independência quer perante as suas populações quer perante o passado. É imposta por uma nova ideologia, exterior e indiferente às lógicas locais de reprodução social. Segundo Florêncio, algumas das autoridades territoriais, dada a humilhação pública a que foram expostas pelos Grupos Dinamizadores − tortura, incêndio de cemitérios, disparo de balas para as campas, humilhação durante as reuniões populares − optaram pela emigração (Florêncio, 2005: 167-175).

Os Grupos Dinamizadores substituíram essas autoridades e constituíram-se como uma estrutura coletiva do partido Frelimo, dispersa por todo o país e composta entre 8 a 10 elementos selecionados durante reuniões populares nos bairros, aldeias ou locais de

trabalho (Meneses, 2005: 6). Samora, na sua obra *Produzir é um Acto de Militância* referia: "(…) Cumprindo a palavra de ordem de estender as estruturas da Frelimo a todo o país, formaram-se então Grupos Dinamizadores. Os Grupos Dinamizadores foram e são a nossa arma fundamental na luta contra todas as formas de sabotagem económica praticadas pelo capitalismo." (Machel, 1979: 16). As guias de marcha eram, igualmente, emitidas por esses Grupos[109], na tentativa de controlar a mobilidade da população (Machava, 2011: 605).

Segundo Florêncio, para a Frelimo a abolição das autoridades tradicionais era tão-somente uma estratégia para controlar elementos com influência e prestígio nas comunidades e que poderiam apresentar-se como um obstáculo à constituição do estado socialista (2005: 175), ao mesmo tempo que se moldava a nova racionalidade, livre de crenças culturais e religiosas, que se afiguravam como um obstáculo à prosperidade. Para uma população maioritariamente rural, afastada dos centros de decisão e com uma interpretação local dos acontecimentos históricos que se estavam a desenvolver, o banir das autoridades locais e do fim das práticas religiosas na esfera pública afiguraram-se como uma rutura com as crenças, práticas e modo de organização social.

Com a independência e as reformas, tendo em vista o estabelecimento do socialismo, o partido da Renamo (Resistência Nacional Moçambicana) sempre se demonstrou muito crítico em relação a estas medidas impostas pela Frelimo, pelo que, durante a guerra civil e os Acordos de Roma, o retorno e a relegitimação das autoridades tradicionais estiveram sempre presentes nas suas reivindicações. Geffray considera, mesmo, que uma das causas do conflito entre a Renamo e a Frelimo reside na marginalização das autoridades locais e na rutura com as tradições ancestrais, tendo daí advindo algum apoio popular à Renamo, por parte da população (Geffray, 1991: 43-47).

Como referiu um dos curandeiros entrevistados:

> *"A Frelimo disse para pararmos de trabalhar, mesmo aos líderes das comunidades. O trabalho já não era como vínhamos a trabalhar. O líder religioso, também, foi na mesma história: a minha igreja encontrava-se a 50 quilómetros da minha aldeia. Atendia as pessoas, quando batiam à porta. Só mais tarde, em 1991, foi quando o governo decidiu libertar o trabalho, novamente (deixar-nos trabalhar), porque viu que o seu inimigo estava ao lado dos curandeiros, líderes das comunidades e líderes religiosos." (#14, curandeiro, Lionde)*

Segundo Honwana, no 5º Congresso partidário da Frelimo (1989), a proibição do curandeirismo foi revogada. Daí em diante, os responsáveis do Ministério da Saúde

[109] Ver também Brito, 2009: 19-20.

começaram a falar de forma mais aberta e compreensiva com os curandeiros tradicionais (Honwana, 2002: 174).

Para além das profundas mudanças no campo e na organização do trabalho, com a independência, em 1975, o Estado-Frelimo nacionaliza a educação, a saúde e a justiça, expropriando, assim, os serviços de saúde e educação das igrejas – católicas e protestantes – havendo uma perda significativa da qualidade e disponibilidade destes serviços (Farré, 2010: 4). Com a fuga generalizada de colonizadores[110], a nacionalização dos serviços de saúde implicou, igualmente, o abandono do país por parte da maioria dos médicos portugueses. Esta fuga de técnicos, na área da saúde, procurou ser compensada com o fluxo de médicos de países socialistas e da ex-URSS (alguns informadores privilegiados referiram a presença de médicos búlgaros, na cidade de Chókwè), havendo, adicionalmente, referências de que, em 1976, existiam equipas médicas de chineses a trabalhar nos serviços de saúde de Maputo (Chichava, 2009: 339), bem com médicos de outros países africanos como a Tanzânia, a Zâmbia e a Guiné-Conacri (Cliff, 1993: 240).

O novo governo colocou a saúde no centro das suas prioridades[111], procurando expandir os serviços básicos de saúde, como as campanhas de vacinação, a formação intensiva de profissionais de saúde, com 8 000 trabalhadores a serem redistribuídos por todo o país (Gloyd, 1996 *apud* Pfeiffer, 2003: 728). Como estratégia de descentralizar os cuidados de saúde, foram realizadas várias ações de formação em cuidados primários de saúde aos Agentes Polivalentes Elementares (APE), pessoas, com uma escolaridade mínima, que procuravam garantir assistência sanitária básica às populações (Pavignani e Colombo, 2001: 10), sendo recrutados nas suas aldeias de origem. Segundo O'Laughlin, este programa de saúde descentralizado falhou, quase de imediato, devido à conjuntura económica em que o país se encontrava (2009: 114). Ainda hoje, os Agentes Polivalentes Elementares (APE) prestam cuidados mínimos de saúde às suas comunidades, sendo um elemento de ligação com os Serviços Distritais de Saúde.

Quanto ao número de unidades sanitárias existentes, segundo Cliff e Noormahomed, entre 1975 e 1982, a rede tinha sido expandida de 426 para 1 171 (1993: 844), e 11% do orçamento de Estado estava destinado ao setor da saúde (Gloyd, 1996 *apud* Pfeiffer, 2003: 728; Cliff e Noormahomed, 1993: 844). No que diz respeito às medidas de controlo da malária, entre 1976 e1979, a PIDOM realiza-se em algumas áreas. Em 1981-82 é,

[110] Estima-se que entre 200 000 a 250 000 portugueses tenham abandonado Moçambique (Adam, 2006: 120).
[111] Samora Machel era enfermeiro. Daí, talvez, uma maior sensibilidade e conhecimento de causa.

novamente, interrompida e volta a ser reiniciada, em 1994, em algumas zonas suburbanas das capitais de província (Cliff *et al.*, 2010: 375).

No início dos anos 80, é reconhecido o insucesso das grandes machambas estatais e cooperativas. Em 1983, dá-se o fim do CAIL, destacando Valá as seguintes causas: dimensionamento desproporcionado da empresa, gestão excessivamente centralizada, deficiente utilização e gestão da maquinaria, conhecimentos técnicos e administrativos inadequados, aparelho burocrático sobredimensionado e a grande oposição do campesinato (Valá, 1996: 51).

Cinco anos depois da criação das aldeias comunais, reconhece-se, também, o fracasso da iniciativa, considerando a pressão sobre os recursos existentes, a concentração habitacional sem infraestruturas de suporte, a redução da produção devido à fraca fertilidade dos solos (Negrão, 2001: 2) e, por último, os motivos socioculturais que afastaram as populações deslocadas dos seus antepassados (Mosca, 2011: 95; Valá, 1986).

Quadro 4.4 - Área disponibilizada para fins agrícolas no colonato do Limpopo, por tipo de iniciativa agrícola, entre 1960 e 1995

	1960	1976-1983	1983/1984	1986/1987	1995
	Área (ha)				
Colonos portugueses	8 273				
Colonos moçambicanos (assimilados)	412				
Moçambicanos em regime de gleba[112]	2 540				
Estatal		20 850	8 870	7 500	
Cooperativa		2 750	2 350	2 200	142
Privado		250	7 500	8 700	17 103,3
Familiar			10 000	10 100	
Misto			2 300		
Áreas Salgadas			2 000		
LOMACO[113]				2500	1980

[112] Agricultores moçambicanos (não brancos) que, no período de vigência do colonato do Limpopo, exploravam as terras de regadio, numa base probatória, cultivando-as até um limite máximo de 2 ha. Apenas tinham direito ao crédito da campanha. Esses agricultores estavam numa fase intermediária: podiam passar a ser colonos, se demonstrassem ser bons cultivadores ou poderiam ser forçados a abandonar o regadio (Valá, 1996: 9).

[113] Companhia Agroindustrial Lonrho Moçambique, Limitada - *Joint-venture* entre a Lonrho e o governo moçambicano, que se estabeleceu em Chókwè, em 1986, com uma concessão de 2500 ha, dedicando-se, principalmente, ao cultivo e transformação do tomate, tendo reabilitado a fábrica de tomate de Xilembene. Em Matuba e Macarretane dedicaram-se à produção de algodão, milho e batatas (Mosca, 2011: 69; Valá, 1996). Com as cheias de 2000, a destruição das unidades de produção foi total e a LOMACO saiu de Chókwè.

SEMOC[114]					2087
JFS					553
Total	11 225	23 850	33 020	31 000	21 865,3

Fonte: Mosca, 1988 *apud* Valá (1996: 55-60).

Os fracos resultados de algumas reformas implementadas no pós-independência, tais como as empresas estatais e o ambiente político-económico instável e de mudança (o início das negociações com as instituições de *Bretton Woods*, a diminuição do apoio dos países socialistas e o agudizar da guerra civil e seus efeitos), aliados às fortes críticas internas resultantes do IV Congresso da Frelimo, levaram o governo à mudança do paradigma económico, agora mais centrado no setor privado e na iniciativa familiar.

- **4.2.1 A Guerra civil: tradição, *bandidos*, naparamas, mortes**

Vários autores têm enfatizado diversos fatores como sendo a causa instigadora da guerra civil entre a Renamo e a Frelimo. Uns sublinham a teoria da agressão externa[115], outros evidenciam o potencial de violência durante a guerra colonial (Coelho, 2003: 177-193). Segundo Borges Coelho, esta guerra, ao utilizar tropas africanas, foi indutora de um potencial de violência, na medida em que militarizou as sociedades moçambicanas, dada a elevada disponibilização de armas e o seu uso. A cultura de utilização de armas e o elevado número de desmobilizados do conflito[116] (Coelho, 2003: 177-179) teriam criado condições favoráveis para o eclodir da guerra civil.

O contexto regional dos países vizinhos de Moçambique, no pós-independência, era complexo e com variados focos de interesse: na Rodésia decorria a luta anticolonial entre as forças de Ian Smith e a ZANLA[117] e, na África do Sul, havia o receio de que a destabilização das guerras coloniais e civis afetasse o regime de *apartheid*, em vigor. Em plena guerra fria e num mundo polarizado por interesses geoestratégicos, parte dos países socialistas e do bloco de Leste pretendiam que Moçambique optasse por um regime socialista. Outros

[114] Empresa Estatal de Sementes de Moçambique. Realizou investimentos em fábricas de tratamento, calibragem, secagem e armazenamento de sementes em Lionde (Chókwè) (Mosca, 2011: 177).
[115] Ver: Joseph Hanlon, 1984, Mozambique: The Revolution Under Fire, Londres, Zed Books; O'Laughlin, Bridget, 1992, "Interpretations Matter: Evaluation of the War in Mozambique", Southern Africa Report, January; Vines, A. 1991. RENAMO: Terrorism in Mozambique. Londres: James Currey. Nilsson, Anders (2001) Paz na nossa época: para uma compreensão holística de conflitos na sociedade mundial, Maputo: PADRIGU e CEEI-ISRI.
[116] Segundo Coelho, em 1973, o recrutamento local representava cerca de 60% das tropas coloniais (Estado-Maior do Exército in Coelho, 2003: 185)
[117] ZANLA – *Zimbabwe African National Liberation Army.* Junção entre a ZAPU (Zimbabwe African People Union) e a ZANU (Zimbabwe African National Union).

países como Portugal e, mesmo, alguns grupos de interesse[118] instalados em Moçambique preferiam que esse país não seguisse a via do socialismo (teoria da agressão externa).

Como foi anteriormente referido em relação à teoria da agressão externa, de acordo com Seibert (2003), Hanlon (1984) e O'Laughlin (1992), a Renamo foi criada pelos serviços secretos da Rodésia, em 1976, para atacar as bases das forças de libertação do Zimbabwe, estabelecidas na fronteira de Moçambique, assim como os campos de refugiados (Seibert, 2003: 254-255), ao mesmo tempo que procurava impedir a criação de um estado socialista, em Moçambique, pelo Estado-Frelimo (regime de partido único).

O governo de Ian Smith, após proclamada a Declaração Unilateral de Independência, em 1965, enfrentou oposição dentro do seu território, com os movimentos nacionalistas e independentistas liderados por Robert Mugabe e Ndabaningi Sithole do ZANU (*Zimbabwe African National Union*) e o seu braço militar – ZIPRA − e o ZAPU (*Zimbabwe African People Union*), liderado por Joshua Nkomo (Meredith, 2005:132-135). A nível internacional, face à declaração unilateral de independência – contestada pelo Reino Unido – e ao regime racista vigente, o Conselho de Segurança das Nações Unidas impõe sanções ao governo de minoria branca (Conselho de Segurança das Nações Unidas, 1966, Resolução 232), ao mesmo tempo que apela aos estados-membros, ao Banco Mundial, ao Fundo Monetário Internacional e às agências das Nações Unidas para apoiarem Moçambique (Conselho de Segurança das Nações Unidas, 1976, Resolução 386). O governo de Ian Smith, face às pressões internas e internacionais, vai, progressivamente, perdendo apoios quer da África do Sul quer de grupos económicos de relevo.

O Zimbabwe viria a declarar a independência, em 1980, e cessa o seu apoio à Renamo, que passa a apoiar-se no governo do *apartheid* da África do Sul. Em 1984, o governo sul-africano e o de Moçambique assinam o Acordo de Nkomati, em que a África do Sul se comprometia a deixar de auxiliar a Renamo e o governo moçambicano a expulsar os elementos do ANC (*African National Congress*). Soube-se, mais tarde, que, com a invasão à sede da Renamo na Gorongosa, esse apoio não foi suspenso.

A guerra civil em Moçambique iniciou-se, oficialmente, em 1976, em Cabo Delgado. A Renamo raramente confrontava as forças do governo de forma direta, preferindo atacar as populações das áreas rurais (Seibert, 2003: 270) e destruir infraestruturas que simbolizavam

[118] Segundo Nilsson, os apoiantes da Renamo mais evocados neste período são Manuel Bulhosa e António Champalimaud, este último ligado à Lonrho. (Nilsson, 2001: 70)

a presença da Frelimo, tais como escolas, centros de saúde[119] e fontanários. O massacre de Homoíne, em 1987, pela sua dimensão – morte de 424 civis – viria a ter repercussões internacionais e, segundo Seibert, dissuadiria o governo norte-americano de apoiar a Renamo (Seibert, 2003: 271).

A Renamo instituiu o sistema *gandira,* que baseava a sua relação com os civis, de acordo com várias medidas compulsórias, designadamente: 1) trabalhar nos campos para alimentar os soldados e oferecer-lhes parte da sua produção agrícola; 2) transportar bens e munições para os locais indicados pelas tropas da Renamo; 3) utilizar as mulheres capturadas nas aldeias como escravas sexuais (Igreja, 2007: 153-155; Gersony, 1988: 14-17).

Alguns dos seguintes testemunhos recolhidos no distrito do Chókwè caracterizam o que atrás foi descrito:

> *"Uma vez, apareceram os bandidos[120] armados no hospital de Guijá, queimaram o hospital e tiraram todos os pacientes para fora…" (#135, homem, Macunene)*
>
> *"Quando já tinha guerra, doença não existia. Porque alguém dormia e basta ouvir um tiro, sempre tinha de correr. Outras pessoas eram raptadas. Graças a Deus que eu não cheguei de apanhar, não cheguei de conhecer as próprias pessoas, de dizeres que estes aqui são bandidos. Não cheguei de conhecer. Graças a Deus. Mas outras pessoas eram raptadas de qualquer maneira, eram mortos no caminho, principalmente homens. Eram mortos no caminho, mas eu vou dizer mesmo graças a Deus, porque só sabia correr. Basta ver arma e punha-me a correr, nem cheguei de ver as próprias pessoas, de ver que estes aqui são bandidos, não. Não vi, não vi. Aconteceu mesmo, o meu primo. Era Domingo, o dia 31 de Dezembro de '89. Ele estava a voltar na igreja, chegou, sentou e estava com a minha tia. Dali chegaram os bandidos, perguntaram a ele que você tem de ir connosco. Ele disse que não, se vocês estão para me matar não quero ser maltratado pelo caminho. Eu prefiro que vocês me matem aqui e me deixem aqui e vão. E fizeram isso. Mataram-no ali mesmo. Ele sabia que, mesmo saindo de casa para… não ia escapar, como era homem. Então, ele preferiu que lhe atirassem ali e lhe atiraram mesmo." (#153, mulher, 1º bairro da cidade de Chókwè)*
>
> *"Outra vez raptaram-me e fui com eles durante a caminhada. Eu fugi. Tinham-me dado muitas coisas como relógios, rádio e outras coisas. E disseram que eu seria sua mulher.«Irás trabalhar lá para onde vamos!». Quando chegámos a meio do mato e por causa de uma fuga, com aquela confusão consegui fugir. Chegada na aldeia, o meu marido disse para mudar de aldeia e foi quando fomos para Chókwè." (#143, curandeira, 5º bairro da cidade de Chókwè)*

O medo das atrocidades que eram relatadas sobre os ataques das forças da Renamo e da Frelimo e a incapacidade de reconhecer quem eram os soldados de cada uma das forças (no discurso de alguns, o não conseguir distinguir entre os bandidos/inimigos e os outros) originaram a concentração da população junto a quartéis militares, hospitais ou centros urbanos mais próximos (Chókwè, Macia ou Maputo).

---

[119] Entre 1981 e 1988, 291 centros de saúde foram destruídos e outros 687 pilhados ou, temporariamente, encerrados (van Diesen, 1999 *in* Pavignani e Colombo, 2001: 60).

[120] Por vezes utilizado na linguagem coloquial para referir os militares da Renamo, em oposição aos militares da Frelimo. Segundo Adam, o termos "bandido" é, também, utilizado noutros estados africanos para referir aqueles que desafiam o poder estatal (Adam, 2006: 140).

"Durante a guerra civil, houve pessoas em Matuba que me criticaram por ter fugido para Chókwè e ter pedido lá um terreno para construir. Eu estava sozinha com 5 filhos e tinha muito medo. Os outros criticavam por deixar a minha terra para trás. Mas deram-me razão, quando, um dia, os bandidos entraram aqui durante o dia a fingir que eram da FRELIMO e lhes disseram que, naquela noite, não precisavam fugir para as machambas[121], porque eles estariam ali para os protegerem. Claro que ninguém sabia que eles eram os inimigos[122], apesar de terem estado na noite passada, de terem assassinado um senhor e participado no seu funeral. Depois de anoitecer e quando toda a gente estava nas suas casas, mataram 6 homens e raptaram 30 mulheres. Depois deste episódio, muitas pessoas fugiram para Chókwè, onde eu estava." (#167, pastora, Matuba)

"Nasci na aldeia de 25 de setembro. Durante a guerra civil, estava na Barragem[123]. Quando ficava doente, íamos ao hospital. Muita gente já recorria ao hospital". (#85, pastora, Maxinho)

Uma parte da população do sul de Moçambique deslocava-se, frequentemente, para a África do Sul, por motivos profissionais e familiares, pelo que, quando a situação de insegurança no sul de Moçambique começou a agudizar-se, muitos moçambicanos partiram para esse país.

"Muitas pessoas saíram, mesmo, para a África do Sul, Maputo e assim. Mas eu estive aqui, juntamente com a família e outras famílias. Sustos sempre existiam, porque era um momento muito difícil, porque, às vezes, iam dormir e acordavam e o fulano não estava, tinha morrido, tinha sido capturado ou, às vezes, éramos surpreendidos e tínhamos de fugir daqui para ali. Então, sustos não faltavam". (#159, homem, Muianga)

As forças da Renamo, que defendiam as autoridades locais e as crenças e práticas ancestrais orientadoras e estruturantes das relações sociais entre vivos, durante a guerra civil, declaravam que a sua luta se fazia em aliança com os espíritos dos antepassados (Seibert, 2003: 273), logrando identificar-se com as populações que discordavam das linhas orientadoras da Frelimo, ao mesmo tempo que procuravam legitimar as suas ações no teatro de guerra. Nesta ligação com a ancestralidade, impunha-se, sempre, a presença de um curandeiro que realizava as cerimónias de proteção das balas (Seibert, 2003: 274; Nilsson, 2001: 112-130), a invisibilidade frente aos inimigos (Seibert, 2003: 274) e a transformação de balas em água (Finnegan *apud* Seibert, 2003: 274). O recrutamento local para as fileiras da Renamo foi favorecido pelo reconhecimento dos poderes sobrenaturais de que, alegadamente, eram dotados os soldados.

A Frelimo, que mantinha os seus campos de treino na Tanzânia, Argel e China, ao nível do discurso oficial, procurava valorizar um espírito racional e sem superstições, junto dos futuros soldados. West considera, mesmo, que esta preocupação e abordagem eram vitais

[121] Campos agrícolas onde são cultivados produtos para a subsistência do agregado familiar. No distrito de Chókwè, estes talhões possuem, normalmente, 0,5 ha, apesar de existirem agregados e indivíduos que produzem em maiores escalas e escoam os seus produtos para os mercados da cidade de Maputo.

[122] Também utilizado na linguagem coloquial em referência aos militares da Renamo, em oposição aos militares da Frelimo, que defenderiam as populações.

[123] Durante a guerra civil, existia, na aldeia da Barragem, um quartel militar.

para a sobrevivência dos guerrilheiros, uma vez que, se confiassem nos remédios antibala para os protegerem, teriam sido imediatamente abatidos pelos portugueses (West, 2009: 233). No entanto, a imposição destes novos comportamentos de base racionalista, ignorando as próprias crenças e práticas tradicionais que integram a socialização dos soldados, foram desconsiderados por militares que, também, recorriam a remédios de proteção (West, 2009: 247). A negação das crenças e superstições, em termos coletivos e como princípio de orientação, manteve-se durante a guerra civil por parte dos soldados da Frelimo, contrastando, fortemente, com as práticas individuais e coletivas exercidas pelas forças da Renamo.

Em 1988, é criado o movimento armado *Naparama,* constituído por camponeses armados com armas tradicionais e temidos pelos seus poderes sobrenaturais e mágicos. Recorriam a vários amuletos de proteção e, antes de partirem para um conflito, efetuavam "vacinas"[124] por todo o corpo e aplicavam remédios tradicionais (Seibert, 2003: 275). Os *Naparama* eram temidos pelas forças da Renamo, que lhes reconheciam um nível superior de poder e eram muito respeitados pelas forças da Frelimo, a quem os soldados pediam amuletos de proteção (Seibert, 2003: 275). O discurso tradicional, os rituais religiosos e espirituais faziam parte integrante do conflito entre os *Naparama* e as forças da Renamo, dando-lhe contornos de disputa de supremacia nos dois mundos (vivos e espíritos).

Quer a Frelimo quer a Renamo recorreram ao recrutamento coercivo[125], tendo esta estratégia um papel central na manutenção do conflito (Seibert, 2003: 256). Ambas as forças utilizaram, igualmente, crianças-soldado, estimando-se que 10 000 tenham participado, ativamente, no conflito (UNICEF, 1996: 18), e cerca de 200 000 crianças órfãs tenham sido integradas na sua família alargada, depois do conflito (UNICEF, 1996: 20).

O relatório de Robert Gersony, em 1988, em que foram entrevistados cerca de 200 refugiados moçambicanos, em diferentes países, na sua maioria vítimas das forças da Renamo, apresenta uma tipologia das operações implementadas por esta força, de acordo com três áreas: de imposto, de controlo e de destruição. Na área de imposto, a população encontrava-se dispersa e os soldados da Renamo exigiam-lhe produtos alimentares e mulheres. Na área de controlo, os habitantes efetuavam trabalho forçado e eram obrigados a transportar alimentos e munições entre bases, construir alojamento para os soldados e as mulheres eram vítimas de violações sistemáticas. As áreas de destruição eram referentes a aldeias ou aldeias comunais de forte concentração populacional, em que a prioridade era o

[124] Escarificações.
[125] 82% dos ativos da Frelimo e 87% dos ativos da Renamo.

ataque e a destruição dessa confluência (Gersony, 1988: 16-28). O mesmo relatório refere que os soldados da Renamo cometeram, massivamente, crimes de guerra e crimes contra a humanidade – violações, tortura, assassinatos, trabalhos forçados, execuções públicas, mutilações, roubo e destruição de habitações. Esta descrição não pretende ilibar as forças da Frelimo dos atos praticados, referindo Gersony que a única distinção tem a ver com o nível da escala das atrocidades cometidas (Gersony, 1988: 38).

Em termos quantitativos, a guerra civil vitimou um milhão de pessoas, provocou 4,6 milhões de deslocados internos (Ratilal, 1990: 3), deixou 200 000 crianças órfãs, sendo que 250 000 menores foram separados das suas famílias (Seibert, 2003: 254). As infraestruturas sociais associadas às instituições governamentais e à Frelimo foram, amplamente, arrasadas. Contabilizou-se a destruição ou encerramento de 45% das escolas primárias, com 500 000 crianças sem acesso à educação, e a destruição de 48% da rede sanitária, tendo o Ministério da Saúde calculado a perda do acesso a cuidados de saúde por parte de 2 milhões de habitantes (Ministério da Saúde *apud* Cliff e Noormahomed, 1993: 844).

- **4.2.2 Programa de Ajustamento Estrutural e seus impactos na saúde em tempos de guerra**

No início dos anos 80, Moçambique encontrava-se numa situação económica grave, devido à diminuição das receitas de exportação, ao aumento das importações e aos crescentes recursos financeiros que eram alocados ao setor da defesa. A dívida de Moçambique, nos mercados externos, era crescente.

No plano internacional, assiste-se a um decréscimo do apoio dos países do bloco socialista a Moçambique e ao abandono das ideias *keynesianas,* sob a acusação das administrações públicas serem excessivamente burocráticas, não-democráticas e não transparentes (Walt, 1994: 12). Aliada à recessão económica global dos anos 80, esta conjuntura internacional e doméstica gerou a contração do papel do Estado.

Neste contexto, Moçambique adere ao Banco Mundial (BM) e ao Fundo Monetário Internacional (FMI), em 1984, na expectativa de obter financiamento, que se concretizaria, em 1987, com a implementação do primeiro Programa de Ajustamento Estrutural (PAE).

Segundo Nilsson e Abrahamsson, as instituições de *Bretton Woods* tinham os seguintes quatro objetivos principais na introdução do PAE: 1) Deter a diminuição da produção; 2) Assegurar às populações das zonas rurais receitas mínimas e um nível de consumo mínimo; 3) Reinstalar o balanço macroeconómico através da diminuição do *deficit* orçamental; 4)

Reforçar a balança de transações correntes e a balança de pagamentos (Nilsson e Abrahamsson, 1994: 49). Neste sentido, coexistem dois elementos-chave de intervenção: a estabilização da economia , através da redução da despesa, e o ajustamento estrutural, através da desvalorização da moeda, da alteração dos preços relativos e das reformas institucionais que pretendiam dar uma maior flexibilidade e eficiência aos mercados (Banco Mundial, 1988, *apud* Diop *et al.*, 1991: 3).

Como medida-chave, dá-se uma massiva privatização de empresas públicas [126] − consideradas ineficazes, subsídio-dependentes e pouco competitivas − e promovem-se a desregulamentação do mercado, através da eliminação de subsídios à produção, a diminuição da proteção social, a reformulação das relações laborais e a redução do papel do Estado, com o corte nas despesas públicas, ao nível dos serviços, salários e infraestruturas.

Estas medidas tiveram um forte impacto negativo na vida da população moçambicana assim como em outras sociedades em que foram implementadas (Abrahamsson e Nilsson, 1994; Arndt *et al.*, 2000; Ernesto, 2003; Mkandawire e Soludo, 2003), destacando-se o seguinte excerto de um relatório do Banco Mundial, em 1990: " (...) O PRE está a ter algumas consequências sociais dolorosas, a curto prazo. Os efeitos da contenção dos salários, dos aumentos de preço de bens de consumo e dos despedimentos, no serviço civil e nas empresas públicas, estão a reduzir o poder de compra urbano e pode estar a aumentar a pobreza nas cidades (Banco Mundial, 1990 *apud* Abrahamsson, 1994: 59).

Reconhecida a dificuldade em encontrar estudos que articulassem a implementação dos Programas de Ajustamento Estrutural e o seu impacto no acesso aos serviços de saúde biomédicos, socorremo-nos dos resultados da investigação que Madge realizou no trabalho de campo na Gâmbia, durante os anos 90. A investigadora descreve que as três principais mudanças propulsionadas pela cobrança dos serviços biomédicos à população se referiam às pessoas que, anteriormente, recorriam aos serviços biomédicos mais dispendiosos, em clínicas, e que passaram a utilizar serviços mais económicos, farmácias e lojas de venda de medicamentos sem pessoal qualificado. Paralelamente, a adesão às clínicas gratuitas das zonas remotas aumentou e, por fim, os mais pobres voltaram ao uso de remédios tradicionais locais sem dominarem este tipo de conhecimentos (Madge, 1998: 307).

[126] Moçambique privatizou 750 empresas, tendo tido o maior programa de privatizações da África subsariana. Cramer questiona o sucesso alcançado por Moçambique na implementação das políticas de privatização, ao mesmo tempo que põe em causa os benefícios e dinamismos para o setor privado e laboral, que possam ter resultado das privatizações. Neste artigo, Cramer, também, reflete sobre os indicadores de sucesso do PAE adotado pelo FMI/BM e de como estes induzem a conclusões incorretas, como aconteceu com o sucesso das privatizações, medido pelo número de transações efetuadas, em vez de outros indicadores económicos (Cramer, 2001: 90-98). Ver também, Castel-Branco *et al.* (2011: 3-10).

Em Moçambique, Mosca, num estudo realizado sobre o impacto do PAE numa aldeia do Posto Administrativo de Xilembene, em Chókwè, revela os impactos da contração do papel do Estado, no setor agrícola, ao nível dos fatores não controlados pelo agricultor e que influenciam as campanhas agrícolas, tais como a disponibilidade de água, a salinização dos solos e o acesso a insumos. Desta forma, conclui que se assistiu a uma pauperização da maioria da população, à redução da autossuficiência alimentar, à criação de mecanismos de dependência dos produtores em relação ao mercado, à discriminação da economia rural, à deterioração das condições ambientais, à demissão não organizada do Estado das anteriores funções e, por último, à promoção de uma burguesia rural minoritária (Mosca, 1996: 84-85).

Diop *et al.*, citando o modelo *Mosley-Chen* sobre o possível impacto das políticas de ajustamento económico na saúde, identifica 4 categorias no que respeita à saúde infantil e como elas se articulam: fatores maternos como a redução da fertilidade, a desnutrição materna, o baixo peso dos recém-nascidos e os partos prematuros, a contaminação ambiental (diminuição dos gastos do governo com o acesso a fontes de água potável, redução das despesas com o controlo vetorial e a possibilidade do aumento da mortalidade infantil), a deficiência de nutrientes, através da eliminação dos subsídios que inflacionam a aquisição de alimentos, condicionando o consumo de nutrientes e aumentando o número de casos de deficiências nutricionais e, por fim, os acidentes pessoais. Ao nível da prestação de cuidados curativos, referem a possibilidade do aumento dos custos com as importações poder originar a quebra dos *stocks* de bens e a incapacidade de expandir os serviços de saúde (Diop *et al.*, 1991: 6-7).

Os vários relatórios anuais da UNICEF, publicados durante este período, apresentam dados sobre a redução da despesa pública na saúde e educação, em relação ao limitado número de países africanos que dispõem destes elementos [127].

Em Moçambique, essa diminuição foi, igualmente, significativa: de 11% do orçamento de Estado, em 1981, para 2%, no início dos anos 90 (Gloyd, 1996 *apud* Pfeiffer, 2003: 728). Este corte substancial afetou o pagamento de salários aos trabalhadores da saúde, sendo referido que, no período entre 1991 a 1996, as enfermeiras tiveram uma baixa salarial de US$110 para US$40 e os médicos de US$350 para US$100 (Hanlon, 1996: 50). Num contexto pós-conflito e de reabilitação das infraestruturas, esta diminuição dos vencimentos teve um considerável impacto na motivação e desempenho dos profissionais de saúde,

[127] Percentagem do orçamento de Estado destinado à Saúde, nos anos de 1972 e 1986, respetivamente: Burkina Faso (8,2%; 6,2%); Quénia (7,9%; 6,4%); Malawi (5,5%; 6,9%); Tanzânia (7,2%; 4,9%); Uganda (5,3; 2,4%); Zaire (2,3%; 1,8%) (UNICEF, 1989: 17).

multiplicando as situações de corrupção, suborno, desvio de equipamento e medicamentos para o mercado negro (Pfeiffer, 2003: 731-732), assim como as desigualdades profissionais entre elementos locais e elementos estrangeiros, no período em que, no país, havia várias Organizações Não Governamentais Internacionais (ONGI) a promoverem projetos humanitários. Criaram-se, igualmente, clivagens entre os trabalhadores locais que estavam empregados em ONGI e os que faziam parte do aparelho de Estado, o que gerou desinteresse pelos projetos a serem implementados de forma conjunta, a menos que houvesse ganhos imediatos na participação[128].

À exceção de Parsitau (2008), muitos dos artigos e relatórios consultados são muito cautelosos relativamente à declaração de uma causalidade direta entre o PAE e os vários indicadores de bem-estar económico e social das populações quer pela inexistência de dados estatísticos quer pela fraca fiabilidade dos dados existentes quer, ainda, pelas dinâmicas políticas e sociais que transfiguram o contexto quotidiano das populações.

Quadro 4.5 - Taxa de mortalidade relativa a menores de 5 anos, entre 1960 e 1995, em Moçambique

Ano	Taxa de mortalidade relativa a menores de 5 anos (/1000)
1960	330
1980	258
1988	298
1995	275

Fonte: UNICEF, 1989, 1990 e 1997

Em termos ilustrativos e recorrendo aos relatórios oficiais publicados pela UNICEF, podemos concluir que, num contexto de implementação do PAE e da guerra civil, a taxa de mortalidade dos menores de cinco anos oscilou entre 1960 e 1995.

Importa destacar a unilateralidade do modelo imposto pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional, desprezando o momento histórico que o país atravessava, ignorando a guerra civil[129], o papel de único prestador de serviços sociais que o Estado representava, num momento em que havia uma deslocação massiva da população e, como veremos adiante, o facto de uma parte da população ter, pela primeira vez, contacto com os serviços biomédicos.

- **4.2.3 A escolha do provedor de cuidados de saúde durante a guerra civil**

[128] Este ponto será mais desenvolvido no capítulo V.
[129] "As medidas do FMI/BM ignoram, simplesmente, que o pais está em guerra!" (Wuyts, 1990:117)

Os deslocamentos forçados e a mobilidade a que a população moçambicana foi sujeita, no pós-independência, foram protagonizados por diferentes atores e com distintas motivações. Uma fração da população foi enviada para os campos de reeducação e de trabalho, outra foi desviada para as aldeias comunais, tendo estas migrações compulsivas sido da responsabilidade do Estado-Frelimo. Adicionalmente, com o agudizar do conflito armado, as forças da Frelimo e da Renamo forçaram o recrutamento para as suas fileiras quer para o confronto direto quer para o seu apoio. E por fim, a população rural isolada e dispersa no território, com receio dos combates e em tempo de secas severas (1981 e 1983[130]), vê-se coagida a deslocar-se para junto de quartéis militares (da Frelimo ou da Renamo), para pequenos centros urbanos, para a cidade de Maputo ou para junto de familiares, na África do Sul.

A pesquisa bibliográfica e os testemunhos recolhidos, no distrito de Chókwè, permitem-nos concluir que o contexto político, económico e militar do período pós-independência permitiu que a população, que vivia nas áreas rurais mais remotas e que, durante o período colonial, recorria à medicina tradicional, pudesse ter um primeiro contacto com a biomedicina, no seu novo destino de fixação, e, consequentemente, experienciasse os seus resultados terapêuticos.

> *"No tempo da guerra, já íamos ao hospital e já existiam hospitais. Não era fácil ir ao hospital, mas arranjava-se maneira para lá chegar, mas, pelo medo de andar por causa da guerra, era muito difícil chegar lá. Corríamos de um lado para o outro, mas, se tivéssemos algum tempo, íamos até ao hospital". (#151, homem, 3º bairro da cidade de Chókwè)*
>
> *"Só mais tarde, quando saímos e fomos para Xilembene é que aí toda a gente ia ao hospital e estava lá muita gente de várias aldeias. Uns regressaram e outros não, permaneceram lá. Outros foram para Chiaquelane, mesmo os que viviam na zona baixa instalaram-se aqui". (#209, mulher, Chiguidela)*
>
> *"Fui viver para Mutasse, onde havia um quartel e davam-nos medicamentos". (#10, mulher, Tlhawene)*
>
> *"No tempo da guerra, não havia tempo para ficar doente, isto é, corríamos de um lado para o outro. Só quando fui para Chókwè é que estava perto do hospital, mesmo assim a situação era muito difícil. Tínhamos que ficar sempre atentos".* (#51, homem, Changulene)

Ao contrário do que refere West que *"(…..) os "curandeiros tradicionais", segundo muitos argumentavam, sobreviveram a anos de repressão governamental e preencheram as lacunas da assistência médica nas zonas rurais, causadas pela falta de pessoal com formação médica e de medicamentos, durante o período da guerra." (West, 2009: 23-22),* de *acordo* com os dados recolhidos na presente investigação, essa substituição não se verificou na sociedade de Chókwè. Destacam-se, como motivos principais, a constante

[130] Segundo Pavignani e Colombo, estima-se que a seca de 1983 tenha causado 100 000 mortos (2001: 36).

mobilidade e movimentações diárias exigidas pela guerra civil, o medo de se deslocarem até áreas remotas para recolherem plantas, a violência generalizada exercida sobre as populações e a destruição das suas habitações.

> *"No tempo da guerra, havia muitos problemas, porque onde adquiríamos os medicamentos era onde se encontrava o inimigo. E não era fácil chegar lá. Tinha que percorrer longas distâncias à procura do remédio. Às vezes ia a Maputo e não apanhava todos os medicamentos. E a maneira de trabalhar era difícil". (#95, curandeiro, Nwachicoluane)*

> *"No tempo da guerra, a vida era muito difícil. Andávamos de um lado para o outro e sempre tínhamos de ir para um esconderijo. Muita gente morreu e outros sobreviveram. Queimaram muitas casas, roubavam gado. Uns sobreviveram e outros não. Um deles sou eu, que salvei-me. Na altura, não era fácil trabalhar por causa da guerra, mas sim para quem conhecia alguém, ia pedir ajuda. Só assim é que se trabalhava. Quando a pessoa chegasse na tua casa, davas os tratamentos e ela regressava para sua casa". (#205, curandeiro, Hókwè)*

> *"No tempo da guerra civil, não era fácil trabalhar, porque tinha de correr de um lado para o outro e muita gente não me conhecia". (#129, homem, 5º bairro da cidade de Chókwè)*

> *"No tempo da guerra, quase não se trabalhava. Saí e fui-me instalar no Chókwè. Uma vez, apareceram e eu tinha pessoas doentes que estavam de baixa e tive que fingir e me esconder. Outros foram raptados. Isto para dizer que trabalhava, mas muito pouco e com medo. Depois da guerra, voltei para aqui". (#162, curandeira, Matuba)*

> *"Era difícil trabalhar. A mim também me procuram e, quando chegaram na minha casa, chamaram-me pelo nome, só que eu estava escondida em Chókwè. As pessoas não apareciam, porque era o tempo da guerra." (#35, curandeira, Bombofo)*

> *"No tempo da guerra, não era fácil trabalhar. Aqui, às vezes, trabalhava de dia, cozinhávamos enquanto outros estavam a vigiar. De noite, estava no esconderijo, quando me desloquei para Chókwè as coisa melhoraram um pouco." (#53, curandeira, Bombofo)*

> *"No tempo da guerra civil, não era fácil trabalhar, porque tinha de correr de um lado para o outro e muita gente não me conhecia. Só no fim da guerra é que comecei a demonstrar às pessoas que conhecia certas plantas. No tempo da guerra, não usava, porque era difícil. A pessoa saía daqui para ir buscar raízes ao mato e encontrava lá os outros que nos prendiam." (#129, curandeiro, 5º bairro da cidade de Chókwè)*

Contudo, existem algumas exceções relativamente àqueles que já vivessem em centros urbanos ou onde os serviços já fossem reconhecidos. No entanto, ali os cuidados biomédicos estavam disponíveis para toda a população.

> *"Bom, no tempo da guerra, eu não parei de trabalhar. Como era conhecido por muitas pessoas, muita gente me procurava para receber o meu tratamento. Mas, onde eu ia arranjar os medicamentos, deixei de ir, por medo, mas passei a ir para Chiaquelane." (#17, curandeiro, Lionde)*

> *"Na altura da guerra civil, não era fácil trabalhar, isto é, tínhamos de correr de um lado para o outro e quase nem trabalhava. Trabalhava às escondidas e as pessoas, também, apareciam às escondidas. As doenças mais frequentes eram as mesmas, só que não sabia que fazer, a pessoa vinha no momento em que houvesse um tempo, dava remédio a tomar e levava consigo. Tudo se fazia às escondidas." (#123, curandeira, Xilembene)*

Para os *tinyanga* que permaneceram em Moçambique, o dia-a-dia era marcado pelo medo, pelo constante movimento e exposição ao risco. A decisão de aceitar curar um doente implicava, frequentemente, a deslocação a zonas remotas para a colheita das plantas necessárias, onde existia o perigo de se cruzarem com homens armados e de correrem o risco de serem sequestrados, mutilados, violados e mortos.

O impacto que o PAE teve nos serviços de saúde, em Moçambique, foi significativo, ainda que, nas entrevistas realizadas, não houvesse nenhuma referência nem associação às medidas económicas e sociais que o país estava a implementar. Considerando o isolamento, a falta de informação e a necessidade diária de garantir a sobrevivência, todos os efeitos negativos, no quotidiano das populações, eram associados ao conflito civil.

Wuyts apresenta-nos este breve retrato do setor da saúde, após a introdução do PAE: "A prestação de serviços sociais sofreu mudanças radicais. Por exemplo, no caso dos serviços de saúde, os recursos para investimento e prestação de serviços foram transferidos, em termos relativos e, em alguns casos, em termos absolutos, do maior para o menor e do centro para a periferia, dos hospitais centrais urbanos para as províncias, de complicadas intervenções médicas para práticas mais simples, do trabalho do médico para o trabalho do pessoal paramédico e da medicina curativa para os cuidados preventivos. (…) A guerra originou a destruição selvagem pelos terroristas da Renamo de postos de saúde, escolas, lojas e outras infraestruturas sociais. Este fator, combinado com a deslocação massiva de pessoas e a destruição dos seus meios de subsistência, conduziu a uma situação generalizada de fome e de privações" (Wuyts, 1990: 115-116).

Mosca, também, destaca o impacto da redução do papel do Estado, quando as populações não têm acesso nem poder de aquisição de cuidados de saúde: *"*A recuperação dos níveis mínimos de sobrevivência e do estado psicológico da maioria da população implica a oferta de serviços de saúde, educação e outros que, nas condições do país, apenas o Estado pode fornecer de forma massiva. A reabilitação das infraestruturas destruídas pela guerra e pela incapacidade atual de manutenção exigirá volumes de investimento públicos para os quais os atuais níveis são insuficientes*".* (Mosca, 1992: 57)

Mesmo a Iniciativa Bamako, promovida pela UNICEF e OMS, em 1987, com o objetivo de descentralizar os serviços de saúde, ao nível das comunidades, sendo elas próprias as financiadoras dos seus recursos sanitários, através da compra de medicamentos, se demonstrou ineficaz, face ao contexto económico dos países africanos em garantirem recursos mínimos para a sua implementação (UNICEF, 1989: 50).

O fim da Guerra Fria, com a queda do muro de Berlim, o colapso do *apartheid*, a adesão a *Bretton Woods e* os elevados custos humanos decorrentes da guerra e de calamidades naturais criaram um contexto favorável à cessação do conflito civil. Em 1990, é aprovada a nova Constituição de Moçambique, que liberaliza o sistema político, introduzindo o multipartidarismo, em oposição ao sistema vigente de partido único, que vigorava desde 1975. Moçambique passa de um Estado de democracia popular para uma Democracia de sistema multipartidário. As autoridades locais voltam a reassumir o seu papel, num contexto de grandes movimentos populacionais e destruição.

Após 16 anos de guerra civil, os Acordos[131] de Roma (Acordo Geral de Paz) foram assinados, a 4 de outubro de 1992, entre a Renamo e a Frelimo, pondo termo às hostilidades. No final desse ano, a missão de manutenção da paz das Nações Unidas procurava abranger quatro componentes − política, militar, eleitoral e humanitária[132] − que integravam diferentes atores. Durante o processo de desmobilização e reintegração das forças combatentes na vida civil e nos seus locais de origem, os doadores envolvidos nos Acordos de Paz (Governo dos Estados Unidos da América, Itália, Portugal, França, Reino Unido e Organização das Nações Unidas), juntamente com o Estado moçambicano, comprometeram-se a financiar o pagamento dos salários, por um período de 24 meses, após a desmobilização[133], e a acelerarem a sua reintegração[134] nas áreas de residência (Nilson, 2001:198).

Em 1994,realizam-se as primeiras eleições democráticas e multipartidárias, tendo a Frelimo vencido a Renamo com 129 assentos no Parlamento, contra 112 (Forquilha e Orre, 2011: 39) e dando provas à comunidade internacional e aos observadores eleitorais presentes de que o compromissos dos Acordos de Roma eram para ser mantidos, as instituições estavam preparadas para um novo conjunto de reformas e o governo contava com os apoios financeiros de outros Estados e instituições multilaterais.

Síntese

[131] Os Acordos de Roma não constituem um documento único, mas um somatório de 4 comunicações e declarações conjuntas, realizadas entre 1990 e 1992 (Nilsson, 2001: 190).
[132] Sobre o papel e as relações entre a missão da Organização das Nações Unidas (ONU) e as outras agências, ver Pavignani e Colombo (2001: 33-101).
[133] "(…) Depois da guerra, 92 881 soldados de ambas as forças foram desmobilizados e receberam um salário, por um período de dois anos, entre $7 a $24, que era levantado de dois em dois meses numa sucursal do Banco Popular de Desenvolvimento (BPD) ou num posto de correios, que servia como sucursal do BPD" (Hanlon, 2009: 185).
[134] Foram criadas iniciativas para apoiar o restabelecimento dos serviços de informação e transporte bem como para facilitar a reintegração, através da geração de empregos e oportunidades de formação.

No contexto de guerra civil em que houve deslocações compulsivas, destruição de infraestruturas, recessão económica, liberalização dos mercados, calamidades naturais e necessidade de prestação de cuidados de saúde, surgiu a possibilidade de, pela primeira vez, uma parte significativa da população do distrito de Chókwè ter acesso aos recursos terapêuticos biomédicos. Dada a maior concentração de habitantes e as dificuldades e riscos associados ao acesso à medicina tradicional, houve oportunidade de expandir as práticas biomédicas. No entanto, a nível interno, o orçamento de estado privilegiava a defesa em detrimento da educação e da saúde (Cliff e Noormahomed, 1993: 844). Do exterior eram impostas medidas conducentes à contração do setor da saúde, à redução dos seus profissionais e dos serviços prestados. Num momento em que a intervenção de organismos multilaterais poderia fortalecer o apoio prestado à população civil, assiste-se ao agudizar da pauperização e à escalada de uma crise humanitária.

Capítulo V O fim da guerra e as Organizações Não Governamentais − novo ator biomédico

Este capítulo tem como objetivos a apresentação e o confronto de alguns conceitos relacionados com as intervenções da cooperação para o desenvolvimento (parceria, espaços de poder e *ownership*), com especial enfoque nas ONG ligadas ao setor da saúde, a que se seguirá uma breve incursão histórica e caracterização da sociedade civil moçambicana.

Por fim, e com base no trabalho de campo realizado em Moçambique, serão apresentados os testemunhos dos entrevistados sobre as atividades e *modus operandi* das ONG existentes em Chókwè, assim como quatro estudos de caso que evidenciarão a problemática apresentada no início do capítulo, sobre o conceito de parceria, espaços de poder e *ownership*.

5.1 A Sociedade civil: breves considerações conceptuais

O conceito de sociedade civil não é unânime entre os autores. Uns conferem maior destaque "(…) ao espaço entre as forças coercivas do Estado e a esfera económica de produção (…)" (Gramsci *apud* Bebbington, Collison e Gray, 2006: 322), outros preferem definir pela negativa, no sentido de serem incluídas todas as organizações fora da esfera do Estado, mercado e família (Topsøe-Jensen el al., 2012: 16; Anheier e Themudo, *apud* Bebbington, Collison e Gray, 2006: 322). O maior desafio em definir essa realidade deriva da diversidade das suas expressões, ideologias e *modus operandi*, sempre tratados com alguma superficialidade. Neste estudo, o conceito de sociedade civil será abordado, em parte, à luz da definição de David Sogge, como "(…) um espaço na vida pública, situado para além do Estado, do Mercado e da Família, onde se usa, desenvolve e luta pelos poderes, inclusive o poder das palavras e de outros símbolos (…)" (Sogge, 1997 *apud* Eys, 2002: 148), com uma adesão voluntária e sem fins, obrigatoriamente, lucrativos, tendo, como propósito principal, a defesa dos interesses (não necessariamente altruístas[135]) de um determinado grupo.

Na presente investigação, consideramos que as associações comerciais, os sindicatos, as Organizações Comunitárias de Base, as Organizações Não Governamentais (internacionais e locais), as confissões religiosas, os grupos ambientais, as organizações de mulheres e

[135] Ver Francisco, 2010: 55-56.

camponeses, os fóruns, os partidos políticos, as alianças e as redes são manifestações da sociedade civil.

Os tipos de organizações da sociedade civil referidos congregam, em si, diferentes formas de funcionamento, grau de formalização, dimensão, âmbitos geográficos e de intervenção, modalidade e estratégias de financiamento, duração e missão. Por esse motivo, consideramos que reduzir a sociedade civil às Organizações Não Governamentais, como frequentemente acontece, é redutor e não reflete a diversidade de movimentos, iniciativas e atores que integram a arena social.

5.2 Relações interinstitucionais: as "parcerias" verticais, espaços de poder e *ownership*

Quando se examinam as relações interinstitucionais, em contexto de ajuda ao desenvolvimento, é fundamental a análise das noções de parceria e poder, dada a multiplicidade de atores envolvidos, as forças existentes (centrípetas e centrífugas) e as relações sociais e política mantidas entre si.

O conceito de parceria faz parte da metalinguagem utilizada em contextos da ajuda ao desenvolvimento e é um requisito essencial para a receção de financiamentos e a implementação de qualquer iniciativa, por ser considerado uma garantia de melhores resultados, por diversificar o risco de obtenção de financiamento (Fowler, 2001: 2) e, ainda, por ser percecionado como sinónimo de participação bilateral. Há autores, como Fowler, que definem princípios mínimos para o seu estabelecimento (Fowler, 2000: 1-2). Contudo, neste estudo, iremos considerar o conceito adotado por Postma, em que foram identificados vários elementos que devem estruturar as relações de parceria, nomeadamente: confiança mútua, complementaridade de esforços, prestação recíproca de contas, tomada de decisão conjunta, troca bilateral de informação (Postma, 1994: 451), distribuição equitativa dos custos e benefícios, articulação clara dos objetivos, existência de mecanismos de monitoria e medição da *performance* (USAID, 1997 *apud* Lister, 2000: 3) e, por fim, transparência em assuntos financeiros, compromisso de trabalho-conjunto a longo-termo e o reconhecimento da parceria (Campbell, 1988 *apud* Lister, 2000: 3). De um modo mais ilustrativo, a parceria remete-nos para relações horizontais de pares que se comprometem no crescimento e autonomia recíproca, autonomia enquanto liberdade institucional de determinar a sua própria estratégia e direção de crescimento, sem a pressão de atores externos (Brehm, 2004: 1).

Consta do relatório sobre a avaliação da Declaração de Paris em Moçambique que: *"*Enquanto a DP (Declaração de Paris) se refere aos Parceiros de Desenvolvimento e

beneficiários como “parceiros”, e isto tornou-se numa linguagem comum, o Governo e as OSC (Organizações da Sociedade Civil) expressaram o seu ceticismo sobre isto uma vez que há uma crença generalizada de que enquanto a relação é muito desigual, aquela linguagem é apenas cosmética. A apropriação é algo que pode ser manufaturada pelos Parceiros de Desenvolvimento – eles precisam de conceder ao Governo o espaço e os instrumentos, mas o Governo também precisa de assumir a liderança e apropriar-se do processo” (Ministério da Planificação e Desenvolvimento, 2010: 77).

Neste sentido, as relações entre as ONG e as instituições públicas locais pautam-se por “parcerias verticais”, em que os princípios supracitados não são cumpridos pelas partes ou só o são quando o interesse é unilateral e por um período de tempo determinado.

Desta forma, torna-se, totalmente, pertinente a introdução da dimensão de espaços de poder, como meio de analisar o modo como ocorre a tomada de decisão e qual o grau de participação dos diferentes atores envolvidos. Na sua análise são identificados 3 variantes: fechados, por convite e reclamados. Os espaços fechados surgem associados a determinadas elites, nomeadamente aos governos, aos burocratas, aos gestores e líderes ou a determinadas áreas, como a militar, a financeira, a comercial e a macroeconómica, em que a tomada de decisões se dá com uma participação muito reduzida de outros agentes (Gaventa, 2006: 26). Os espaços por convite podem ser criados pelos grupos atrás referidos ou por outros, com o intuito de fomentar uma maior participação de outros intervenientes e organizações de uma sociedade. Em Moçambique, o Observatório da Pobreza caracteriza o espaço de poder por convite, em que o fórum foi constituído por elementos do governo, doadores e sociedade civil, com o objetivo de monitorar a implementação do Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) (Negrão, 2003: 10). A nível local, observou-se a criação destes espaços, quando a Direção Provincial de Saúde (DPS), nas suas reuniões de coordenação semestrais, convidava todas as ONG do setor da saúde a participarem e a apresentarem os seus resultados e planificação para o semestre seguinte, à semelhança do que, também, acontecia, com menor regularidade, com os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS) do distrito de Chókwè.

Por último, os espaços de poder reclamados remetem-nos para iniciativas provenientes das bases, resultantes da mobilização popular, com o objetivo de criar espaços de discussão e debate, mas também para dar voz a grupos ou causas sociais “invisíveis” (Gaventa, 2006: 29). A Campanha da Terra ilustra este espaço de poder reclamado num contexto de pós-acordos de Roma, em que o modelo de titularização da terra era apresentado como a solução mais adequada, dentro dos Programas de Ajustamento Estrutural (PAE) em vigor,

para ter acesso à terra. Nesta conjuntura, várias ONG, Organizações Comunitárias de Base, confissões religiosas, académicos e pessoas singulares uniram-se no sentido de assegurarem que a Lei em revisão assegurava que o acesso e posse da terra pelos mais pobres não ficassem dependentes da emissão de um título (Negrão, 2003: 7).

As relações de poder, nas quais se incluem as parcerias, devem ser compreendidas na perspetiva de quem toma e participa na tomada de decisão, mas também em relação aos que não participam nessas esferas e não são consultados Por outro lado, os diferentes espaços de poder identificados podem ser criados com diferentes finalidades: para legitimar decisões, para criar a ilusão da participação e para criar grupos ou símbolos.

Será, com base nestes dois conceitos de parceria e espaços de poder, que iremos analisar as relações interinstitucionais entre as ONGI que operam na área da saúde, em atividades do controlo da malária e as instituições públicas do mesmo setor, a nível distrital e provincial.

No distrito de Chókwè, houve e continuam a existir várias ONGI que apoiam o Ministério da Saúde de múltiplas formas: assessoria técnica a nível programático (malária, VIH/SIDA, saúde materno-infantil, tuberculose, entre outros), aprovisionamento de equipamentos hospitalares, laboratoriais e outros, construção de infraestruturas, contratação de técnicos críticos para, posteriormente, serem integrados no quadro e contemplados no orçamento provincial e/ou distrital, formação presencial, formação em serviço e supervisão, capacitação institucional ao nível do planeamento, gestão e monitoria dos serviços de saúde e, ainda, realização de atividades de mobilização e educação para a saúde.

A implementação destas ações, por parte das ONGI, só é possível se se tiver estabelecido um convénio com a instituição que tutela a atividade. Este acordo e manifestação de interesse são, normalmente, estabelecidos no momento em que o projeto está a ser desenhado para ser submetido a financiamento, uma vez que a existência de “parceiros” locais interessados e que concordam com a intervenção delineada são elementos determinantes na avaliação da proposta apresentada por parte da entidade financiadora/doadora.

Durante a fase de conceção dos projetos, os parceiros podem ter diferentes graus de participação e acesso à informação, ao nível das áreas temáticas e atividades a desenvolver, até à elaboração detalhada de todo o orçamento. Esta última etapa, quando realizada, é, frequentemente, limitada à orçamentação das atividades acordadas, não

incluindo os custos de estrutura[136], despesas administrativas, gastos associados à elaboração do projeto, à monitoria e avaliação, que a organização incluirá nesse pedido de financiamento. Por outro lado, a coparticipação orçamental do "parceiro" local, caso exista, limita-se, regularmente, à imputação de um custo associado à participação de recursos humanos-chave ou à cedência de alguma infraestrutura, existindo escassos exemplos em que o "parceiro local" aplica os seus fundos em atividades realizadas no âmbito do projeto da ONG.

Segundo os dados recolhidos no terreno, as relações pessoais e de confiança existentes entre elementos responsáveis pela tomada de decisão de ambas as organizações[137] facilitam não somente a fase de desenho de projeto mas também a sua implementação e permitem o acesso a outros espaços de intervenção.

Por último, se bem que seja de difícil operacionalização, torna-se pertinente a análise do conceito de *ownership*, que surge num contexto de forte debate quanto às políticas impostas pelos países ocidentais, principalmente no pós-PAE, com o objetivo de criar estratégias e respostas locais. Contudo, como Castel-Branco aponta, em sentido estrito *ownership* significaria que "(…) o recetor da ajuda define a sua própria agenda e programa político, independentemente das suas fontes de financiamento (ajuda externa)", sem pressões externas de grupos de interesse, sem que as agências doadoras tenham preferências políticas e sem que o ambiente político do seu país de origem afete a dinâmica da ajuda, sendo esta, sempre, previsível e incontestada (Castel-Branco, 2011: 8). Dada a impossibilidade de verem reunidas todas estas condições, alguns autores preferem recorrer ao conceito de apropriação/adoção, uma vez que as reformas e políticas podem não ter sido concebidas[138], na íntegra, pelo Estado recetor (Castel-Branco, 2011: nota rodapé 13). Uma maior capacidade de decisão e participação nas políticas e estratégias a adotar, incluindo os programas verticais e respetivos financiamentos, poderia conduzir a uma maior apropriação.

5.3 As Organizações Não Governamentais

No período de fim da Guerra Fria e com as políticas neoliberais introduzidas pelos PAE, o Estado vê reduzido o seu papel como prestador de serviços públicos. Nos últimos anos da década de 80, observou-se um aumento significativo dos fluxos da ajuda a Moçambique

[136] Custos com recursos humanos, locais e expatriados e custos operacionais com um escritório (rendas, manutenção, equipamento, serviços de segurança, consumíveis, telecomunicações, viaturas / motorizadas e sua manutenção).
[137] Ver Sarah Lister sobre o impacto das relações interpessoais nas relações institucionais entre uma ONGI e uma ONGL, na América Central (Lister, 2000: 6-14).
[138] Ver Williams (2006) sobre *ownership*, soberania e *global governance*.

quer à população camponesa afetada pela guerra e pela seca, quer à população urbana (Nilsson e Abrahamsson, 1994: 123).

Nesta conjuntura, surgiu o debate de como deveria ser canalizada a ajuda alimentar a Moçambique: através dos ministérios existentes, principalmente do Ministério do Comércio Interno, por intermédio da empresa estatal para a comercialização de produtos agrícolas (Agricom) e pela rede comercial existente nas áreas rurais ou através do órgão estatal de combate às situações de emergência − o Departamento de Prevenção e Combate às Calamidades Naturais (DPCCN). O governo moçambicano, fragilizado pela guerra civil e com recursos humanos pouco qualificados para assumir a coordenação dos programas, num contexto em que os Estados dos países em desenvolvimento e pós-conflito eram percecionados como burocráticos e promotores do clientelismo, viu o seu papel cingido a formalidades de aceitação e aprovação de programas de intervenção, sendo ultrapassado pelas organizações já a operar no terreno.

Sobre a relação entre o Estado e as ONG nos anos 90, Pavignani e Colombo referem: "*NGOs had budgets higher than the local government and controlled much of the transport and communication assets. This abundance of resources placed the NGOs in a privileged position: in some cases, NGOs actively tried to take over government functions, it can be concluded that if NGOs have played an important role in relief, some have also contributed, together with donors, to the weakening of indigenous capacity*" (Pavignani e Colombo, 2001: 42).

Ratilal, na sua obra intitulada "*Mozambique: Using Aid to end Emergency*", tece, igualmente, várias críticas à morosidade da tomada de decisões por parte das ONG internacionais[139], numa fase em que o conflito civil ainda estava a desenrolar-se, e havia populações deslocadas a requerer uma intervenção imediata (Ratilal, 1990: 147).

Segundo Eys, o surgir das ONG nacionais deve-se à coexistência de pressões e condições estruturais que forçaram o Estado a integrar outros atores na provisão de serviços básicos, assim como à preferência dos doadores, agências multi e bilaterais e ONGI em canalizar a ajuda através da sociedade civil e, ainda, ao facto de existir um grupo de cidadãos moçambicanos com vontade e disponibilidade para se aventurarem na criação de uma ONG nacional (Eys, 2002: 147). As sete ONGI registadas em 1980 deram lugar a 180, em 1990, (Hanlon, 1991: 64) enquanto as ONG nacionais passaram de 4, em 1984, para mais de 200, em 1996 (van Diesen, 1999 *apud* Pavignani e Colombo, 2001: 38).

[139] "*Some institutions which have international responsability for dealing with problems of this sort move at a snail's pace*" (Ratilal, 1990: 147).

As ONG, com as suas agendas próprias e canalizando a ajuda prestada pelos seus países de origem, implementavam programas de ajuda humanitária consoante a sua conveniência em termos logísticos, criando desigualdades regionais nos serviços e infraestruturas disponibilizadas[140], o que implicou que as províncias de Cabo Delgado, Niassa e Inhambane tivessem sido negligenciadas (Pavignani e Colombo, 1991: 62).

Questionar o carácter "não-governamental" das ONG torna-se pertinente, se analisarmos o seu papel "implementador" da agenda e as prioridades definidas pela agência bilateral do seu país de origem ou por outros financiadores, colocando em segundo plano as reais necessidades locais, por vezes identificadas por parceiros desses lugares, em detrimento da linha temática ou área geográfica determinada pelo financiador. Assiste-se, igualmente, à dependência das ONG (internacionais e nacionais) do financiamento governamental dos países em desenvolvimento, através de contratos de prestação de serviços, em que as organizações substituem o Estado e servem os seus "clientes/beneficiários". Eys questiona se, neste contexto de *outsourcing* na luta contra a pobreza, as ONG estarão em posição de pôr em causa as políticas do Estado e apresentar alternativas (Eys, 2002: 157).

Nas estratégias de diversificação do risco e de captação de diferentes financiamentos, observa-se uma grande diversidade de setores de intervenção tais como a saúde, a educação, a água, o género, a educação cívica e a agricultura (Eys, 2002: 150). No caso de serem ONG ligadas à saúde, é frequente a coexistência de diferentes projetos como VIH/SIDA, tuberculose, malária[141], saúde reprodutiva e saúde materno-infantil. Em ambas as circunstâncias, poderá questionar-se o sentido de independência e autonomia com que as ONG desenvolvem as suas atividades.

Esta dependência financeira retira autonomia e sentido crítico quanto às posições e políticas definidas quer pelos doadores, que possibilitam o acesso ao fluxo da ajuda, quer pelos "parceiros" e contexto em que a intervenção se desenvolve, sob pena de se colocar em causa o fluxo dessa ajuda[142]. Um provérbio tradicional africano expressa claramente esta ideia: "*if you have your hand in another man's pocket you must move when he moves"* (Edwards e Hulme, 1996: 14).

[140] Bebbington (2004) questiona as geografias da ajuda que, frequentemente, conduzem a assimetrias regionais e locais, deixando de fora das suas intervenções os mais pobres entre os pobres (grupo alvo reclamado), em detrimento das facilidades de transporte ou proximidade dos centros urbanos (Price, 1999 e Chambers, 1983 *in* Bebbington, 2004: 726-729), os designados *development hotspots*.
[141] A iniciativa Fundo Global para Combater o SIDA, Tuberculose e Malária priorizou estas três doenças, tendo sido disponibilizado financiamento para as ONG e para o Ministério da Saúde desenvolverem atividades nestas áreas temáticas.
[142] Ver também Howell, 2002.

A prestação de contas (*accountability*), temática amplamente citada[143], refere-se ao exercício de legitimação do trabalho e credibilidade das ONG e dos Estados, em função dos resultados obtidos nas suas intervenções, da sua *performance*, das suas boas práticas e do tipo de financiamento facultado pelos seus doadores. Segundo Edwards e Hulme, a prestação de contas descendente destina-se aos "parceiros", beneficiários, equipas e apoiantes, enquanto a ascendente se destina aos financiadores e ao governo do país que acolhe a ONG (Edwards e Hulme, 1996: 15). Em ambas, existem, por vezes, discrepâncias entre algumas ONG nacionais e as ONGI, na medida em que estas não são constituídas por elementos que apoiam e suportam, financeiramente, as suas realizações no país onde decorre a sua atividade humanitária ou de cooperação para o desenvolvimento. A inexistência de um grupo de pessoas que cria, suporta e acompanha a intervenção da ONGI retira-lhe a representatividade e base social no país de destino, o que legitimaria socialmente a sua ação.

A título exemplificativo, no distrito de Chókwè, a Cruz Vermelha de Moçambique (CVM) está presente desde o período colonial, tendo sido "refundada" em 1981. A CVM, apesar de ter algumas ações financiadas por doadores multilaterais, possui uma extensa rede de "escritórios" espalhados pelo país, uma base social considerável derivada de uma presença ininterrupta durante o conflito civil e as cheias de 2000, reforçada pelo pagamento de quotas anuais por parte dos seus membros e pelo recrutamento de voluntários, a nível local. A forte extensão e base social são, igualmente, observadas nas declarações dos entrevistados que, normalmente, se referem às ações das ONGI como "projetos", sem conseguirem identificar o seu nome e o âmbito das suas intervenções, sabendo, contudo, nomear a Cruz Vermelha e relatar parte do histórico das atividades desta ONG no distrito de Chókwè. O mesmo é reconhecido por parte de alguns provedores de cuidados de saúde que nomearam a CVM e o seu trabalho.

No discurso das agências de desenvolvimento são frequentes os conceitos de participação, apropriação e sustentabilidade, mas o modelo de intervenção por projeto a que as ONG e algumas instituições públicas nacionais podem recorrer limitam a sua duração − de um a quatro anos −, o que se revela um verdadeiro paradoxo, face ao discurso formal.

Todas as intervenções têm, claramente, identificados os seus "beneficiários". Contudo, o que tem sido debatido e questionado é quem são os reais beneficiários deste sistema de ajuda. Milando refere que a remuneração dos cooperantes absorve cerca de 78% do total dos recursos afetados à cooperação técnica (Milando, 2005: 58), havendo uma considerável

[143] Ver Edwards e Hulme (1996) e Ebrahim (2010).

discrepância entre os custos de apoio à intervenção, tais como as remunerações dos funcionários estrangeiros (salário, benefícios, alojamento, seguro de saúde, viagens), as remunerações dos funcionários locais (apenas o salário e alguns benefícios sociais, demarcando-se nitidamente do pacote de benefícios de um recurso humano expatriado), as viaturas, o sistema de comunicação, as deslocações, as despesas associadas à manutenção de um escritório e os custos diretos com a população beneficiária. A discrepância destes valores despendidos e o seu eco na opinião pública originou que muitas das ONGI passassem a publicar, nos seus relatórios de atividades anuais, a percentagem dos gastos com o apoio à intervenção (incluindo as sedes) e os custos diretos com os destinatários finais da sua ação.

Para além dos "filtros" existentes dentro das ONGI, através dos quais se escapam os fluxos da ajuda, Schiefer aponta um sistema maior que integra as grandes organizações doadoras internacionais, as organizações doadoras nacionais, as ONGI, as representações locais das ONG internacionais, as ONG nacionais do norte, os governos nacionais com os seus ministérios, os governos provinciais com as suas delegações ministeriais e as diferentes autoridades locais (Schiefer 2002 *apud* Milando, 2005: 59). Poderemos, assim, questionar: quem são os reais beneficiários?

5.4 A sociedade civil em Moçambique

A conjuntura política que marcou os últimos 40 anos da história de Moçambique teve um impacto significativo, ao nível da sociedade civil. Sogge considera, mesmo, que as ONG de Moçambique têm um percurso modesto e uma agenda pouco emancipadora, em relação às suas congéneres de outros países africanos, em particular dos países de língua oficial inglesa, devido aos acontecimentos históricos pelos quais Moçambique passou, " (…) à ausência de poder público e à dimensão das normas e redes informais" (Sogge, 1997 *apud* Negrão, 2003: 1).

Como apresenta Francisco, recorrendo aos dados do Instituto Nacional de Estatística, durante o período de ocupação colonial, existia um número significativo de associações religiosas e associações políticas, uma parte ligada à presença colonial (Francisco, 2009: 63), tais como as associações comerciais e associações de classes de trabalhadores (Rocha, 1991: 115-137) e outras relacionadas com o alvor dos primeiros ideais independentistas[144].

[144] Grémio Africano de Lourenço Marques, fundado em 1908 (Rocha, 1991: 155), Núcleo de Estudantes Secundários Africanos de Moçambique, fundado em 1949, Frente de Libertação de

Com o pós-independência e a introdução de profundas reformas, as igrejas são nacionalizadas e a religião é banida. As associações ou coletividades que existissem fora da missão e controlo do Estado-Frelimo deveriam ser extintas. Este promove a criação das Organizações Democráticas de Massa, nomeadamente a Organização da Juventude Moçambicana (OJM), a Organização da Mulher Moçambicana (OMM), a Organização Nacional dos Professores (ONP) e a Organização Nacional dos Jornalistas (ONJ), entre outras. Estas organizações são parte integrante do partido Frelimo (consideradas na sua estrutura como Organizações Sociais) e estão, hoje em dia,"(…) profundamente alienadas da diversidade de interesses dos grupos que diziam representar" (Francisco, 2009: 67).

Apesar da existência de um estado centralizado, entre 1975 e 1988 surgiram algumas iniciativas organizadas e fora das estruturas do Estado: a União Nacional dos Camponeses (UNAC), a Cáritas, o Conselho Cristão de Moçambique (Negrão, 2003: 2) e a Cruz Vermelha de Moçambique (#4/21.02.2012). Em 1991, a lei da associação (18/91 de 10 de Agosto) é aprovada pelo parlamento moçambicano e dá-se um incremento do número de novas associações.

Topsøe-Jensen *et al.* classificam a sociedade civil moçambicana em quatro categorias: 1) Organizações provenientes de uma pequena elite intelectual/académica de base urbana (Maputo), com capacidade de diálogo com as instituições governamentais, com um bom nível de financiamento, devido à sua elevada *performance* que cativa os doadores. Apesar de serem organizações não emanadas de um grupo social específico, representam e defendem certas causas sociais, nomeadamente os direitos das mulheres e crianças, e despertam a opinião pública para temas como a indústria extrativa ou a monitoria do orçamento; 2) Organizações de nível médio com limitada capacidade de influenciar o diálogo das políticas (*policy dialogue*). São estruturas que acompanham as oportunidades de financiamento, de acordo com as prioridades concedidas pelos doadores e se dedicam, maioritariamente, à prestação de apoio às comunidades (*service delivery*); 3) Organizações de base comunitária, em geral, com fraca capacidade de intervenção, recursos limitados e fraca visibilidade. Tendem a ter uma base social local com associados e a serem reconhecidas dentro do seu limite geográfico de atuação; 4) o movimento informal e espontâneo da população moçambicana, que se manifestou, de forma violenta, em Fevereiro de 2008 e Setembro de 2010, e que não encontra mediadores para representar os seus cidadãos e intermediar com o governo a sua posição de descontentamento (Topsøe-

Moçambique (Frelimo), fundado em 1962 (Serra, 2000; Newii, 1997; Rocha, 2001; Sopa *et al.*, 2006 *apud* Francisco, 2009: 61), Associação dos Negros de Moçambique, Associação dos Naturais de Moçambique, Conselho Cristão de Moçambique em Lourenço Marques (Negrão, 2003: 2).

Jensen *et. al.*, 2012: 27-28; Follér e Johansson, 2012: 124-129). Como veremos adiante, algumas destas categorias de ONG podem ser encontradas no distrito de Chókwè.

5.5 Discursos locais sobre as Organizações Não Governamentais

Quando os guiões de entrevista foram elaborados e traduzidos, para que os entrevistados nos pudessem compreender com clareza, partimos do princípio que, ao questionarmos os meus interlocutores sobre a sua opinião em relação ao trabalho das Organizações Não Governamentais (ONG), o conceito de ONG, enquanto ator, seria algo facilmente compreensível. Assim não aconteceu e, de novo, se evidenciou a minha visão de *outsiders*, ao pensar que o contacto, a visibilidade e a experiência pessoal com as ONG, no distrito, pudessem coincidir com a mesma experiência vivenciada pela população do distrito de Chókwè. A resolução deste impasse foi bastante esclarecedora. De um modo geral, o trabalho desenvolvido pelas ONG resume-se ao vocábulo "projetos". A esmagadora maioria da população entrevistada não sabe distinguir as diferentes ONG que ali têm operado, referindo-se-lhes como um coletivo, com uma identidade difusa e com uma ação temporária. Cerca de um quarto dos entrevistados não conhece e nunca ouviu falar dos "projetos". Contudo, os restantes reconhecem mérito no trabalho desenvolvido, principalmente ao nível dos cuidados básicos de saúde, educação para a saúde e agricultura.

> *"O trabalho dos projetos é bom, têm-nos ajudado muito na machamba. Colhemos bons resultados… dão-nos sementes e ensinam-nos como devemos plantar certas culturas." (#51, homem, Changulene)*
>
> *"Aqui já houve projetos, mas agora não há. Projetos relacionados com a agricultura, em que ensinavam as pessoas a produzir mandioca e batata-doce e recebiam em produtos: batata-doce e mandioca. Os projetos eram bons porque as pessoas recebiam." (#135, homem, Macunene)*
>
> *"O projeto luterano foi muito bom, porque nos ensinou a plantar várias culturas. Não tínhamos problema de caril[145], plantávamos tomate, couve, banana, batata-doce. Além deste, houve outros (projetos), mas que distribuía catanas, enxadas, charruas e plantávamos, também, cebola, couve. Só que agora já não faço, porque também o projeto já não existe." (#99, pastor, Cumba)*
>
> *"Os projetos ajudam em muita coisa. Eu, como não estou muito ligado a eles, não sei descrever o que eles fazem. O único projeto que vi é aquele de saneamento do meio − fazerem limpezas nas casas − as pessoas mudarem a maneira de viver." (#65, mulher, Zuza)*
>
> *"Os projetos eram bons e ajudaram muita gente, aqui. A pessoa vinha fazer a limpeza no seu próprio quintal e sempre mobilizavam as pessoas para acatarem. Para as mamãs, que têm crianças menores, diziam-lhes que tinham de tratar bem delas e alimentar bem, para não terem malnutrição." (#134, mulher, Macunene)*

[145] Semelhante a um estufado de vegetais, que constitui o acompanhamento das refeições.

O contato que a população tem com os projetos é intermediado por elementos da comunidade formados pelas ONG, que realizam visitas porta-a-porta e que são designados de ativistas ou voluntários. Por vezes, são criadas associações locais, para que o seu coletivo possa ser apoiado, em termos agrícolas, sendo esta estrutura a mediadora entre os planos e condições de atuação da ONG e a população local.

A utilização da expressão "projetos" contém em si a temporalidade definida e promovida por uma entidade exterior à comunidade, "(…) coisa de estrangeiro (…)" como escreveria Negrão (2003: 3). As principais críticas apontadas pelos "projetos" sublinham a insustentabilidade, a transferência das estruturas criadas pelas ONG para as entidades locais e a não remuneração do trabalho voluntário.

> *"Ativistas existem, só que o trabalho de ativista não está a funcionar bem. Os projetos formam e chega uma altura e vão-se embora. Deixam os ativistas sem nenhum dirigente para estar em frente do trabalho e continuar. E nem tem um pequeno subsídio. Fomos formadas pelo projeto Vuronga. Eles formaram-nos e cada ativista tinha o seu número de casa, que faz as suas visitas, ensinando as pessoas sobre o saneamento do meio, varrer os quintais, cuidar bem das suas casas. Só que, quando eles se foram embora, nós, também, deixámos de fazer o trabalho. Mas quando andamos nas ruas, encontramos muita sujidade nos quintais, assim como* nas ruas." (#55, grupo focal, Chalocuane)

> *"Há um programa… o pior é que não há seguimento. É muito bom aquele projeto, faz crescer as comunidades, mas se as pessoas são formadas, depois não há ninguém que vá atrás delas para receber os relatórios e dar mais força para a continuidade." (#146, homem, 5º bairro da Cidade de Chókwè)*

A crítica apontada por alguns dos entrevistados com maior conhecimento de causa referente à ausência de uma remuneração para a realização do trabalho voluntário tem sido, amplamente, discutida quer no Ministério da Saúde, no âmbito da Política de Envolvimento Comunitário, quer no seio das ONGI. Numa mesma região, podem coexistir voluntários a receberem, de forma periódica, alguns bens de consumo (localmente designado por "incentivo") e bicicletas, enquanto outros voluntários de aldeias vizinhas, que fazem um trabalho semelhante, não recebem nenhum tipo de "incentivo".

A explicação que nos foi dada, inclusive por alguns destes voluntários, tem uma lógica de sobrevivência que nenhum planificador deve desconsiderar: "Quando vou para o meu terreno agrícola, planto e colho. Se ocupar o meu tempo a fazer visitas de porta-em-porta, o que é que colho?" A transposição da lógica de voluntariado, em contexto social e económico dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento, falha ao considerar que as necessidades básicas e de sobrevivência destes últimos países não estão asseguradas. Daí que a decisão de aderir e fazer cumprir o trabalho de cariz voluntário pode criar distorções nas lógicas de subsistência, ao mesmo tempo que pode levar ao fracasso dos programas.

> *"Os projetos são muito bons, apoiam-nos e tem ajudado muita gente. Só que eles, também, não dão nenhum salário, só quando tínhamos alguns seminários é que nos ofereciam bicicleta. Mas, atualmente, não existe nenhum projeto. (…) As voluntárias que foram formadas pelo Auxilio Mundial, umas continuam e outras não continuam o trabalho. Tudo porque não têm salário." (#169, mulher, Matuba)*

> *"Os projetos fazem bem. O problema é de não conseguirem pagar às pessoas que pedem para trabalhar com eles." (#63, homem, Zuza)*

Algumas organizações que foram contactadas, ao longo dos quatro anos da minha estadia em Moçambique, referiam que o pagamento de pequenos subsídios aos voluntários representaria custos extraordinariamente elevados nos seus orçamentos, nem sempre aceites pelos financiadores e que criaria um lógica de dependência e insustentabilidade após o término do projeto. Por outro lado, reforçavam uma posição, atrás referida, de que é importante que a população de uma determinada aldeia possa ter elementos que, de forma voluntária e pelo bem-comum, assegurem o bem-estar dos restantes membros.

Estas contradições sobre *quem* e *o quê* pode ser insustentável, leva-nos a apresentar os argumentos de dois académicos que problematizaram esta questão. Negrão refere que a existência de duas medidas diferentes de intervenção, entre a que beneficia a ONGI ou a ONG e a que beneficia a população ou a ONG local, é clarificadora dos níveis de hierarquização assumidos. " (…) Os salários pagos nos países de origem, as viagens e férias intercontinentais, as visitas de familiares, a habitação, o transporte e o combustível bem como a alimentação eram debitados às respetivas organizações, enquanto que às contrapartes nacionais tal não era permitido, por não ser sustentável. (…)" (Negrão, 2003: 3). No mesmo âmbito de reflexão, Hanlon defende que as instituições de *Bretton Woods* sempre procuraram expandir e impor um modelo de proteção social que " (…) seria demasiado caro e o sul não poderia arcar com a proteção social e que os pobres eram responsáveis pela sua pobreza, pois desperdiçariam o dinheiro e tinham de ser forçados a agir no seu próprio interesse. (…)" (Hanlon, 2009: 181). Esta posição etnocêntrica é, totalmente, antagónica com a política seguida por países como o Brasil, o México, a África do Sul, o Lesoto, o Botswana, entre outros, em que a disponibilização de subsídios a determinados grupos da população reduziu a pobreza, aumentou o consumo e o investimento, restringiu a malnutrição e permitiu que alguns deles saíssem do ciclo de pobreza (Hanlon, 2009: 180-187). Não deixa de ser curioso notar como os pressupostos *mainstream* condicionam quer as reformas económicas do Estado, a nível macro, quer a ação das ONG, a nível micro.

Alguns dos entrevistados confundiram iniciativas de projetos (ONG) com iniciativas de cariz privado e de negócio, na área agrícola, o que releva o escasso esclarecimento que existe no que diz respeito às ações que se desenvolvem nas suas aldeias, assim como relativamente

a alguma semelhança entre a intervenção de dois setores tão distintos, ambos promovidos por entidades estrangeiras e com reduzido retorno direto e participação das populações locais.

De acordo com os testemunhos recolhidos e com a pesquisa bibliográfica, a primeira presença de Organizações Não Governamentais, no distrito de Chókwè, remete-nos para o período da guerra civil, quando os voluntários da Cruz Vermelha de Moçambique, em 1983, socorriam os feridos da guerra. No rescaldo do conflito, muitas foram as ONGI e agências de cooperação que intervieram, ao abrigo das ações de desmobilização e manutenção da paz, como o programa "Brincando Curando", na busca ativa e reunificação das famílias, no retorno às aldeias de origem e, ainda, (#04/21.02.2012) na reabilitação de algumas infraestruturas.

Em 1992, a ONGI Auxílio Mundial (*World Relief*) estabeleceu-se em Chókwè, tendo como espaço de intervenção os distritos do norte da Província de Gaza, com um programa comunitário de acesso à água e sobrevivência infantil, designado *Vuronga*. A intervenção desta organização foi, frequentemente, referida, uma vez que a sua estratégia de intervenção tinha uma forte base comunitária de mobilização de voluntários que realizavam ações de educação para a saúde, em grupos de pares. Cada voluntária (normalmente eram as mulheres que participavam nestas ações) era responsável por 10 famílias e pela educação e saúde das mesmas, daí que só no distrito de Chókwè tenham sido formadas 2080 voluntárias[146] (#17/28.03.2012). Uma vez que esta estrutura comunitária foi criada antes das cheias de 2000, elas tiveram um papel muito relevante na distribuição da ajuda e na educação para a saúde das populações deslocadas.

> *"Os projetos são bons, como este do Auxilio Mundial. Salvaram muitas vidas e evitaram várias doenças que afetavam a população. Ajudou muita gente. Era normal uma mãe não levar o seu filho para o hospital e dizer que ia passar. Mas quando chegou este projeto, com estes ensinamentos, as pessoas mudaram." (#188, mulher, Manjangue)*
>
> *"Aprendi com Vuronga. Depois das cheias diziam que tinha fazer cova para meter o lixo, a água suja deveria despejar muito longe, porque é lá onde o mosquito gosta de estar e, por sua vez, ele pica e provoca malária. Devemos limpar o pátio e não deixar as águas estagnadas." (#26, mulher, Lionde)*
>
> *"São bons projetos, como o do Auxilio Mundial. Ensinou-me muito sobre o saneamento do meio, ter latrinas, varrer os quintais, limpar dentro das casas, tirar o capim em torno das casas." (#98, mulher, Nwachicoluane)*

A identificação desta organização e o reconhecimento da validade da sua ação foram, amiúde, sublinhados pelos entrevistados e, quando questionados sobre a principal fonte de

[146] Em termos de esquema organizacional, um coordenador era responsável por 5/6 animadoras (26 animadoras no total) e estas, por sua vez, formavam e acompanhavam o trabalho de 8 grupos de 10 voluntárias.

informação sobre as causas e os sintomas da malária, as ONG e o projeto Vuronga foram amplamente referidos, em detrimento do centro de saúde. Esta preponderância da ação das ONG, em atividades de educação comunitária e encaminhamento de doentes para o centro de saúde, ressalta algumas das insuficiências do sistema sanitário moçambicano: exiguidade do número de profissionais[147], carência de múltiplas competências na formação técnica[148]− se considerarmos que uma Unidade Sanitária Periférica (USP) pode ter apenas um técnico para prestar todos os cuidados de saúde a uma determinada comunidade (cuidados de enfermagem, consulta pré-natal, pesagem e vacinação de crianças, consultas de medicina geral, partição de medicamentos) −, os baixos salários[149] e uma política nacional que prioriza as funções curativas em detrimento das ações de educação comunitária, em parte justificada pelo que acima foi exposto.

Existe, assim, um complemento funcional entre a intervenção das ONG e a ação do Serviço Nacional de Saúde, ainda que haja um grande número de organizações que apoia os Centros de Saúde e presta apoio técnico aos seus profissionais.

5.6 Estudos de caso

As ONG surgiram como ator biomédico no meio de uma crise humanitária provocada pela guerra civil e calamidades naturais cíclicas. A conjuntura político-económica reduziu o peso do Estado, através do corte na despesa pública de carácter social e da supremacia atribuída à eficácia de organismos bilaterais e multilaterais.

Tendo em consideração esta conjuntura, os quatro estudos de caso que serão apresentados contribuem para a discussão sobre o modelo de intervenção por projeto e sobre a descoordenação existente entre as instituições públicas que tutelam o setor da saúde e as ONG e seus impactos quer na população "beneficiária" quer na apropriação das intervenções por parte dos serviços biomédicos locais.

[147] Na província de Gaza, em 2010, havia um rácio de 1 médico para 33 871 habitantes, o que contrasta com a província da Zambézia com 1 médico para 77 676 habitantes e com a Cidade de Maputo com 1 médico para 9 501 habitantes. Ainda assim, a evolução, desde 2008 a 2010, demonstra a diminuição progressiva deste rácio (Ministério da Saúde-Direção de Recursos Humanos, 2011a).

[148] Com frequência, os enfermeiros, técnicos de medicina geral, técnicos de medicina curativa, parteiras e enfermeiras de saúde materno-infantil afirmam não ter preparação técnica para a realização de atividades, junto da comunidade.

[149] Ver, adiante, a exposição sobre a greve dos médicos.

- **5.6.1 As relações entre as Organizações Não Governamentais Internacionais e as instituições públicas do setor da saúde: o pagamento dos *per diems***

Entre o final dos anos 80 e o início dos anos 90, a diferenciação e hierarquização social entre os técnicos de saúde locais e os técnicos expatriados manifestavam-se a vários níveis: as discrepâncias salariais foram agudizadas com a introdução dos PAE, muitos dos postos de trabalho foram parcialmente destruídos pelo conflito civil e os provedores biomédicos não possuíam condições para atender a população e responder às suas necessidades, as condições de habitação e os meios de transporte disponíveis eram precários, criando contextos de grande desigualdade (Pfeiffer, 2003: 726). Neste âmbito, os funcionários públicos do setor da saúde diversificaram as suas estratégias de rendimento e assistiu-se não só à cobrança de elevadas somas monetárias pelos cuidados de saúde prestados à população (CIP, 2006) como também ao desvio de medicamentos do Sistema Nacional de Saúde (SNS) para o mercado informal[150], à venda de combustível e peças das viaturas utilizadas na prestação de cuidados de saúde nas áreas remotas e, ainda, à procura de outras ocupações profissionais, a tempo parcial, que limitavam a sua disponibilidade para a prestação de cuidados de saúde à população (Pfeiffer, 2003: 731).

Esta alteração das condições de remuneração dos funcionários públicos do setor da saúde teve um impacto significativo na redução dos serviços prestados e na sua qualidade. De modo a compensar esta perda de poder de compra e a amenizar as desigualdades entre pessoal local e pessoal expatriado, as agências doadoras e "parceiros" locais chegaram a um consenso, criando incentivos financeiros que amenizassem este fosso, tais como: *"(…) (1) per diems, (2) seminar training with per diems attached, (3) extra contracts for work tasks such as surveys conducted during off-hours, and (4) temporary topping off of salaries and travel opportunities for higher-level staff to neighboring African countries and even to Europe"* (Pfeiffer, 2003: 733).

Segundo Pfeiffer, entre 1992 e 1998, o *per diem* para um técnico de nível médio que implicasse pernoitar fora do seu local de residência aumentou de US$3 para US$15 (2003: 733). Em 2011, o mesmo técnico receberia cerca de US$46, o que correspondia a metade do salário mínimo nacional para o setor dos serviços.

[150] Algumas das situações descritas têm atualidade, como se pode ver nas notícias publicadas pelo Jornal A Verdade: "Polícia detém três pessoas e apreende medicamentos em Quelimane" (22 de Maio de 2012); "Desmantelada clínica clandestina na cidade de Nampula (4 de Maio de 2012). Ver também "A corrupção no sector da saúde em Moçambique (Mosse e Cortez, 2006: 12-13).

De acordo com os testemunhos de Pfeiffer, no final dos anos 90, o pagamento de *per diem* continua a ser um assunto polémico entre ONGI e instituições públicas locais. As ONGI defendem que a participação em seminários, formações e outras atividades é um dever e possibilita o crescimento profissional dos funcionários do setor da saúde. Os "parceiros" locais contra-argumentam referindo que o *per diem* está regulamentado no Estatuto do Funcionário Público e é um direito, pelo que discordam da sua eliminação ou redução. Entre as ONGI, o assunto também é controverso, na medida em que algumas ONGI possuem capacidade financeira para custear os *per diem* e outras despesas/benefícios dos participantes e outras não. Daí, ser frequente que a convocatória e disponibilidade para se participar em ações de formação, seminários e supervisões, por parte dos funcionários locais, tenha grande interesse e adesão, em função da ONGI promotora. Esporadicamente, e considerando alguma desorganização no registo da frequência de formações, havia profissionais de saúde que participavam na mesma formação mais do que uma vez, não se opondo, nem alertando para o facto, para assim receberem o *per diem*.

Este paradoxo de baixos salários com incentivos financeiros esporádicos, por vezes desproporcionados em relação à tabela salarial nacional e privilegiando uma minoria destes funcionários públicos levam-nos a questionar o que já fora apontado por Pavignani e Durão, em 1997: ''The *variety of topping-up, subsidies, incentives, part-time private practice, grants, per diems has reached enormous proportions, and one may wonder if the global cost of these transactions is not approaching, even surpassing, the bill that would be paid by the treasury if the salary levels were adjusted to acceptable levels*'' (Pavignani e Durão, 1997: 21).

O contributo de Pavignani e Durão continua muito atual, se considerarmos que há inúmeras ONG, ONGI, doadores, iniciativas e movimentos que financiam individualmente determinadas categorias profissionais do setor da saúde e que recorrem a "incentivos", com base em resultados mensuráveis, quando todo o setor ganharia, largamente, com a melhoria das suas condições salariais.

- **5.6.2 A volatilidade das Organizações Não Governamentais Internacionais no distrito de Chókwè**

A permanência das ONG, no distrito de Chókwè, assim como a sua capacidade de ter uma intervenção constante, estão limitadas a escassos exemplos. O quadro 5.1 tem como objetivo ilustrar a volatilidade das ONG – nacionais e internacionais – no distrito de Chókwè, entre 2005 e 2012. No ano 2000, marcado pelas cheias, existiram várias intervenções de

ajuda de emergência e reabilitação e não se conseguiu ter acesso aos nomes das ONG envolvidas. No decurso da nossa permanência em Moçambique e, particularmente, durante o trabalho de campo, foi possível estabelecer um contacto muito próximo e regular com as ONG – nacionais e internacionais − que operam na área da saúde. O inventário das ONG nacionais que atuam noutros setores foi elaborada, em parte, recorrendo à lista do Fórum das ONG de Gaza. Procurou-se que o levantamento fosse o mais exaustivo possível, havendo, sempre, a possibilidade de alguma organização não ter sido incluída.

Quadro 5.1 - As ONG no distrito de Chókwè, Província de Gaza, entre 2005 e 2012

	2000	2005	2008	2012
ONGI no setor da saúde	*Doleur Sans Frontiers* (DSF)	*Doleur Sans Frontiers* (DSF)	*Doleur Sans Frontiers* (DSF)	*Doleur Sans Frontiers* (DSF)
	Auxílio Mundial (*World Relief*) (1992)	Auxílio Mundial (*World Relief*)	Auxílio Mundial (*World Relief*)	Auxílio Mundial (*World Relief*)
		Medicus Mundi Catalunya (MMC)	Medicus Mundi Catalunya (MMC)	
		Save the Children	*Save the Children*	
		Projeto Hope		
			Luteran World Federation (LWF)	*Luteran World Federation* (LWF)
			Instituto de Higiene e Medicina Tropical / Médicos do Mundo	Instituto de Higiene e Medicina Tropical / Médicos do Mundo (saiu em 2012)
			Population Service International (PSI)	*Population Service International* (PSI)
		Lubombo Spatial Development Initiative - LSDI (2006)	*Lubombo Spatial Development Initiative* - LSDI	*Lubombo Spatial Development Initiative* - LSDI (saiu em 2011)
			Vila do Milénio (2009)	Vila do Milénio
			PathFinder	*PathFinder*
			ICAP - Universidade Columbia	ICAP - Universidade Columbia (saiu em 2012)
			World Hope	*World Hope*
				Elizabeth Glazer Pediatric AIDS Foundation (EGPAF)
				Iniciativa Controlo Total de Epidemias
ONG local no setor da saúde		Vukoxa - Associação de apoio ao idoso	Vukoxa - Associação de apoio ao idoso	Vukoxa - Associação de apoio ao idoso
	Cáritas	Cáritas	Cáritas	Cáritas
	Cruz Vermelha de Moçambique (1975)	Cruz Vermelha de Moçambique	Cruz Vermelha de Moçambique	Cruz Vermlha de Moçambique
		Associação Comunitária Pedalar	Associação Comunitária Pedalar	Associação Comunitária Pedalar
ONGI a operar noutros sectores	*	*	JAM (*Joint Aid Managment*)	JAM (*Joint Aid Managment*)
			Lutheran World Federation (LWF)	*Lutheran World Federation* (LWF)
			Associação para o Desenvolvimento Pessoa para Pessoa (ADPP)	Associação para o Desenvolvimento Pessoa para Pessoa (ADPP)
			Terra dos Homens	
ONG locais a operar noutros setores	*	*	Associação de Ajuda Mútua (AJUM)	Associação de Ajuda Mútua (AJUM)
			Associação para o Desenvolvimento e Pesquisa Social (ADPS)	Associação para o Desenvolvimento e Pesquisa Social (ADPS)
			Associação de Desenvolvimento Moçambique – Alemanha (ADECOMA)	Associação de Desenvolvimento Moçambique – Alemanha (ADECOMA)

			Associação da Mulher Rural (AMRU)	Associação da Mulher Rural (AMRU)
			União de Camponeses de Chókwè (UNAC)	União de Camponeses de Chókwè (UNAC)
			Kulima - Associação de Desenvolvimento Comunitário	Kulima - Associação de Desenvolvimento Comunitário
			APROS FBM	APROS FBM
			Utomi Chókwè	Utomi Chókwè
			Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC)	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC)

* Não foi possível recolher informação sobre este período.

À exceção da Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade e da Associação de Ajuda Mútua, as restantes ONG locais podem ser integradas na categoria de organizações de base comunitária, com uma fraca capacidade de intervenção, recursos limitados e fraca visibilidade, mas com uma significativa base social local e reconhecimento dentro do limite geográfico de atuação (Topsøe-Jensen *et al.*, 2012: 27-28).

Em 2008, o distrito de Chókwè era um dos que possuía maior número de ONGI (doze) a operar no setor da saúde. Este quadro elucida-nos quanto à mobilidade das ONGI presentes no distrito e baseia-se nos modelos de financiamento por projeto de 4/5 anos que, no máximo, uma ONG consegue obter. As duas exceções, no grupo das ONGI, justificam-se pela existência de várias modalidades de subsidiação, doadores e áreas de intervenção, o que tem vindo a permitir a sua presença, desde 2000.

Este modelo de intervenção, em que se procura implementar um grande número de atividades, refletindo uma boa execução financeira, tem sido amplamente criticado, face à dificuldade em se medir os seus impactos (Schiefer, 2008) e as evidências que a mudança de comportamento e a educação para a saúde obtêm, de forma mais consistente[151], através de uma intervenção continuada no tempo. A sustentabilidade dos projetos das ONGI e das estruturas que são criadas configuram um ponto crítico para o qual, ainda, não há "soluções milagrosas", apesar de muitos financiadores enfatizarem as estratégias de sustentabilidade e requererem o plano de saída e garantia de continuação (*phase-out)* do projeto: formam-se voluntários, mas não há capacidade de monitorar o seu trabalho nem de manter os incentivos outrora oferecidos, criam-se associações e projetos agrícolas mas nem sempre eles se mantêm com a saída da ONGI, as atividades de supervisão e *on-job training* realizadas com os SDSMAS deixam de se efetuarem, porque não há fundos para os *per diems* e combustível para as viaturas e, finalmente, algumas formações de técnicos de saúde são adiadas ou assumidas por outra ONGI.

[151] Contudo há exceções e, segundo os estudos realizados pela ONGI Auxílio Mundial, no distrito de Chókwè houve indicadores de conhecimentos e práticas que melhoraram significativamente (Edward *et al.*, 2007)

Relativamente a esta rotatividade das ONGI, uma ONG nacional referiu:

> "*A nossa organização não trabalha para a comunidade, está a trabalhar com a comunidade e envolvemos a comunidade para identificar os seus problemas locais e a solução. (…) Se você constrói uma casa ou uma escola, num sítio que a comunidade não quer, a comunidade não vai participar. Se trabalhar com a comunidade e envolvê-la, a comunidade vai saber ultrapassar os seus problemas e garantir a sustentabilidade. (…) As organizações (ONGI) fazem trabalho excelente, mas muito curto − um projeto de um ano. As pessoas estavam animadas, acataram a mensagem e, depois, o projeto termina. (…) Na minha opinião, deve haver sustentabilidade do projeto. Depois, não se deve espalhar a intervenção, porque, depois, não é possível monitorar. De Chiduacine para Machua*[152]*…deve trabalhar por Posto Administrativo. Depois, têm muitos voluntários, 300, 6000… para mim vale a pena ter qualidade que quantidade. Quando o projeto termina, chamar o governo e os seus representantes na comunidade e o líder vai ficar a assumir essa responsabilidade e escolhem as organizações que possam fazer o acompanhamento*." (#04/21.02.2012)

O impacto da saída de uma ONG – nacional ou internacional – poderá medir-se pelos profissionais de saúde que elas envolveram nas suas atividades e pelo grau de simbiose com as estruturas sanitárias locais − a saída da *Lubombo Spatial Development Initiative* (LSDI) ilustra bem esta última situação.

▪ 5.6.3 Fim da intervenção da *Lubombo Spatial Development Initiative* – LSDI na Província de Gaza

Este estudo de caso procura destacar os efeitos, as distintas metodologias, as coberturas e o financiamento disponível para a realização da Pulverização Intradomiciliária (PIDOM). Esta atividade pode ser executada por instituições de saúde e integrada na rotina das atividades dos SDSMAS, com os recursos humanos disponíveis, ou pode ser efetuada por uma "iniciativa" que, apesar de utilizar algumas estruturas e profissionais de saúde do setor público, tem uma lógica de intervenção de "projeto" e ONGI.

A Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos[153] foi promovida, em 1999, pelos governos da África do Sul, Suazilândia e Moçambique, através da assinatura de um acordo entre os três países que permitisse a mobilização de financiamentos para o controlo da malária[154]. Entre o ano 2000 e 2004, esta iniciativa implementou atividades de controlo vetorial, na província de Maputo e, em 2003/2004, recebeu do Fundo Global US$32 milhões (Cliff *et al.*, 2009: 374) para atividades de controlo da malária, expandindo, de forma

[152] Duas aldeias que se encontram em extremos opostos, no distrito de Chókwè.
[153] *Lubombo Spatial Development Initiative.*
[154] "(…) *Many respondents spoke of the strong influence of politicians. In South Africa, politicians saw benefits to tourism and the economy from malaria control. In particular, the Lubombo Spatial Development Initiative had strong support at the highest levels of government in Mozambique and South Africa*." (Cliff *et al.*, 2010: 377)

faseada[155], a sua atividade para a província de Gaza. Em 2006, o LSDI inicia, ali, os primeiros contatos institucionais e estabelece o seu escritório provincial dentro das instalações da Direção Provincial de Saúde, na cidade de Xai-Xai.

Apesar da LSDI, a nível local, ter tido uma maior visibilidade durante as campanhas de pulverização intradomiciliária (PIDOM), eram realizadas, paralelamente, diversas atividades que procuravam caracterizar a situação da malária na província de Gaza e dar suporte técnico à pulverização, nomeadamente através de: estudos de prevalência da malária, estudos de anemia nas mulheres grávidas, inquérito sobre os conhecimentos e práticas da população sobre a malária, estudos sobre a contaminação dos solos com pesticidas, mapeamento de criadouros, captura e identificação morfológica dos mosquitos nos postos-sentinela, atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC) e mobilização comunitária para a adesão à PIDOM e para a mudança de comportamentos.

No período que antecedeu a entrada da LSDI na província de Gaza, a PIDOM era realizada com os recursos materiais existentes nos SDSMAS, com os profissionais de saúde que integravam o quadro e que recrutavam rociadores para esta atividade. A presença da LSDI, na província de Gaza, entre 2006 a 2011[156], fez-se com uma nova metodologia e meios no terreno, o que permitiu que ela tivesse das melhores coberturas (número total de casas rociadas) e níveis de produtividade (número de casas rociadas/rociador,) a nível nacional. O *modus operandi* da LSDI, durante as campanhas da PIDOM, diferenciava-se, em vários aspetos, das campanhas promovidas pelos SDSMAS, noutras províncias (ver quadro 5.2) e, com a saída da LSDI, em 2011, os profissionais de saúde responsáveis tiveram que voltar a assumir esta atividade, sob a pressão dos resultados favoráveis, alcançados no passado.

[155] 1ª Fase – Distritos de Chókwè, Guijá e Massingir; 2ªFase – Distritos de Bilene e Xai-Xai; 3ªFase – Distritos de Chibuto e Manjacaze; 4ªFase – Distritos de Mabalane, Chigubo, Chicualacuala e Massangena.
[156] Cumprida a expansão da PIDOM até à 3ªfase.

Quadro 5.2 - A pulverização intradomiciliária: Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos *versus* os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social

	Iniciativa de Desenvolvimento Espacial dos Libombos (LSDI)	**Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS)**
Número de rociadores	O modelo de implementação da PIDOM pela LSDI distingue-se pela grande mobilização de rociadores locais (residentes nas aldeias que irão pulverizar) e rociadores que serão deslocados para as aldeias. No distrito de Chókwè, foram recrutados 80 rociadores, para os 90 dias de campanha.	Número mais reduzido de elementos envolvidos.
Responsável distrital pela PIDOM	Contratação dos oficiais de campo distritais, que eram os responsáveis máximos pela PIDOM, nos distritos. Realizavam o recrutamento dos rociadores, o contacto com as lideranças locais, o plano de deslocações, a alocação de equipamento e inseticida, a monitoria das atividades, a mobilização comunitária, entre outros. O oficial de campo fazia de intermediário entre o trabalho desenvolvido no distrito e o PNCM provincial, onde prestava contas sobre as atividades desenvolvidas. Em termos comparativos, auferia um salário bem mais elevado do que o técnico de medicina preventiva, tendo cobertas despesas de comunicação e deslocação.	O Técnico de Medicina Preventiva é o responsável máximo pela implementação da PIDOM, que acumula responsabilidades noutros programas de saúde, como o Programa Alargado de Vacinação, envolvimento comunitário e o Sistema de Informação para a Saúde (SIS). A sobrecarga de responsabilidades e de trabalho, associada aos poucos incentivos e baixos salários são razões do seu fraco desempenho.
Meios envolvidos	Foram adquiridos viaturas 4X4 e um camião que permitissem a deslocação de todos os elementos afetos − meios exclusivos da PIDOM.	Utilizam as viaturas adquiridas pela LSDI. Noutras províncias, são usados os meios existentes nos SDSMAS e que são partilhados por todos os técnicos e programas.
Mobilização comunitária	Normalmente atempada e procurando envolver várias estruturas locais.	Devido à falta de organização e motivação, a mobilização comunitária realiza-se com algumas dificuldades, comprometendo a recetividade da população em relação às atividades da PIDOM.
Resultados obtidos	Boas coberturas.	Resultados inferiores aos alcançados pela LSDI.

Entre 2006 e meados de 2011 (não se efetivou a campanha de 2011), os SDSMAS dos distritos selecionados para se realizar a PIDOM obtiveram elevadas coberturas das casas rociadas, como consequência do esforço e recursos financeiros envolvidos pela LSDI. Em 2011, o cenário reconfigurou-se e os SDSMAS foram chamados a implementar a campanha de PIDOM, outrora sob a responsabilidade da LSDI. As declarações obtidas no terreno são esclarecedoras.

> "*Agora o oficial de medicina preventiva, na ausência do LSDI, deve assumir o papel de oficial de campo e não há interesse, nem motivação – não há controlo dos rociadores, nem mobilização comunitária. (…) Isto é nosso! O projeto só estava a financiar e apoiar. Não há comprometimento da DDS com esta atividade*" (#16/26.03.2013).

> "*Acredito que a pulverização continue, mas acredito que não nesta modalidade. Os técnicos da medicina preventiva estão a ter um subsídio de 300 meticais*[157]*, por dia, mas, pelos comentários que estou a ouvir, eles não estão satisfeitos e talvez não façam a cobertura do distrito. É muito cansativo (…). Por dia um rociador gasta 8 cargas (de inseticida). Temos de fazer os cálculos e alocar nas diferentes zonas. Trocar o equipamento. Não sei se estes técnicos vão conseguir. Não tenho a certeza que eles façam a cobertura do distrito. Eles não estão interessados, não vão para o campo, mandam os chefes das equipas (#02/12.01.2012)."*

Para além do técnico de medicina preventiva ser o responsável pela implementação da PIDOM, há um conjunto de aprendizagens e processos que não foram adquiridos no passado, uma vez que o oficial de campo concentrava diversas tarefas, nomeadamente o correto preenchimento de fichas de controlo e o acompanhamento dos chefes de equipas, do fiel de armazém, dos chefes de brigada e rociadores.

A campanha de 2011, no distrito de Chókwè, foi financiada por uma ONGI que se dedicava exclusivamente a intervenções na área da malária e que decidiu utilizar a estrutura e o modo de implementação utilizada pela LSDI, para otimizar os recursos e conseguir obter boas coberturas. Os restantes distritos que não tiveram financiamento, por esta via, receberam fundos do Ministério da Saúde e recorreram aos seus profissionais de saúde e recursos materiais para implementar a campanha da PIDOM[158].

[157] Aproximadamente 8 euros (2012).

[158] Uli Beisel, na sua tese de doutoramento, apresenta-nos o caso da AngloGold Ashanti, uma empresa de mineração a operar no Gana, que lidera o maior projecto de saúde pública (malária) nesse país, sendo o PNCM um mero colaborador (Beisel, 2010: 185).

- **5.6.4 A distribuição das redes mosquiteiras no distrito de Chókwè, Província de Gaza: um estudo de caso**

A distribuição de redes mosquiteiras é uma das atividades preventivas da transmissão da malária, promovida pelo Programa Nacional de Controlo da Malária, tendo como foco a proteção de grupos de risco, tais como as mulheres grávidas e as crianças menores de cinco anos. Entre 2009 e 2011, segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde, ocorreu um incremento na distribuição ou venda de REMILD: de 1 292 159 unidades, em 2009, 1 525 979 unidades, em 2010, e 3 244 164 unidades em 2011 (OMS, 2012: Anexo 4).

A estratégia nacional contempla a distribuição gratuita de redes mosquiteiras tratadas com inseticida de longa duração (REMILD) a mulheres grávidas, durante a consulta pré-natal, mas tem existido um crescente interesse em estender este apoio a outros grupos mais vulneráveis, como as pessoas infetadas pelo VIH/SIDA e idosos, normalmente canalizado através de uma ONG. A OMS tem promovido a adoção do acesso universal a REMILD, por parte dos seus Estados membros mais afetados pela malária, e, em alguns distritos de Moçambique já foi realizada esta cobertura universal.

Em quatro distritos da província de Gaza (incluindo Chókwè) foi realizado um inquérito que incluía questões sobre a posse e uso de rede mosquiteira, tendo sido obtidos os seguintes resultados: em 64,8% das casas foram encontradas redes mosquiteiras, tendo elas sido utilizadas por 29,2% das mulheres grávidas e 38,3% das crianças menores de cinco anos, na noite anterior ao inquérito (Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2009: 20). Referindo-se a dois grupos de risco, os dados recolhidos demonstram baixas coberturas de utilização.

O estudo de caso apresentado pretende evidenciar a fragmentação, descoordenação e condicionalismos impostos na implementação da distribuição de REMILD, para que uma mulher grávida, quando se dirige ao centro de saúde, possa receber uma rede mosquiteira, na consulta pré-natal.

Constatou-se o seguinte:

A Organização X[159] adquire as REMILD fora de Moçambique e entrega-as ao Ministério da Saúde, que as armazena na cidade de Maputo. A Organização Y custeia todas as despesas de transporte entre a Cidade de Maputo e a Cidade de Xai-Xai, sede da província de Gaza, onde se localizam os escritórios e armazém da Direção Provincial de Saúde. A Organização X custeia, igualmente, o transporte desde o armazém da Direção Provincial de Saúde (DPS)

[159] Os nomes das organizações envolvidas surgem codificados.

até às sedes de distrito, recorrendo a planos semestrais e fazendo uso dos meios disponíveis na DPS. No entanto, a Organização Y também quer apoiar a distribuição das redes mosquiteiras, apenas quando as suas viaturas estiverem livres, seguindo um plano mensal e só para algumas das Unidades Sanitárias Periféricas, com quem trabalha diretamente, não se cumprindo, assim, com o procedimento de entregar as redes na sede dos SDSMAS, para registo de *stock*. A Organização Z distribui redes mosquiteira, diretamente, à população das aldeias, não informando a DPS da quantidade, local e grupos a quem foram entregues as REMILD. Não há organizações que apoiem o transporte regular de redes mosquiteiras desde a sede distrital para os Centros de Saúde/Unidades Sanitárias Periféricas.

Figura 5.1 - *Kit* de redes mosquiteiras



A participação de várias ONGI/agências na aquisição e transporte de REMILD não é suficientemente coordenada para garantir que o centro de saúde mais distante da sede distrital possa distribuir redes mosquiteiras. As difíceis deslocações até esses Centros e a noção do peso de um *kit* de redes mosquiteiras (20kg) tornam evidentes as dificuldades com que os profissionais de saúde se confrontam para garantirem o acesso às REMILD. Os SDSMAS não possuem viaturas nem combustível suficiente para assegurarem a distribuição de redes e medicamentos por toda a rede de Centros de Saúde, o que significa que os responsáveis desses centros têm de encontrar estratégias para o seu transporte. O centro de saúde mais afastado da cidade de Chókwè dista 104km (Zuza) e nem todas as aldeias têm veículos semicoletivos com atrelado a fazerem as ligações para a cidade de Chókwè, obrigando os funcionários sanitários a terem de percorrer parte do trajeto a pé. Na época das chuvas, cerca de metade dos Centros de Saúde ficam com a sua acessibilidade por estrada condicionada.

Alguns dos profissionais de saúde expressaram a sua impotência relativamente ao transporte dos *kits* de redes mosquiteiras e dos *kits* com medicamentos.

"(…) Tenho de percorrer 7km para ir até lá acima apanhar chapa, depois daquela aldeia de (omissão). É lá onde apanhamos chapa, quando está cheias. Temos de pedir a esses da comunidade com carroças para trazer de lá medicamentos. No ano passado, fiquei com um *kit* de medicamentos, *kit* de redes, durante dois meses, lá em cima, sem ter transporte para transportar, porque estava cheio de água, totalmente. É muito difícil mesmo" (#109, provedor biomédico).

"Outro aspeto é o sistema de nós conseguirmos trazer os *kits*. Os *kits* são enormes, não são caixas pequenas. Aquelas caixas ali são muito complicadas. O próprio chapeiro[160], às vezes, não aceita e uma pessoa vai para lá, para a farmácia e dão-nos 3 *kits*, a que temos acesso mensalmente. Como transportá-los de lá para cá? Fica muito complicado. Não há carro. Temos de meter no chapa. Às vezes, eles (os motoristas) pedem muito dinheiro (…) e nós acabamos cedendo. (...) Às vezes, fico até às 18 horas, 19 horas, enquanto estamos a procurar um carro. É uma dor de cabeça. Todo o final do mês, temos essa dor de cabeça e é complicado" (#193, provedor biomédico).

Em suma, podemos evidenciar a fragmentação da ajuda na dicotomia do auxílio de que o "parceiro" realmente precisa, em detrimento daquela que a ONGI está disposta a conceder (disponibilidade de viatura, periodicidade do planeamento e tipo de justificação financeira do apoio), sem procurar que seja garantido que a população tenha acesso às redes mosquiteiras, nas Unidades Sanitárias Periféricas (consulta pré-natal).

"A nível central, era a Organização Y que alocava do nível central para cá. Só que, este ano, a Organização Y aproximou a dizer que quer fazer alocações das redes nos distritos, essa que era a componente que a Organização X financiava. (…) A Organização X ajuda-nos… porquê?! Porque eles alocam os fundos… Nós fazemos o plano e enviamos para aprovação. O dinheiro vem, nós trabalhamos e enviamos a justificação. A Organização Y não, eles vêm buscar-nos, vão deixar-nos às Unidades Sanitárias e dependemos deles. Às vezes marcamos e eles, depois, não podem. Prejudicam-nos muito esse tipo de questões. Ainda não chegámos ao ponto em que o trabalho corre bem, estamos com muitas dificuldades. (…) Não são flexíveis e é muito complicado, quando o parceiro quer comandar" (#16/26.03.2012).

Sobre a dicotomia atrás referida e a discordância de que os "parceiros" locais comandem, uma das ONG reconheceu algum unilateralismo nas decisões sobre as atividades e aplicação dos fundos:

"A relação com os parceiros é boa, é diplomática, há colaboração, mas é como se o projeto (a ONG) fizesse sempre aquilo que decide fazer e, simplesmente comunica aos parceiros. Às vezes agrada, outras vezes não agrada" (#14/22.03.2012).

A distribuição de redes mosquiteiras é apenas uma das atividades do PNCM de prevenção da malária, havendo muitas outras áreas de intervenção sob responsabilidade do gestor provincial do PNCM. Dos testemunhos e vivências, na província de Gaza, a coordenação de atividades, a superação das falhas de comunicação e a diferença de agendas e prioridades torna situações como a atrás descrita, bastante frequentes noutros programas.

[160] Motorista de transporte semi-coletivos, designados de chapa.

Síntese

Dos estudos de caso apresentados importa aqui, destacar, em primeiro lugar, que os espaços de poder interinstitucionais são predominantemente fechados, não permitindo uma profícua coordenação entre as organizações comprometidas com a distribuição de REMILD e o Programa Nacional de Controlo da Malária a nível provincial, criando entropia no sistema de ajuda. No entanto, assistimos à instituição de espaços por convite das partes envolvidas que, ao contrário de permitir a criação de canais de comunicação e coordenação das intervenções de modo a que haja uma maior concertação e complementaridade, cria a ilusão da participação (Gaventa, 2006) mantendo-se o *modus operandi* e as prioridades internas das organizações.

No que concerne às atividades de pulverização intradomiciliária, destaca-se uma quebra na sua apropriação local (distrital), consequência de uma estrutura de intervenção que cessou e que não preparou as estruturas distritais para os processos inerentes à atividade e à mudança, nem reuniu as condições remuneratórias e organizativas consideradas adequadas. Apesar de esta atividade sempre ter integrado o programa de controlo da malária na província de Gaza, no momento em que a recolha de dados foi realizada, havia um mal-estar e conflito latentes entre os elementos que fazem a coordenação provincial e que prestam contas ao Ministério da Saúde e os seus colegas, que estão no distrito e que devem implementar a atividade. A inexistente apropriação local das aprendizagens e processos de implementação, associados à redução dos recursos financeiros alocados criaram um grande fosso entre os resultados e as aprendizagens alcançadas.

Em suma, estas intervenções (PIDOM e REMILD) múltiplas descoordenadas e em formato de projeto, perante a incapacidade de coordenação nacional, provincial e distrital, provocam a ineficiência e o caos nos cuidados primários de saúde, num programa que é, unanimemente, considerado prioritário.

Capítulo VI Malária: uma perspetiva local

"People's ideas about health and illness are emergent, ad hoc, and subject to change through time in accordance with the processual nature of illness and the response of illness to diferente therapeutic modalities both used and imagined" (Nichter, 2008: 9).

6.1 Doença: desequilíbrios biológicos e nas relações interpessoais

Desde o momento em que existe a necessidade de receber cuidados de saúde, de "domesticar a incerteza" (Granjo, 2009: 3) – a nível individual ou coletivo − os curandeiros têm, em Moçambique, um papel de reconhecida importância. A sociedade moçambicana considera a vida terrena como o somatório das relações não só entre os vivos mas também entre eles e os seus antepassados. "Quem morre não cessa a sua existência, mas tão pouco é remetido para um qualquer mundo separado daquele em que viveu" (Granjo, 2009: 3). O curandeiro aparece, assim, como o intermediário entre os dois mundos, permitindo a comunicação entre os parentes vivos e os mortos, em que se fazem pedidos e ofertas aos antepassados – " (…) há sempre comida e bebida, oferecidas aos espíritos, umas vezes, para agradecer termos sido bem-sucedidos em processos analógicos, outras para pedir sucesso, no início do ciclo ou aquando do seu reordenamento, em momentos críticos" (Feliciano, 1998: 406). Desta forma, fortalecem-se os laços de família entre os dois mundos e reforça-se a solidariedade entre os familiares vivos, na medida em que os rituais requerem a presença física e o contributo material de todos.

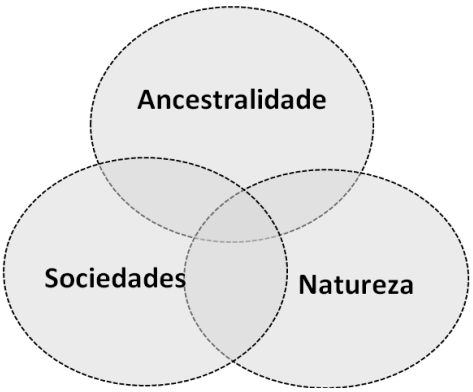
Para Honwana, a ancestralidade exerce um controlo de ordem social, dado que a morte não fratura a relação entre os indivíduos, continuando a existir entre os mortos e os vivos uma troca de obrigações. Através da relação com os antepassados, garante-se o equilíbrio das forças espirituais responsáveis pela prosperidade, proteção (especialmente da feitiçaria), saúde, procriação, produção, prestígio social, em suma, o bem-estar dos indivíduos na sociedade (Honwana, 2002: 15).

Por outro lado, os sistemas de interpretação das adversidades rejeitam a alteração da ordem natural da vida, pelo que a enfermidade, a morte, os acidentes ou a incapacidade de conceber descendência deverão ser justificados por razões não materiais. Nestes casos é necessário procurar a causa, assim como a solução, para inverter o infortúnio ou a sucessão de infortúnios (Whyte, 1997: 3).

Em suma, pensar a sociedade moçambicana, e em especial a sociedade de Chókwè, é considerar a teia de relações mantidas a três níveis de agentes: os indivíduos enquanto sujeitos sociais, a ancestralidade como elo de ligação entre gerações passadas e vindouras e a natureza.

As tomadas de decisões, o posicionamento das pessoas e as relação sociais devem ser considerados à luz desta ordem tridimensional, o que contrasta, significativamente, com a formação do indivíduo, no século XVIII, nas sociedades europeias, da qual a Biomedicina, também, faz parte[161].

Figura 6.1 - As três dimensões da ordem social



O equilíbrio entre estas três dimensões foi sendo mantido por um conjunto de rituais e cerimónias, tabus sociais, códigos de conduta e obrigações entre os membros da linhagem (incluído a ancestralidade), além de outros mecanismos de regulação dos grupos. A quebra da harmonia destas relações submete o clã e os membros de determinado agregado, em especial, a uma análise retrospetiva das conexões mantidas nestas três esferas (a natureza, os antepassados e os seus pares) e à interpretação dos sinais que daí emergiam, de modo a identificar a causa da "falta de saúde".

No desequilíbrio destas três dimensões, emergiram do trabalho de campo três categorias locais relacionados com a representação da enfermidade: a "doença do hospital[162]", a "doença da tradição[163]" e a feitiçaria (*kuloia*). Esta subdivisão não é exclusiva da sociedade

[161] Ver capítulos anteriores sobre a fundação da Biomedicina.
[162] Expressão utilizada na gíria local.
[163] Expressão utilizada na gíria local.

moçambicana, sendo possível revê-la noutras sociedades (Foster, 1976: 775-776[164]; Sindiga, 1995a: 64-66[165]).

Como será exposto adiante, estas categorias não são estáticas e exclusivas de um grupo, mas antes reinterpretadas à medida que os eventos se sucedem, de acordo com os provedores de cuidados de saúde que são consultados e com os significados que lhes são atribuídos pelos familiares e vizinhos do doente, entre muitos outros fatores.

A nosologia local e a interpretação dada aos fenómenos devem ser contextualizadas não só nestas três dimensões (ancestralidade, natureza e sociedades) mas também na interface com as dinâmicas sociais, económicas e políticas que a sociedade de Chókwè integrou nos últimos 50 anos e que moldaram e reconfiguraram a produção de conhecimento e práticas sobre a saúde. Procuramos apresentar esse facto ao longo desta investigação.

6.2 A "doença do hospital"

Desde o início da minha presença em Moçambique, que a partilha de informação sobre a doença de um amigo ou conhecido era seguido pelo questionamento e especulação sobre a sua etiologia, de que resultou, amiúde, uma longa resposta sobre os diferentes provedores consultados, os sinais de manifestação da enfermidade e os tratamentos realizados. Em comum, emergia do discurso dos interlocutores, amigos e passantes uma distinção entre as "doenças do hospital", as "doenças da tradição" e a feitiçaria.

Para a maioria dos entrevistados, "naquele tempo"[166] não existia uma divisão entre "doença da tradição" e "doença do hospital", porque, de um modo geral, o curandeiro era o único e principal provedor de cuidados de saúde e mediador que permitia o restabelecimento da ordem e equilíbrio entre o mundo dos vivos e dos mortos. "Naqueles tempos" não havia *malária* para alguns dos meus interlocutores, porque essa patologia não fazia parte do seu léxico, nem as relações sociais mantidas lhes davam a conhecer tal enfermidade. Com algumas exceções e, em relação àqueles que viviam e trabalhavam nas áreas ocupadas pela população branca, a malária ou o paludismo era "doença de brancos" e era curada nos hospitais e centros de saúde.

[164] Foster considera a existência de duas ordens na génese das enfermidades: naturalísticas (equivalente à "doença do hospital") e personalísticas (inclui o que se designa neste estudo de "doenças da tradição" e feitiçaria)

[165] Sindiga, estudando a etnia Luo, (localizados na Tanzânia, Quénia e Uganda) identifica a existência de 3 tipos de etiologias: as relacionadas com o ar, a água e alimentos, as provocadas por humanos (inclui a feitiçaria) e as causadas por *living-dead* que, de acordo com a explicação apresentada pelo autor, se poderá comparar aos antepassados.

[166] Expressão utilizada referindo-se a um passado remoto, pré-colonial e colonial.

Questionar os interlocutores sobre "Como era a saúde *naquele tempo*?" implicava entrar num mundo de descrições breves e fragmentadas que a memória não alcançava. Falar de "doença do hospital" remetendo-nos "àquele tempo" era penetrarmos numa outra cultura, estrangeira e alheia à representação e cosmovisão da sociedade de Chókwè, era confrontarmo-nos com uma outra língua sem ter um tradutor que permitisse aceder aos seus significados mais profundos, era, enfim, ter de assumir uma relação de poder subalterna face ao desconhecimento do seus processos e relação entre os seus protagonistas.

Foram necessárias uma luta anticolonial, a independência e uma guerra civil de 16 anos para a população ter acesso, mais universalizado, à biomedicina, aceder às suas terminologias − não necessariamente aos seus significados − e integrar e apropriar-se, localmente, desses conhecimentos e práticas. No discurso, esta distinção entre a "doença do hospital" e a "doença da tradição" torna-se mais recorrente durante a guerra civil e a partir do momento em que essa luta termina e em que se dá um incremento do acesso da população aos cuidados biomédicos, tal como foi apresentado no capítulo III.

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. Adaptando as causas "naturalísticas" de Sindiga (1995a: 66), as "doenças do hospital" foram descritas referindo-se a sua etiologia, em especial ao ar, água, alimentos, mudanças climáticas e à dureza física da vida em meio rural (atividades realizadas nas *machambas*[167], o transporte de água e a "queima de carvão[168]").

Relativamente aos sinais e sintomas associados às "doenças do hospital", destaca-se um quadro clínico muito semelhante à patologia da malária (perspetiva biomédica) e que não é exclusivo desta, como a existência de febre, encefaleias (dores de cabeça), diarreias, dores

[167] Sinónimo de terreno para a prática da agricultura.

[168] "Queimar carvão" é uma das ocupações a que muitas pessoas recorrem, consistindo no corte de ramos e troncos de árvores e na cobertura de toda essa madeira com areia, seguida da sua queima. A incineração lenta desses lenhos permite a criação de carvão vegetal que é, posteriormente, ensacado e transportado para os grandes centros urbanos. Em 2012, a compra de um saco grande de carvão, na cidade de Chókwè, custava entre 150 a 200 meticais, enquanto que o mesmo saco poderia custar, na cidade de Maputo, entre 600 a 700 meticais. A variação cambial entre 2008 e 2013 situou-se, aproximadamente, entre os 34 e os 42 meticais por euro e entre os 24 e 30 meticais por dólar americano. As conversões cambiais apresentadas, ao longo do trabalho, consideram um euro equivalente a 40 meticais. Ver anexo, figura A6.1.

nas articulações, vómitos, fraqueza, tonturas e vista turva. Ainda que a sintomatologia possa ser, facilmente, relacionada com as "doenças do hospital", a sua definição é, por vezes, ambígua e pouco clara para uma investigadora que procura encontrar uma lógica inteligível no discurso dos seus interlocutores. A título ilustrativo, diarreia, febre ou encefaleia (à partida definíveis como sintomas de "doença do hospital"), se associadas a algum evento familiar, a um conflito, a uma suposta quebra de tabus sociais ou a uma sucessão de acontecimentos infaustos, podem ser qualificadas como indícios de uma "doença da tradição" ou feitiçaria.

Neste sentido, as divisões estanques da teoria das causas sobrenaturais (que Murdock subdivide em causas místicas, animísticas e mágicas (Murdock, 1980: 17-21) ou a teoria das causas naturais presente nas obras de Sindiga (1995a e 1995c) e Foster (1976) tornam-se, parcialmente, inapropriadas ao não considerarem as razões cumulativas e ambivalentes que podem ser encontradas nas narrações dos pacientes e seus familiares. Desta forma, os relatos sobre a enfermidade são imprevisíveis e ambivalentes, e os seus significados são construídos a partir dos momentos em que ocorre a identificação dos sinais e sintomas ou se procura o diagnóstico até à sua cura. Estas narrações e interpretações poderão, em grande medida, ajudar a selecionar o provedor de cuidados de saúde, como será apresentado mais adiante.

A designação de "doença do hospital" poder-se-á considerar recente na nosologia local e decorre de dois fatores que pude identificar, ao longo do trabalho de campo. Em primeiro lugar, a crescente exposição da população aos cuidados biomédicos e às campanhas de educação para a saúde (num modelo biomédico), promovidas por Organizações Não-Governamentais e pelos Centros de Saúde, principalmente no pós-Acordos de Roma (1992) e que se intensificaram com as cheias de Fevereiro de 2000 e a ajuda humanitária mobilizada. Em segundo lugar, uma reconhecida maior eficácia terapêutica no uso de fármacos (em contraste com os medicamentos convencionais e locais, feitos à base de raízes e plantas) e do custo associado ao seu acesso[169]. Muitas vezes admite-se que a "doença do hospital" pode ser curada através dos dois sistemas etnomédicos (biomedicina e medicina tradicional). No entanto, muitos dos entrevistados, apesar de reconhecerem e valorizarem a medicina tradicional herbalista, declaram que a preparação e o período de tratamento são mais reduzidos e menos dispendiosos no centro de saúde do que recorrendo

[169] As taxas cobradas, por consulta, referem-se a 1 metical (0,02€) e, por receita, são cobrados 5 meticais. No entanto, no caso da malária, o tratamento (anti-malárico e paracetamol) é gratuito para todos os grupos etários. Ao nível da consulta pré-natal, em que é distribuído o sal ferroso, um medicamento para a profilaxia da malária (Tratamento Intermitente Preventivo) e uma rede mosquiteira (REMILD) não há qualquer encargo monetário para a mulher grávida.

ao *nyanga*. Por isso, consideram mais vantajosa a escolha deste provedor para todos aqueles que vivam perto do centro de saúde ou consigam, facilmente, aceder-lhe.

> *"Há outro tipo de doença que posso curar, como as diarreias e vómitos, em que a pessoa fica muito fraca. Mas primeiro tenho que mandar para o hospital. Tradicionalmente é muito moroso, enquanto no hospital é mais rápido". (#83, curandeira, Maxinho)*

> *"No meu caso, não fui para os curandeiros, fui para o hospital. O tratamento dos curandeiros é muito lento, porque têm de arranjar raízes, ferver e dar para tomar e isso demora muito tempo". (#135, homem, Macunene)*

À semelhança de estudos realizados na África Austral (Erhun, Agbani e Adesanya, 2005: 26; Pool *et al.*, 2006: 1672; Hlongwana *et al.*, 2009: 7), no distrito de Chókwè, a *malária* é, em termos gerais, considerada uma "doença do hospital", 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.

Em suma, 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, que é manipulada e dinâmica, respondendo às interpretações e significados elaborados na teia de relações tridimensionais (sociedade, natureza e ancestralidade), atribuídas pelos atores e instituições (linhagem, igreja, grupo agrícola, entre outros). Citando Honwana: "(…) A dicotomia cartesiana, que separa, de forma rígida, o corpo e a mente, não se aplica neste contexto particular. Aqui o conceito de doença (expressão utilizada por Honwana) é holístico e preconiza a interdependência entre o corpo e a mente, ou seja, o efeito dos aspetos sociais e emocionais sobre os aspetos físicos" (Honwana, 2002: 208).

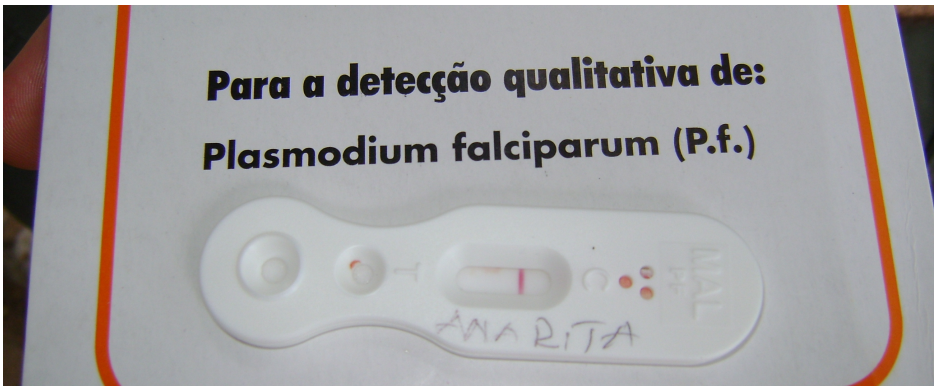
6.3 Apropriação local da tecnologia biomédica: os Testes de Diagnóstico Rápido

O Teste de Diagnóstico Rápido da Malária (TDR) é um instrumento utilizado na diagnose desta doença, que revela ou exclui a presença do parasita da malária (um antígeno específico – proteína), em sangue humano. Os TDR podem detetar apenas uma espécie do parasita (*Plasmodium falciparum* ou de outras espécies (*P. vivax, P. Malariae e o P. ovale*). Recorrendo a uma picada no dedo e inserindo o sangue no TDR, ao qual se adiciona o reagente, poderá saber-se se existe infeção malariana. Este instrumento de diagnóstico não possui uma precisão absoluta (Abeku *et al.*, 2008) e, por essa razão, existem limitações, tais como os resultados falsos positivos[170] e o falsos negativos (Ishengoma *et al.*, 2011), uma reduzida sensibilidade em contextos de baixa densidade parasitária, uma imprevisível

[170] O teste é incorrecto, quando se obtém um resultado positivo na ausência da doença (Falso Positivo). O teste é incorreto, quando se obtém um resultado negativo na presença da doença (Falso Negativo).

reação à humidade e ao calor e a existência de resultados positivos durante quatro semanas após o tratamento, o que dificulta o diagnóstico de reinfeção. Atualmente, estes instrumentos fazem parte do Serviço Nacional de Saúde de muitos países, onde a doença é endémica, e, em países como a Tanzânia, poderão vir a ser vendidos ao público, em farmácias (Kamat, 2008).

Figura 6.2 - Teste de Diagnóstico Rápido da Malária



Fonte: Cortesia de Ana Rita Chico.

Em Moçambique, a introdução dos Testes de Diagnóstico Rápido (TDR) da malária ocorreu em 2008. Ao longo das entrevistas, os vários interlocutores foram referindo, repetidas vezes, a adoção de práticas e curas espirituais, após ter sido introduzida esta tecnologia biomédica, nos Centros de Saúde de todo o distrito de Chókwè.

O presente subcapítulo tem como objetivo analisar essa informação. Contudo, na investigação, não será feita qualquer distinção entre conhecimentos e práticas que podem ser consideradas científicas e descritivas, nem entre os conhecimentos e práticas consideradas não-científicas. Consequentemente, as tecnologias a que recorrem os provedores de cuidados de saúde, por exemplo, o *tinhlolo*[171], os espelhos utilizados pelos *tinyanga* ou, ainda, os TDR utilizados pelos provedores biomédicos, possuem o mesmo valor analítico (Coulon, 1995: 12-14).

O conhecimento biomédico, baseado no paradigma do progresso científico, é considerado uma ideologia dominante que emerge da investigação biomédica dos países desenvolvidos[172] e que, consequentemente, gera tecnologia biomédica. A sua integração nos cuidados de saúde biomédicos reforça a ideia de uma medicina que acompanha o progresso, o crescimento económico e o bem-estar das sociedades, ao mesmo tempo que

[171] Conjunto de conchas, sementes de canhu, ossos de vários animais como o cabrito, a zebra, a girafa, o cudo, assim como placas ósseas da carapaça dorsal de tartarugas.
[172] Ver *Global Forum for Health Research (*2004).

concretiza e objetiva a prática clínica. Segundo Brijnath e Manderson, a tecnologia confere concretude ao diagnóstico médico que poderia ser contestado (2011: 515). Apesar da medicina moderna estar em constante debate, na perspetiva do paciente estes elementos classificam o conhecimento biomédico como aparentemente infalível e incontestável, limitado ao corpo humano e aos seus processos bioquímicos.

A materialidade da biomedicina (Hadolt *et al.*, 2012: 180), conferida pela tecnologia, é, assim, símbolo de um saber incontestável que atribui autoridade ao provedor biomédico e às suas práticas (Williams, *et al.*, 2008; Baiden *et al.*, 2012; Mukanga *et al.*, 2012; Asiimwe *et al.*, 2012; Ansah *et al.*, 2013; Mubi *et al.*, 2013), face aos pacientes enquanto agentes desprovidos de conhecimentos médicos "incontestáveis".

Ao analisar alguns artigos publicados em jornais médicos, em Israel, Filc conclui que existe um carácter dissocializador da patologia (incluindo as relações sociais de poder existentes), em que a medicina surge como um novo repositório de verdade (Filc, 2004: 1275-1277).

Se, com base no paradigma do processo e crescimento, a tecnologia confere materialidade e objetivação à biomedicina, isto não significa que os seus significados e interpretações sejam imutáveis e estáticos. Como refere Arjun Appadurai em relação aos bens: "(...) *The social history of things and their cultural biography are not entirely separate matters, for it is the social history of things, over large periods of time and at large social levels that constrain the form, meaning and structure of more short-term, specific and intimate trajectories*" (1986: 36). Essas trajetórias e significados singulares vão ao encontro do que Hans Hahn defende de os bens globais (*global commodities*) adquirirem definições locais quanto ao seu valor, ao modo de utilização e aos significados (Hahn, 2004: 216). A apropriação local de tecnologia biomédica denota essa transformação em relação ao próprio lugar, desde a adequação linguística ao objeto médico, passando pelos novos significados que emergem dos diversos atores sociais e contextos (Kotwal, 2005[173]; Müller- Rockstrohn, 2007[174]; Granado *et al.*, 2011[175]; Bingham *et al.*, 2012: 5; Prue, 2013[176]). Como van Dijk refere: "(…) *Since the previous "social life" of such commodities is unknown to the local cultures which consume them (…) commodities appear to be enchanted, and to function in local systems as if they possessed a will of their own*." (van Dijk, 1999: 71).

[173] Sobre as injeções e sua utilização por diferentes provedores de saúde.
[174] Sobre a introdução de ecografias nas consultas pré-natal, na Tanzânia e no Gana.
[175] Sobre a apropriação do conceito de malária para a definição local de enfermidade – *palu*.
[176] Sobre o uso de telemóveis na deteção e pedido de apoio biomédico, nas comunidades remotas e sem acesso a cuidados de saúde.

Quando uma nova tecnologia é introduzida, ocorre uma "tensão" entre o conhecimento anterior, as expectativas e as eventuais consequências desconhecidas, que definem novos significados e práticas e que são transversais a toda a sociedade, ou seja, aos provedores biomédicos, aos investigadores e aos pacientes e suas famílias.

Apesar das políticas de saúde estarem veiculadas a atores internacionais, designadamente a OMS, outras agências das Nações Unidas e outros financiadores que têm um papel normativo, a diversidade e as especificidades do contexto deveriam reforçar a adoção de estratégias tangíveis, contextualizadas e realistas. Os programas "Standard *Operating Procedures* (SOP)" e "*SMS for life*"[177] são bons exemplos de adaptações e estratégias locais de fortalecimento do sistema de saúde (Programa de Controlo da Malária) na Tanzânia (Masanja *et al.*, 2011).

Atendendo aos contributos de Hahn e, com base em Silverstone, o conceito de apropriação pode ser composto por quatro dimensões: a apropriação material, a objetivação, a incorporação e a transformação (Hahn, 2004). A apropriação material refere-se ao acesso material ao objeto/bem, à "familiaridade" individual com ele (2004: 218). A objetivação implica a contextualização dos bens, a sua descrição detalhada e categorização do "universo das coisas" (2004: 219). A incorporação diz respeito à interação entre os bens e as suas consequências na perceção dos atores (2004: 220). E, por último, a transformação indica que um objeto é sujeito a normas e restrições societais, e a todas as suas consequências (2004: 220). Segundo Hahn, a apropriação dos bens não é previsível, é contínua no tempo, não pode ser generalizada a outros contextos ou atores e pode ocorrer de modo total ou parcial (a exclusão de uma das quatro dimensões referidas) (2004: 221-225). De acordo com os dados recolhidos, as definições locais do uso de tecnologia enfatizam a agência local dos atores e grupos sociais.

6.3.1 Tecnologia como política

O historial dos TDR remonta a 1999, quando a OMS promove uma consulta informal sobre esses testes, tendo sido identificados vários produtos a serem comercializados (OMS, 2003: 1). Em 2003, persistiam algumas reservas quanto aos meios de garantir a qualidade dos TDR, no que se refere ao fluxograma dos ensaios clínicos, ao haver testes para as várias espécies de parasita, à existência e validação de protocolos de tratamento, assim como ao

[177] A iniciativa "SMS for life" recorre ao uso de telemóveis e à georeferenciação para reportar as quantidades de anti-maláricos existentes numa determinada unidade sanitária, permitindo que haja uma constante monitorização por parte das instituições de saúde, a jusante, tendo em vista a prevenção da falta de anti-maláricos.

meio de garantir as condições da sua conservação, em contextos adversos (OMS, 2003: 35). Em 2003, não obstante algumas dúvidas, os TDR já estavam integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) de alguns países (incluindo a África do Sul) e havia 215 marcas a comercializá-los.

De acordo com o discurso biomédico internacional, a aplicação dos TDR atendia à necessidade de evitar o diagnóstico incorreto da malária (Williams *et al.*, 2008; Hume *et al.*, 2008[178]; Nankabirwa *et al.*, 2009; Chandler *et al.*, 2010; D' Acremont *et al.*, 2011; Ansah *et al.*, 2013;) que estaria na origem, entre outros fatores, do aumento da resistência dos parasitas a medicamentos mais acessíveis, conduzindo à adoção de terapias combinadas mais dispendiosas (OMS, 2006a: 1), assim como à demora do diagnóstico correto e ao aumento dos custos indiretos que as repetidas visitas e provedores consultados representam (Hume *et al.*, 2008: 8).

Além disso, a expansão dos TDR permitiria a investigação de surtos de malária, a realização de inquéritos sobre a enfermidade, o diagnóstico "fora de horas" nos hospitais, e o autodiagnóstico por parte dos viajantes (OMS, 2003: 8).

Em 2009, o governo da Tanzânia, com o apoio da Fundação Bill e Melinda Gates e do PMI, publicou uma lei que viria a permitir que apenas a farmácias com pessoal qualificado e detentoras de licença vendessem antimaláricos, redes mosquiteiras e TDR a um preço altamente subsidiado. Para além das críticas à insustentabilidade desta estratégica, Kamat destaca a desconsideração da construção social da doença (Kamat, 2013: 208-214).

O conceito de tecnologia pode ser encarado como política (Müller-Rockstrohn, 2007: 211), quando observamos os atores envolvidos no processo de decisão e a combinação de fatores político-económicos. A Organização Mundial de Saúde (OMS), neste contexto, assume um papel ímpar, ao definir recomendações, mobilizar grupos de interesse (farmacêuticas, investigadores, fundações, governos, indústria, etc.) e financiamentos.

A soberania das decisões do Ministério da Saúde, enquanto instituição tutelar, fica restringida ao orçamento disponível (critério de custo-oportunidade), às recomendações da OMS, aos resultados de projetos-piloto e à investigação implementada pelas ONGI, ONGN e pelo próprio Programa Nacional de Controlo da Malária. Desta forma, dados os

[178] Neste estudo, realizado em Moçambique, com uma amostra de 535 doentes diagnosticados com malária clínica, concluiu-se que 77% das crianças e 69% dos adultos obtiveram resultados positivos (confirmação da parasitémia através de microscopia) (Hume *et al.*, 2008: 3). 53% dos pacientes procuraram apoio médico, após a consulta inicial, tendo 25% recorrido à medicina tradicional. Três semanas depois, 28% dos doentes continuava à procura de apoio médico (Hume *et al.*, 2008: 6).

constrangimentos financeiros e o poder dos atores envolvidos, o Ministério da Saúde vê a sua capacidade de decisão limitada.

Os Testes de Diagnóstico Rápido da malária foram introduzidos, em Moçambique, de forma massiva, no ano de 2008 (2 800 000 de testes distribuídos), ainda que a maioria dos profissionais de saúde só tenha recebido formação sobre a nova linha de tratamento e uso de TDR em 2009 – 8 519 técnicos formados, em 2009, e 1028, em 2008 (Ministério da Saúde, 2010a: 8).

A nível nacional, os documentos estratégicos procuram enquadrar as recomendações e contribuições de vários atores, designadamente o Ministério da Saúde, as ONGI e ONGN, agências de cooperação, agências das Nações Unidas e profissionais de saúde. O discurso de intervenção, a este nível, pode ser ilustrado pelo objetivo 3, do Plano Estratégico da Malária 2012-2016 [179] que, enquanto política, está diretamente relacionado com a apropriação local e o surgir de novos conhecimentos sobre os TDR.

Este plano estratégico considera os vários estádios de intervenção, que vão desde a aquisição dos TDR até à sua distribuição ao provedor de cuidados de saúde, a nível local – o Agente Polivalente Elementar (APE). Apesar de terem sido realizadas ações de formação destinadas aos provedores biomédicos, não foram incluídas atividades de esclarecimento e informação da comunidade de utilizadores destes serviços. Com a introdução dos TDR em todas as Unidades Sanitárias, o diagnóstico de malária fica sujeito ao resultado positivo do teste, o que leva à prescrição de antimaláricos. A disponibilidade de TDR implica a rejeição, em teoria, do diagnóstico clínico de malária, ou seja, a prescrição de antimaláricos, com base na sintomatologia apresentada pelo paciente.

- **6.3.2 Discursos e práticas dos doentes e familiares**

A introdução da nova biotecnologia teve repercussões nos conhecimentos e práticas dos doentes e dos provedores de cuidados biomédicos. Apesar dos significados dos sinais e sintomas da malária poderem ser atribuídos a outras etiologias (feitiçaria e "doença da tradição"), de um modo geral e de acordo com os dados recolhidos, a malária é considerada

[179] " (…) Objetivo 3: Até 2014, testar 100% dos casos suspeitos de malária que se apresentem nas Unidades Sanitárias (US) e comunidades (APE – Agente Polivalente Elementar) e tratar de acordo com as normas nacionais. Estratégia 1: Consolidação do uso de TDR (Testes de Diagnóstico Rápido) nas US do SNS e sua expansão para a comunidade através dos APE. É necessário realizar a procura e aquisição de TDR para a sua distribuição às US do SNS e todos APE. O sistema de logística dos TDR, também, deve ser reforçado. Os profissionais de saúde bem como os APE devem beneficiar de formação contínua e deve-se, ainda, implementar o sistema de controlo de qualidade para o diagnóstico rápido da malária (realização dos testes)." (Ministério da Saúde, 2012: 28).

uma “doença do hospital”, e os doentes e seus familiares, ao identificarem os sintomas da doença, recorrem aos Centros de Saúde, a uma loja que vende medicamentos (Pool *et al.*, 2006: 1672) ou a um Agente Polivalente Elementar (APE). Com as cheias de 2000, a malária passa a fazer parte do quotidiano da sociedade de Chókwè e das mensagens veiculadas pelas autoridades governamentais e Organizações Não-Governamentais. Os seus sintomas e sinais são apresentados seguidos da expressão “Eu sei que isto é malária” ou “Isto só pode ser malária”.

Os Testes de Diagnóstico Rápido foram, consensualmente, aceites pelos pacientes, que admitiam a sua fiabilidade. Em alguns casos, o uso desta tecnologia reforçou os argumentos de rejeição dos *tinyanga* e das suas práticas terapêuticas, dado que estes não possuem nenhum método ou instrumento credível de diagnóstico.

> *“(…) o problema é que o curandeiro não sabe dizer não. Eles curam sempre. Eles não têm testes para saber o que uma pessoa tem ou sente. Eles dão só raízes, e a pessoa perde o seu tempo e a sua vida. No hospital, eles fazem o teste.” (#166, homem, Matuba)*

Os entrevistados sabiam todas as etapas por que iriam passar desde que chegavam ao centro de saúde. Primeiro pagavam a consulta e depois eram pesados. Quando entravam no consultório, a enfermeira perguntava-lhes o que sentiam e, se ela considerasse apropriado, faziam um TDR. No final, se o resultado fosse positivo, entregavam uma receita para ser levantada na farmácia, onde se pagam todos os medicamentos à exceção dos antimaláricos.

Apesar da maioria dos testemunhos terem expressado uma aceitação geral do uso dos TDR e dos seus resultados, outros apresentaram uma perspetiva diferente sobre o assunto, questionado as conclusões, após o encontro clínico. Os resultados dos testes desafiam os conhecimentos biomédicos dos doentes e seus parentes, frustrando as suas expectativas e o seu controlo sobre a saúde familiar. Para o doente que vê a sua suspeita de *malária* ser infirmada pelo resultado do teste, a presença de um mau espírito no seu corpo (possessão de um espírito) que, segundo eles, encobre o diagnóstico verídico sobre o seu estado de saúde, justifica uma ação na esfera espiritual, indispensável para um correto diagnóstico. Por essa razão, de modo a controlar este processo e alcançar o bem-estar, é decisivo agir na esfera espiritual.

No estudo realizado por Marsland (2007), na Tanzânia, também foram recolhidos testemunhos semelhantes, referindo que os atos de feitiçaria podem mascarar ou esconder uma doença considerada do hospital e, mesmo, bloquear a ação do tratamento biomédico (Marsland, 2007: 760). Muela *et al.*, concluíram que os feiticeiros podem criar “falsas

malárias" quanto aos sinais e sintomas, assim como tornar os parasitas invisíveis e indetetáveis aos técnicos hospitalares (Muela *et al.*, 2002: 409-410). Nesses casos, segundo os seus informantes *tinyanga*, os provedores biomédicos deveriam encaminhar o doente para os curandeiros.

Durante as entrevistas, várias vezes foi referida a necessidade de consultar um pastor religioso ou um *nyanga,* para eliminar os maus espíritos, antes de o paciente se dirigir a uma unidade sanitária. A realização destas práticas tem como objetivo "limpar" e "purificar" os doentes de forças negativas (maus espíritos) e, assim, criar as condições ótimas para um diagnóstico correto e fiável. Testemunhos semelhantes foram recolhidos em contactos informais com dirigentes do distrito de Chókwè e outros colegas que residem em Maputo, deitando por terra o argumento de que estes conhecimentos estão associados a pessoas com baixos níveis educacionais e vivendo em aldeias isoladas.

> *"Por vezes, as pessoas vão e fazem análises que dão negativo e dizem para ir ao curandeiro dar banho − banho em sangue de galinha misturado com remédio que se esfrega em todo o corpo. Se for um homem, abate uma galinha, se for uma mulher, abate-se um galo. Depois volta ao hospital para saberem se está doente." (#39, curandeira, Chiaquelane)*
>
> *"O que acontece sempre, quando alguém fica doente… avisamos e fazemos orações e mandamo-la para o hospital. Estas orações são feitas pelo pastor, assim como pelos próprios crentes da igreja." (#65, mulher, Zuza)*
>
> *"Antes de a pessoa ir ao hospital, lanço as pedras e vejo se as pessoas têm um mau espírito no seu organismo. Primeiro, faço um banho onde misturo algumas raízes e depois levo a pessoa ao hospital." (#61, curandeira, Zuza)*
>
> *"Têm vindo algumas pessoas a dizer que estão a sentir isto, que foram ao hospital, (…) fizeram raio X, mas dizem que não estão a ver nada, está tudo limpo. Então, são coisas relacionada com o feitiço, porque lá não sai coisas relacionadas com o feitiço. Lá não sai, não sai. Não conseguem ver nada, porque é mesmo uma coisa de espírito."*[180] *(#128, curandeiro, 5º bairro da cidade de Chókwè)*
>
> *"Você pode ir ao curandeiro e ele dizer que está a sentir isto e aquilo, mas no hospital não veem nada. Isso é uma coisa feita pelo curandeiro. Aquele que está no hospital não vê nada, porque é uma coisa que foi feita." (#127, pastor, 5º bairro da cidade de Chókwè).*
>
> " (…) *Quando alguém adoece, em primeiro lugar eles vão para lá pedir ajuda e, depois, é que vêm ao hospital pedir ajuda, na maioria das vezes. Não é fácil dizerem (que foram primeiro à igreja), mas devido às nossas investigações, aquela história, o que fazem, outros acabam revelando… às vezes um doente pode aparecer num estado muito, muito avançado." (#20, provedor biomédico)*
>
> "(…) *Podemos dizer que é malária, pode ser os maus espíritos na criança, assim como no adulto. Então, arranjamos maneira para estes maus espíritos saírem. O que tem acontecido sempre, quando a pessoa vai ao hospital, é fazer análises e não acusar nada, pode ser por*

[180] Neste estudo de caso, os testemunhos recolhidos não denotam uma diferenciação entre os espaços de "acesso permitido" aos espíritos, ao contrário dos registos de Murray Last, na Nigéria: *"(..) hospitals are now recognized as at least temporarily effective against traditional illnesses since hospitals, so carefully fenced off and manned with guards, are "no go areas" for spirits; relapses may occur, though, as soon as one leaves the gates*". (Last, 1992: 398)

causa de maus espíritos. É por isso que, antes de ir ao hospital, faço orações e mando para o hospital." (#60, pastor, Zuza)

A influência e o impacto que a feitiçaria e os maus espíritos operam na vida dos indivíduos e no seu bem-estar não são submetidos à tecnologia biomédica[181] nem ao conhecimento científico. A feitiçaria e a "doença da tradição" estão acima de toda a biomedicina, interpretações e significados. Daí que o tratamento providenciado nos Centros de Saúde é percecionado como ineficaz para uma enfermidade cuja origem seja um ato de feitiçaria e "doença de tradição". Ao contrário dos trabalhos de Bauch *et al.*, em que o descrédito nos TDR pode conduzir à automedicação (2013: 8), neste estudo os resultados dos testes expressam a confiança na biomedicina para o tratamento de uma "doença do hospital". Os TDR não são objetos independentes, apesar da confiança que pacientes e seus familiares depositam neste método, e é da responsabilidade do doente evitar a interferência dos maus espíritos no diagnóstico biomédico.

Apesar dos TDR estarem, materialmente, à disposição dos profissionais sanitários, eles são considerados "objetos comuns" a todos aqueles que frequentam os Centros de Saúde. Os doentes e seus familiares que procuram cuidados biomédicos adequaram este instrumento aos seus conhecimentos terapêuticos.

No fluxo de objetos e saberes médicos, a sociedade de Chókwè apropriou-se desta tecnologia de diagnóstico e integrou-a na sua cosmovisão, criando um novo "modo de ordenação" (Law, 1994 *apud* Müller-Rockstroh, 2007: 10) dos seus conhecimentos e práticas. É nesta interface entre os domínios biomédicos atuais e os saberes locais que surgem novos significados e interpretações da realidade. Se um doente e os seus familiares procuram uma abordagem pluralista complementar (medicina tradicional ou o pastor), o provedor biomédico "poderá ver" e diagnosticar a doença, sem qualquer "filtro espiritual".

De acordo com os dados recolhidos, as ações e eventos não são expectáveis para os indivíduos e nem ocorrem de modo regular. De acordo com a sua cosmovisão, os eventos podem ser justificados por forças independentes, como os antepassados ou os maus espíritos que se expressam através das enfermidades, dos testes de diagnóstico rápido e do comportamento desadequado dos funcionários dos Centros de Saúde.

⌘

[181] Ver também Makundi *et al.* (2006) sobre as convulsões e os maus espíritos que estão na sua origem e que devem ser retirados para que o tratamento biomédico alcance os resultados esperados (Makundi *et al.*, 2006: 4-5).

As narrativas e os significados devem ser contextualizados, em função dos bens globais e das suas sucessivas definições locais (Hahn, 2004: 216). O objeto social TDR, a nível macro (bem global) e a nível local, é caracterizado pela relação dialética entre conhecimentos e práticas prévias, que são confrontadas com processos de mudança e com os conhecimentos, preconceitos e experiências dos atores (pacientes, suas famílias e provedores de cuidados de saúde).

O Teste de Diagnóstico Rápido que, inicialmente, se apresentava como uma tecnologia biomédica, constituída com um elevado nível de fiabilidade e que iria simplificar e dar maior rigor ao diagnóstico médico torna-se, assim, um objeto social, a partir do qual os novos conhecimentos e práticas moldam saberes e significados prévios, assim como as relações entre provedores e pacientes, "influenciando as práticas dos atores sociais" (Lewis e Feiring, 1979: 9-10).

Este objeto social não pode ser analisado como um produto estático e singular, na medida em que os atores lhe conferem diferentes significados, que emergem do encontro clínico, da cosmovisão local, das relações sociais e das políticas e recomendações internacionais, aceites pelo Ministério da Saúde.

A *malária*, que é considerada uma "doença do hospital", devido ao efeito criado pelos resultados dos TDR, começa a ser percecionada como uma enfermidade que requer uma ação na esfera espiritual.

6.4 (Des)equilíbrios no universo social: a "doença da tradição"

Para abordar o tema da "doença da tradição", é fundamental a sua contextualização na cosmovisão moçambicana, na qual os rituais, os eventos quotidianos e o papel desempenhado pelos intervenientes se interligam com as enfermidades.

À semelhança da "doença do hospital", as "doenças da tradição" emergem da cosmovisão social de Chókwè e estão relacionadas com as mudanças estruturais ocorridas nos últimos 35 anos e com as estratégias e iniciativas que envolvem os vários provedores de saúde e, ainda, com as relações estabelecidas entre esta sociedade e o seu meio. As respostas tradicionais tornam-se assim, plásticas, flexíveis e moldadas pelos contextos e pelos significados e interpretações atribuídas ao seu passado e presente.

Se, na "doença do hospital", nos deparamos, frequentemente, com uma falha e qualquer tipo de disfuncionalidade biológica e orgânica − apesar de outros significados lhe poderem ser atribuídos – a "doença da tradição" remete-nos para um sentido de doença 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. A título ilustrativo, a fecundidade, enquanto geração de descendência (sentido biológico) e produtividade que garanta a sua sobrevivência e manutenção dos vindouros, assume uma centralidade ímpar no quotidiano destas sociedades[182] e ultrapassa o sentido biológico que lhe possamos, inicialmente, atribuir (Whyte, 1997: 40). Um indivíduo não existe fora da sua linhagem, fora do seu grupo de origem e pertença, e é socialmente considerado incompleto, se não contribui para o esforço de manutenção da sua linhagem, através da descendência e da produtividade do seu trabalho, como garantia de subsistência dos seus membros. Nos jovens, o "ser deixado", o desinteresse do parceiro sexual e todos os outros eventos que possam fazer perigar o esforço de ter filhos são sinais de alarme que deixam os indivíduos em desespero por colocarem em risco a sua primordial função de reprodução social e, nesse sentido, podem ser, também, considerados vítimas de "doença da tradição" ou feitiçaria.

Quanto aos antepassados, os testemunhos recolhidos ajudam-nos a compreender os diferentes níveis de proximidade e funções que operam. Num primeiro plano, os espíritos dos familiares da linhagem são entidades presentes no dia-a-dia dos indivíduos, em honra dos quais devem ser cumpridos cerimoniais, realizadas oferendas através do sacrifício de animais, impostos tabus alimentares e proibições, normalmente associadas à abstinência sexual por um período determinado de tempo e extensível à generalidade dos membros. Numa lógica de reciprocidade, os elementos dessa linhagem esperam que os seus antepassados os defendam contra ameaças vindas do exterior e lhes proporcionem saúde, longa vida, sucesso profissional, descendência, boas colheitas e desafogo financeiro. Os antepassados têm, assim, um papel de guardiões, de protetores da linhagem.

Contudo, a não satisfação do "contrato social" mantido com os antepassados (do conhecimento dos próprios membros), a rutura com os laços e obrigações familiares e de parentesco podem originar enfermidades, má sorte, infertilidade e insucesso generalizado aos membros vivos do grupo de origem e pertença. De elemento de unidade e proteção da linhagem, os antepassados podem tornar-se a causa de infelicidade. É na manutenção da sua memória viva e no envolvimento de todos na sua perpetuação que se constrói e se

[182] Na maioria das entrevistas, a nossa assistente e nós éramos confrontadas com uma questão fundamental que "desvendaria tudo" sobre a nossa identidade − casadas e quantos filhos?− Ambas tínhamos 28 anos e, apesar de eu ser casada, nenhuma de nós tinha filhos. Enquanto estrangeira, era-nos dado o "crédito" de ser de uma cultura diferente, com outros modos de pensar a vida. Já a Maria não tinha igual sorte e, frequentemente, foi aconselhada pelas nossas interlocutoras sobre a importância de ter uma família numerosa e de "não perder tempo com rapazes" que pudessem desviá-la desse objetivo.

mantém a relação com o outro mundo e se unem e fortalecem os laços entre os membros da linhagem.[183] Como refere Feliciano: "(…) Nos rituais religiosos e mágicos, há sempre comida e bebida, a oferecer aos espíritos. Umas vezes, para agradecer termos sido bem-sucedidos em processos analógicos, outras, para pedir o seu sucesso, logo no início de ciclo ou no seu reordenamento, em tempos críticos. Essas ofertas são, depois, consumidas por todos os participantes, em geral, pelos membros das linhagens a quem se deve colaboração no trabalho e pelos seus aliados na rede de trocas (Feliciano, 1998: 406).

Existem vários momentos, ao longo da vida de um indivíduo, em que assume particular relevância uma relação direta entre os seus antepassados e os membros da sua linhagem, destacando-se o nome do recém-nascido e o *lobolo*. Na escolha do nome para o bebé, a família espera que através do comportamento da criança – choro excessivo, agitação ou enfermidades – se confirme, ou não, a concordância dos antepassados com o nome atribuído. O *lobolo* é uma cerimónia realizada entre a família do noivo e a família da noiva, em que a primeira oferece presentes[184] e dinheiro à família da nubente e seus antepassados. Bénard da Costa considera o *lobolo* uma "prestação matrimonial, que pode ser repartida por tempos diferentes mas (…) com significados amplos e múltiplos (Bénard da Costa, 2002: 177)[185]. Alguns autores encaram-na como uma forma de pagamento dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher. De certo modo, subscrevemos esta posição, se verificarmos que a família do noivo exige o retorno do *lobolo,* quando uma mulher não concebe e, consequentemente, não assegura a reprodução social da linhagem. A não realização desta cerimónia, como ocorreu durante o período do socialismo, em que foi, mesmo, proibida, pode ser fonte de má sorte e enfermidade futura[186] para alguns dos membros do grupo geracional. O *lobolo* é considerado o casamento tradicional, precedendo sempre o casamento religioso e civil que, por vezes, não é realizado. Estes dois grandes momentos na vivência de uma linhagem continuam a fazer parte da "tradição" da sociedade moçambicana, apesar das adaptações e reconfigurações que sofreram, ao longo dos tempos.

[183] Uma amiga teve de se deslocar à cidade de Inhambane e aí a permanecer durante três dias de cerimónias em homenagem a vários familiares maternos e ao próprio pai. Foram "contratados" vários curandeiros para liderarem as cerimónias, abatidas cinco cabeças de gado bovino e comprado muito vinho. Apesar da cerimónia ter sido convocada devido uma série de acidentes rodoviários ocorridos com vários membros da sua linhagem materna, o contentamento e satisfação estavam estampados no seu rosto, face à oportunidade de ter tido contacto com tantos familiares que desconhecia existirem e por ter participado numa grande festa familiar.
[184] Gado bovino, capulanas, garrafões de vinho, grades de cerveja e refrigerantes e roupa para os vários familiares da noiva vestirem no dia do casamento, entre outros.
[185] Sobre as alterações na família e o lobolo em meio periurbano, ver Bénard da Costa (2002).
[186] Ver Bagnol (2008: 265-267) e Kamp (2011: 120-122).

De forma complementar, a quebra de tabus sociais que culminam em enfermidades foram, amplamente, referidos pelos meus interlocutores e em conversas informais com amigos, uma vez que implicam uma imposição dos "mais velhos", uma alteração das rotinas e a submissão dos indivíduos a várias restrições alimentares e sexuais, consideradas de difícil cumprimento. Green encara estas enfermidades como advindas de agentes poluentes, dado que as referências à "sujidade interior" e à imprescindibilidade de limpeza e purificação estão, habitualmente, presentes nos discursos (Green, 1996a: 7).

Straus *et al.*, num estudo realizado no sul de Moçambique, referem a necessidade de haver abstinência sexual durante o período de lactação, uma vez que o sémen pode contaminar e infetar o recém-nascido (Straus *et al.*, 2011: 7). Green destaca, em Inhambane, o afastamento de crianças a que uma mulher deve ser submetida, depois de um aborto (Green, 1996a: 6).

A não realização da cerimónia denominada de *cutxinga*[187] pode originar várias enfermidades e infortúnios, mas existem outras circunstâncias como as abaixo mencionadas:

> "*Esta doença (paralisia de uma perna) foi provocada, porque a minha mãe fez relação sexual com o meu pai, naquela casa, naquela esteira*[188]*. Se não fosse isso, a minha mãe ou o meu irmão estariam mortos. (…) A minha mãe informou o meu pai para fazer certas vacinas*[189]*, essas vacinas tinha que se fazer num sítio um pouco difícil*[190] *e que uma pessoa não pode aceitar. A minha mãe aceitou, o meu pai aceitou, mas aquela mulher não aceitou aquela parte que era mais… e não aceitou. E eu fiquei assim. Mas eu nem conseguia andar, melhorei um pouco." (#145, mulher, 5º bairro da cidade de Chókwè)*
>
> *" Por exemplo, quando uma mulher acaba de dar à luz, não pode ter relações até a criança ter alguns meses*[191]*. Ou uma pessoa que perdeu o marido ou a mulher." (#183, curandeira, 3º bairro da cidade de Chókwè)*
>
> "*Quando um homem mais velho mantém relações sexuais com uma mulher menor de idade, sai uma pele nas suas costas." (#14, curandeiro, Lionde)*
>
> *"Numa casa houve infelicidade*[192] *e os mais novos fazem relações sexuais, antes de fazer a cerimónia tradicional. Nesses casos, quando a pessoa chega à minha casa e diz que houve infelicidade, dou remédio para banho e ela toma-o." (#143, curandeira, 5º bairro da cidade de Chókwè)*

[187] De forma resumida, a *cutxinga* é um ritual de purificação de uma viúva, através de relações sexuais com um dos irmãos do recém-falecido marido. Esta cerimónia tradicional é, amplamente, citada nas estratégias do Ministério da Saúde para a prevenção da transmissão do VIH/SIDA.
[188] Com quem ele mantinha relações sexuais.
[189] Realização de incisões, com uma lâmina, em locais-chave do corpo, e sequente emprego de um remédio tradicional sobre elas.
[190] Referência ao órgão genital masculino e feminino.
[191] Na obra de Evans-Pritchard surge igualmente a referência a esta quebra de tabu (1937: 66).
[192] Morte de um familiar.

Muitos destes tabus sociais estão ligados à "tradição" e remetem-nos para um universo de índole privada. A maioria dos testemunhos recolhidos foram prestados pelos *tinyanga*.

Para além da reciprocidade e obrigações existentes entre os espíritos dos antepassados e a sua descendência, há outros espíritos não-linhageiros que, também, se manifestam junto dos indivíduos. No século XIX, o sul e centro de Moçambique foram ocupados por três diferentes povos: os *Nguni* vindos do estado Zulu que emigraram para Moçambique e dominaram os povos que foram encontrando, submetendo o grupo *Tsonga,* que foram aculturados (Honwana, 2002: 56), e os *Ndau*[193], em que poucos aceitaram a aculturação (Honwana, 2002: 56). Depois das guerras de *Sotshangane* e *Nghunghunyane*, que tiveram como objetivo impor o domínio *Nguni*[194] na região, o fenómeno *mpfhukwa* generalizou-se no sul de Moçambique, e a explicação reside no facto de os militares e outros mortos nestas guerras, em território *tsonga,* não terem sido devidamente "chorados" (pelas suas famílias) e enterrados, estando as suas almas agitadas (Honwana, 2002: 64). A título explicativo, cito um excerto de uma entrevista de Honwana:

> *"(…) Tongandgi foi um guerreiro muito amigo do meu avô Mudumanhane. Quando morreu, fez kupfhkwa na nossa família, mas não matou ninguém, limitou-se a causar alguns problemas para atrair a nossa atenção. Quando um médium o apanhou, disse que era amigo do meu avô e pedia um lugar para ficar, pois encontrava-se muito longe de casa. Disse acreditar que a família do amigo iria cuidar bem dele e que ele, também, iria ajudar realizando algum trabalho para a família. Pediu uma palhota e uma rapariga*[195] *para tomar conta dele". (Honwana, 2002: 65)*

Os espíritos dos guerreiros *Ndau*, *Tsonga* e *Nguni* manifestam-se na vida dos indivíduos e exigem um tratamento como se de um espírito ancestral e de linhagem se tratassem, tendo as pessoas de respeitar e cumprir as obrigações em falta, procedentes de um passado remoto.

De igual modo, a guerra civil em Moçambique originou muitos espíritos agitados e deslocalizados das suas aldeias de origem, espíritos esses que foram referidos em conversas com amigos, mas que nunca foram mencionados durante as nossas entrevistas, ou se foram, nunca pudemos aceder ao seu real significado. Granjo, que participou em cerimónias de purificação dos veteranos de guerra, apresenta-nos uma nova perspetiva

[193] Os *Ndau* localizavam-se junto à fronteira com o Zimbabwe, na região onde, atualmente, se localiza a província de Manica e o norte da província de Inhambane.
[194] "(…) Devido à superior organização militar, os Nguni conseguiram conquistar outros grupos e criar o seu próprio império. Mussapa foi a primeira capital do Estado de Gaza que, mais tarde, se mudou para *Mandhlakasi*. O estado de Gaza é recordado como uma formação social complexa, com uma sociedade central poderosa e sociedades adjacentes submetidas a vários graus de dominação na periferia" (Honwana, 2002: 56).
[195] Sobre as mulheres dos espíritos (*spirit spouse*), em espaço urbano, ver Kamp (2011: 133-159) e, em espaço rural, ver Farré (2010: 9).

sobre a importância da purificação dos locais, onde poderão ter sido abandonados espíritos sem rumo e que podem entrar em contacto com os viajantes e segui-los no regresso a casa (Granjo, 2011: 66).

Ainda que o fenómeno da enfermidade seja de difícil delimitação conceptual, 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. Nestas circunstâncias, os indivíduos, ao consultarem um *nyanga* ou ao reunirem o seu grupo familiar (linhagem ou agregado familiar mais coeso), interpretam a enfermidade (fisiológica e social) como um sinal de descontentamento por parte dos antepassados, por parte dos espíritos errantes ou pelo incumprimento de tabus sociais.

6.5 A feitiçaria

"Não há morte natural. Isto aqui basta morrer alguém que foi morto por alguém".

(#146, homem, 5º bairro da cidade de Chókwè)

Nas relações da sociedade de Chókwè com a doença e a saúde, é inevitável abordarmos o tema da feitiçaria, recorrente nas relações interpessoais e nas interpretações que delas emergem.

Numa fase inicial da minha estadia, em Moçambique, essa questão foi, superficialmente, abordada por alguns amigos e conhecidos e centrava-se no seu receio de se depararem com animais selvagens, quando caminhavam, à noite, entre aldeias. Consideravam que estes animais não o eram verdadeiramente, pois não passavam de feiticeiros que se transformavam[196] e que atacavam as suas vítimas, destruíam campos agrícolas ou se cruzavam com aqueles que aproveitavam as noites para caminharem até à vila mais próxima. O efeito surpresa destes encontros, o seu carácter oculto e secreto, e os danos causados originavam um sentimento predominante de apreensão e medo, sempre que se referiam a cobras, leões, crocodilos e hipopótamos[197]. Aliás, as cobras são um animal

[196] Harry West, no trabalho de campo realizado no norte de Moçambique, analisa amplamente este fenómeno (West, 2009: 238).

[197] No segundo semestre de 2011, várias notícias foram publicadas sobre um hipopótamo que se acreditava ser o régulo recém-falecido, na aldeia de Pinda. " (…) Por vezes, o "Régulo-hipopótamo" sai da água, passeia pela povoação de Dambuenda, sem fazer mal aos seus súbditos, consome vários alimentos, incluindo bebidas alcoólicas, além de brincar com crianças da zona. O insólito tornou-se um fenómeno de atracão para os residentes locais e pessoas que usam a travessia do rio

temido quer pelo seu efeito mortífero quer pelas consequência que podem advir de um encontro inesperado com elas[198].

Com o início da realização das entrevistas semiestruturadas e grupos focais, as referências às enfermidades causadas por feitiçaria tornaram-se mais frequentes e, apesar de não constituírem um tabu social, a explicação dos seus factos e significados recorre a uma linguagem ambígua e abreviada, de leitura nas entrelinhas, como se todos os envolvidos no encontro fossem dotados de uma matriz descodificadora da mensagem ou se existisse interesse em manter essa ambiguidade e incerteza. Era óbvio que não conhecia, nem dominava esta metalinguagem e, apesar de muitas vezes, questionar o "óbvio", a utilização do humor e a desculpa de "não existir feitiçaria no meu país" permitiu-me aproximar dela e abordá-la, sem preconceitos. No entanto, ao longo do trabalho de transcrição das entrevistas e do diário de campo fomos tomando consciência que esta matriz apenas nos ajudava a compreender parte do fenómeno de feitiçaria, uma vez que as inúmeras especulações e interpretações, resultado da leitura social e múltipla dos discursos, das ações e dos silêncios que ocorrem nas relações interpessoais, completam a sua análise social e estão assentes na cultura e memória coletiva dos grupos. A declaração de feitiçaria que opõe país e filhos, maridos e mulheres, sogras e noras, irmãos, enteados[199], vizinhos, colegas de trabalho e demais parentes é composta por duas dimensões. Uma tangível e que é materializada através de um acidente, uma enfermidade, um roubo, a infertilidade, a má sorte, o insucesso profissional, a dificuldade em alcançar algo que se deseja ou a morte e outra intangível, ambivalente e subjetiva, resultado dos significados atribuídos aos acontecimentos, às relações sociais mantidas entre os pares, ao cumprimento das expectativas sociais do grupo e aos significados sobre os factos relatados, entre outros.

Chire, de Pinda para Mutarara e vice-versa. O Governador da Zambézia, Francisco Itai Meque, que se deslocou ao local, disse que foi informado de que é tradição, naquela família, as pessoas transformarem-se em animais, depois da morte. A Meque foi garantido que os anteriores régulos, já falecidos, se transformaram, também, em leões ou cobras, conforme a sua escolha". (Jornal A Verdade, 24.10.2011, Redação)

[198] A título exemplificativo, recordamo-nos do caso de um recém-formado técnico de saúde que foi destacado para uma aldeia muito remota, onde o centro de saúde estava fechado há vários meses. Num curto espaço de tempo, viu três vezes uma cobra: uma foi avistada dentro do centro de saúde onde trabalhava sozinho, outra dentro da sua latrina e, por fim, uma dentro da sua casa. A família ordenou-lhe que saísse daquela aldeia e ele passou a trabalhar no centro de saúde da sede distrital, uma vez que os parentes defendiam que os curandeiros daquela aldeia não queriam que ninguém prestasse cuidados de saúde (biomédicos), para assim terem o monopólio da área. Em termos institucionais, a alteração de um destacamento de um funcionário público devido à natureza destes argumentos implicou a realização de várias reuniões com os líderes locais, curandeiros e população, para se encontrar uma solução que, sem colocar a vida do funcionário em perigo, beneficiasse aqueles que não tinham acesso a cuidados biomédicos.

[199] Fisiy e Geschiere viriam a designar a "feitiçaria como o lado obscuro da linhagem" (1996: 197).

A declaração de que "esta situação se deve a feitiçaria" ocorre após a discussão das ocorrências, em que o que se disse e não se disse, o que se fez e não se fez, a linguagem corporal, as relações sociais mantidas entre as partes envolvidas e a relação daquele grupo com os seus antepassados são analisadas até à exaustão, para que daí possa emergir uma conclusão unânime e consensual. Como refere Passador: "Toda a ação que contenha um dado de imprevisibilidade, que denote uma quebra de ordens previstas, que insinue formas alternativas ou deslocadas em relação ao contexto reconhecido ou que aponte para uma independência e autonomia dos sujeitos em relação a seus pares e obrigações, pode vir a desencadear suspeitas de estar relacionada com a feitiçaria" (Passador, 2011: 169).

No decurso deste diagnóstico social que busca uma etiologia para a enfermidade ou infortúnio e, considerando a hipótese de ser um ato de feitiçaria, imediatamente se avalia o agente, a identidade que está na sua origem, "um quem", como refere Helgesson (1971 *apud* Passador, 2011: 42). Na incapacidade de determinado grupo aferir o causador do sortilégio ou para confirmar alguma suspeita, a consulta dos curandeiros[200] torna-se essencial e determinante.

Ж

Com o primeiro contacto entre os povos europeus e os povos indígenas do continente africano, asiático e americano e com o desenvolvimento das primeiras teorias evolucionistas de Charles Darwin, decalca-se o modelo naturalista para as sociedades e seus povos, onde aquelas são classificadas por ordem hierárquica[201]. Em 1937, Evans-Pritchard publica *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande* sublinhando a racionalidade do pensamento do povo *zande* e a sua lógica associada à feitiçaria. "(…) É de se esperar que uma caçada de um homem seja prejudicada por feiticeiros, mas ele dispõe de meios para os enfrentar. Quando surgem adversidades, o caçador não fica aterrorizado perante a ação de forças sobrenaturais, não fica apavorado pela presença de um inimigo oculto, fica sim

[200] A utilização do termo curandeiro, em relação à feitiçaria, deve-se, tão-somente, à aceitação de uma indefinição conceptual que foi encontrada, ao longo do trabalho de campo. Ainda que Honwana caracterize os curandeiros em três grupos − *nyanga*, *nyangarume* e *nyamusoro* (Honwana, 2002: 74), durante o nosso trabalho de campo, a sua utilização era subjetiva (aparentemente contraditória), de acordo com os significados atribuídos por cada interlocutor, muitas vezes recorrendo apenas à expressão *nyanga*. Ao longo do trabalho de campo, compreendi que esta indefinição conceptual permite a conjugação de múltiplas identidades, por parte do curandeiro (*nyanga*), porquanto não diferencia aqueles que "só trabalham com plantas", os que "trabalham com os espíritos", os feiticeiros e os "fazem tudo mas não matam", ou seja, permite-nos uma atitude de maior neutralidade e sem juízos, na medida em que, socialmente, os curandeiros são associados às forças ocultas e com efeitos negativos sobre outrem.

[201] Ver Edward Taylor, *Primitive Culture* (1871); Lewis Morgan, *Ancient Society* (1877); e, Levy-Bruhl, *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures* (1910).

aborrecido. (…) O que ele atribuiu à feitiçaria foi que, nessa ocasião em particular, apesar da cautela que sempre tem, bateu com o pé no tronco." (1978: 57-60). O feitiço é responsável pela coincidência e pelo acaso. Por que motivo é que determinado infortúnio ocorreu precisamente naquele dia, quando o indivíduo atuou do mesmo modo no dia anterior e nada aconteceu? Evans-Pritchard destaca, também, a lógica subjacente às noções místicas: " (…) são eminentemente coerentes, inter-relacionadas por uma teia de ligações lógicas e ordenadas de tal modo que nunca contradizem diretamente a experiência sensível – pelo contrário, a experiência parece justificá-las" (1978: 199).

Alguns fenómenos sociais, por vezes associados às práticas de feitiçaria e ao mundo invisível e oculto, têm chamado a atenção dos Estados e Organizações Não Governamentais quanto à sua atualidade e efeito nefasto sobre grupos mais vulneráveis, destacando-se o infanticídio, as crianças feiticeiras (Cimpric, 2010), os idosos acusados de feitiçaria bem como o tráfico de órgãos e seres humanos (com especial ênfase para as crianças albinas). A emergência ou reemergência do discurso público sobre a feitiçaria é um aspeto incontornável da África pós-colonial e os seus significados serão, de seguida, analisados.

A feitiçaria e as "doenças da tradição" remetem-nos para uma cultura ancestral, em que as populações viviam mais isoladas, com pouca mobilidade, sem acesso a cuidados de saúde biomédicos e livres dos filtros e elementos aglutinadores do contacto com as igrejas missionárias. A chegada do estrangeiro, detentor, simultaneamente, de uma "missão civilizadora" e da biomedicina, obriga os provedores de cuidados de saúde da medicina tradicional e a comunidade em geral, a múltiplas negociações, devido à difusão de novos conhecimento e práticas.

A valorização da "tradição", no sul de Moçambique, não é algo exclusivo das áreas rurais e da população menos escolarizada. Ela afirma-se, com maior visibilidade, em contexto urbano e atrai o interesse de indivíduos com perfis diversificados. Os curandeiros não são atores descontextualizados do momento presente, nem os "fósseis" de um passado ancestral sem continuidade no presente. Como refere Moore e Sanders, "(…) *Once we admit to multiple modernities, to the idea that progress, development and modernity are multiplex, undecidable and contextually specific, there are no reason to suppose that the occult should vanish*" (2001: 19). O *modus operandi* de curar "doenças da tradição" e feitiçaria, de promover esses serviços e de contactar doentes está a ser moldado pelo momento presente, em que há um amplo uso dos telemóveis, existe uma maior mobilidade e as práticas de outrora têm vindo a ser reconfiguradas.

A realidade evidencia sinais de que a medicina tradicional se adapta aos desafios da contemporaneidade e os curandeiros que, outrora, viveriam toda a sua vida numa só aldeia, tornaram-se trabalhadores flexíveis, com elevada mobilidade e permeáveis à mudança. A grande maioria dos que foram entrevistados repartiam a sua residência entre Chókwè e a África do Sul, aproveitando a extensa rede de familiares e conhecidos emigrados nesse país vizinho, para promoverem os seus serviços (angariar clientes), garantir alojamento durante a sua estadia e facilitar algumas questões logísticas.

Esta crescente mobilidade dos curandeiros, verificada entre as várias províncias de Moçambique, reconfigura as relações interpessoais e gera novos conflitos e oportunidades no seio familiar de origem. Como refere Appadurai: "(…) *to say that globalization is about a world of things in motion somewhat understates the point. That various flows we see – of objects, persons, images and discourses – are not coeval, convergent, isomorphic, or spatially consistent. They are in what I have elsewhere called relations of disjuncture. By this I mean that the paths or vectors taken by these kinds of things have different speeds, axes, points of origin and termination, and varied relationships to institutional structures in different regions, nations, or societies. Further these disjunctures themselves precipitate various kinds of problems and frictions in different local situations* (2000: 5).

Tal como foi apresentado no capítulo IV, foi desde o período colonial que a proximidade e busca de oportunidades de trabalho na África do Sul criaram novas oportunidades para os moçambicanos. Atualmente, muitos dos emigrantes recorrem à medicina tradicional dos curandeiros, para terem sorte e proteção no seu trabalho, "encontrarem um bom patrão branco" e "assaltarem carros[202], casas e pessoas, sem serem presos". Michael Taussig, na sua etnografia, realizada junto dos mineiros da Bolívia, ajuda-nos a compreender a importância e o aspeto central dos rituais de proteção para um grupo profissional sem outros meios de subsistência: "(…) *Peasants own their means of production, miners do not. Peasants control the organization of work, miners are in constant conflict with managers over job control and wage levels. Peasants combine production for subsistence with some sale of produce, miners are totally dependent on the labor market" (*Taussig, 1980: 223). Em termos comparativos, todos aqueles que arriscam procurar o seu sustento e sobrevivência, nos centros urbanos sul-africanos e nas minas, qualquer que seja a atividade desempenhada, sabem que ela depende, diretamente, do seu trabalho, num local onde não há um espaço

[202] Se, no passado, Chókwè conservava a imagem de ter sido o celeiro de Moçambique, na atualidade, é, também, conhecida como uma das cidades que vende carros roubados na África do Sul ("carros quentes"), que entram pela fronteira a norte da província de Gaza. Semanalmente, era possível ver carros topo de gama a circularem pelas estradas empoeiradas da cidade.

de cultivo e as redes de solidariedade, ainda que existentes, são mais porosas e limitadas. As múltiplas incertezas associadas à migração proporcionam a busca de proteção dos antepassados, tendo os curandeiros um papel ímpar, nesta conjuntura, assim como no sanar de enfermidades e na administração de plantas medicinais.

> *" (…) Tenho mais pessoas, agora, principalmente quando me desloco para a África do Sul. Uns querem ter sorte no emprego, outros para vender nas suas barracas. Aí faço um bom dinheiro. O que tenho tratado muito, lá, são os casos em que a pessoa quer roubar sem ser apanhado. Terem sorte na venda dos seus produtos, como nas barracas e salões. Lá, trabalho com várias pessoas, não só com moçambicanos, também com sul-africanos, com várias pessoas de outros países. Basta saber que estou lá e aí aparece muita gente e sou muito famoso." (#100, curandeiro, Cumba)*

A história de Felicidade[203] é elucidativa da transformação das relações sociais decorrentes das dinâmicas da atualidade quer conferindo um maior poder de negociação no seio familiar, consequência da emancipação económica, quer adaptando práticas ancestrais utilizadas pelos curandeiros a uma nova lógica de mercado, mais flexível e dinâmica.

Os locais habituais de recolha de plantas e raízes alteram-se, os instrumentos e meios envolventes adaptam-se à realidade urbana sul-africana, o contacto com clientes/doentes de outras nacionalidades requer a aprendizagem de novas línguas e o massificado uso de telemóveis reconfigura o contacto curandeiro/cliente, sendo que quem vai ao encontro do cliente é o curandeiro.

A proximidade da África do Sul cria novas oportunidades de negócio e meios de subsistência, e a medicina tradicional complementa esse bem-estar. Em 2001, a Organização Mundial de Saúde declarava que, na África do Sul, existiam 200 000 curandeiros, a par dos 27 000 médicos alopáticos, e que, no mercado de Durban, anualmente, se comercializavam 1 500 toneladas de medicamentos tradicionais (OMS, 2001: 33). Recentemente uma notícia referia que o mercado da medicina tradicional

[203] Chamemos-lhe Felicidade. É curandeira numa aldeia do distrito de Chókwè, casada e com vários filhos. Ao longo da entrevista, quando a questionávamos sobre assuntos da atualidade da sua aldeia, dava-nos respostas vagas. Só mais tarde, referiu que passa grande parte do seu tempo na África do Sul a trabalhar como curandeira. Há alguns anos, esta realidade levou-a a sugerir ao marido que procurassem uma segunda esposa, uma vez que os seus prolongados períodos de ausência na África do Sul não permitiam um acompanhamento constante nem do trabalho agrícola , nem dos filhos, nem sequer da preparação das refeições. O marido concordou, e coube a esta curandeira a escolha da segunda mulher, assim como o pagamento do *lobolo* à família dela. Neste momento, afirma poder dedicar-se mais às suas atividades de curandeira e aos trabalhos fisicamente mais exigentes, na medida em que as obrigações para com o marido cabem à segunda esposa. No final da entrevista, esta curandeira fez questão de ir connosco a uma pequena loja, onde todas nós bebemos um refrigerante e comemos bolachas, evidenciando, assim, a sua capacidade económica e o à-vontade em frequentar espaços de predominante presença masculina.

movimenta anualmente cerca de 223 milhões de euros, num país onde 37 milhões de sul-africanos (cerca de 70%) recorrem a plantas medicinais[204].

As múltiplas modernidades, caracterizadas por fluxos rápidos de informação, consumos, pessoas, reconfiguração e negociação constante das identidades individuais e coletivas, mediada com os vivos e com os espíritos ancestrais, coloca a atividade do curandeiro em constante mutação, em que é determinante ir ao encontro das necessidades e dos problemas dos clientes.

- **Feitiçaria: que significados?**

A feitiçaria é um fenómeno dinâmico, plural quanto aos grupos sociais que atrai e resulta de um conflito entre as partes, caso haja uma mediação feita por um curandeiro ou haja consenso no grupo social. Questiona-se, assim, quais as suas funções e de que forma elas foram reconfiguradas, nas últimas décadas. Dada a ancestralidade da feitiçaria, não será possível analisar as sua funcionalidade, no passado.

Moore e Sanders defendem que a feitiçaria é um " (…) conjunto de discursos sobre a moralidade, sociabilidade e humanidade, distanciando-se de crenças irracionais e apresentando-se como uma forma de consciência histórica, uma espécie de diagnóstico social" (2001: 20). Geschiere adota uma posição mais crítica e refere que a feitiçaria é "um indicador, finamente calibrado, das forças culturais e económicas globais nas relações locais, nas perceções sobre os mercados e o dinheiro e, ainda, na abstração e alienação dos valores e significados "indígenas" (Geschiere, 1997: 223). 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, que consideram a feitiçaria contemporânea como uma manifestação moderna da incerteza, uma inquietação moral e uma recompensa e aspiração desiguais no momento atual (Comaroff, 1985: 3)[205].

[204] IOL, "*Traditional medicine worth billions*" 29 de Janeiro de 2013 (consultado dia 29 de Janeiro de 2013).

[205] Durante a minha estadia em Moçambique e, especialmente, durante o trabalho de campo, recolhi inúmeras ocorrências diagnosticadas, socialmente, como sendo feitiçaria Todas elas tinham uma estrutura comum: alguém ou uma determinada família ou linhagem, que reconhecia ter bem-estar social e/ou sucesso profissional (normalmente associado a algum desafogo económico), progressivamente ou de modo súbito, através da enfermidade (por vezes prolongada), morte, acidente, ou algum reconhecido infortúnio, considerava estar a ser vítima de feitiçaria e perdia todos os bens ou sucesso.

"Quando eu regressei da África do Sul, porque era mineiro, passei muito mal[206]*. Uma das vezes fui a Maputo com uma carrinha de caixa aberta e, quando cheguei a Matalane, saiu um lume da cabine, abri os vidros e o carro subiu a montanha. Mas eu sobrevivi. Eu fiquei muito chateado e entreguei a carrinha, em '88. Passei a andar de motorizada. Depois houve problemas com a motorizada e entreguei, também, a motorizada. Passei a andar a pé. Quando veem que já não tens nada, já não te perseguem. Quando veem que tens algo, sempre querem que vás correr ao curandeiro. Em vez de ir correr para o curandeiro, eu entreguei o carro e a motorizada." (#127, pastor, 5º bairro da cidade de Chókwè)*

"A Maria ligou-me esta manhã referindo que precisava de ir a Maputo, porque a sua irmã tinha sido mordida por uma cobra. « Como é que uma cobra entra numa casa de alvenaria, sobe um beliche e decide morder a minha irmã, mesmo no pescoço? Isto só pode ser feitiçaria! »" (Diário de Campo, 20 de Março 2012).

"(…) Nesses casos de feitiçaria, tem a ver com o ódio à pessoa. Pode enterrar remédio em sua casa ou pode ser por outras doenças. Principalmente, aqui na minha casa, as pessoas não gostam do que eu faço, os meus filhos fazem muitas coisas boas e as pessoas não gostam deles. Eu já produzi um avião. Uma vez aconteceu comigo que as pessoas vieram enterrar remédio aqui na minha casa. Eu estava na África do Sul e soube que alguma coisa de mal aconteceu. Fui a outros curandeiros pedir ajuda. O meu remédio não ia funcionar e quando regresso a casa a minha unha do dedo do pé saiu. (…) O que tinha acontecido na minha casa era muito forte, mais forte do que eu sei fazer para os outros, então fui pedir ajuda." (#100, curandeiro, Cumba)

As histórias pessoais sobre feitiçaria têm uma estrutura narrativa comum e procuram inverter o estatuto económico 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: 95; Fisiy e Geschiere, 2001: 227), na medida em que a acumulação é sempre considerada um ato individualista ("comer sozinho"), em que o sucesso de uns implica danos sobre os restantes[207]. Kamat, também, destaca, referindo-se à Tanzânia, que a transição do socialismo para um neoliberalismo ocidental conduziu à erosão da coesão social, a nível comunitário, quebrou redes sociais de apoio e limitou o acesso aos cuidados de saúde tendo, de um modo geral, tornado o modo de vida das populações mais difícil, em que o dinheiro assume um papel central nas relações interpessoais (Kamat, 2013: 29-30).

Citando Fisiy e Geschiere: "Em muitas sociedades africanas, a tensão entre a linhagem, o controlo comunitário e a busca de autonomia individual parecem ser um motivo antigo. Mas, com as novas oportunidades de enriquecimento de alguns e o rápido empobrecimento de muitos nos dias pós-coloniais, destaca-se ainda mais esta tensão (Fisiy e Geschiere, 1996: 211). Apesar da sua adaptabilidade à modernidade, considera-se que a feitiçaria é uma manifestação de resistência e oposição a um sistema de acumulação que desvaloriza as lealdades, as obrigações e as hierarquias de uma determinada sociedade, em que um

[206] Relatos semelhantes sobre os mineiros moçambicanos vítimas de roubos/feitiçaria, também, podem ser encontrados em Pfeiffer (2005: 268).
[207] Ver subcapítulo 7.5 sobre os discursos sobre os curandeiros.

indivíduo é mais considerado enquanto componente do grupo e menos como parte autónoma e independente.

Relativamente à sociedade *Ndau,* no centro de Moçambique, Florêncio refere: "(…) A feitiçaria detém, pois, um lugar social ambivalente e ambíguo. Ela possibilita, por um lado a acumulação individual (económica, política, de estatuto), ao mesmo tempo que evita que ela atinja foros excessivos. A feitiçaria funciona como um mecanismo de regulação da diferenciação social e, nesse sentido, também o é da reprodução social" (Florêncio, 2005: 122). Uma acumulação ilegítima ou o incumprimento das obrigações sociais do grupo alteram o equilíbrio e a ordem social. No entanto, destaca-se um sentimento geral de fatalismo, incapacidade e impotência face ao outro que está na origem do feitiço e a imprevisibilidade em relação ao futuro, na medida em que todos estão sujeitos à aleatoriedade dos sortilégios.

A feitiçaria, ainda que se manifeste através de um conjunto de maleitas, gera vítimas em vez de doentes (Frankenberg, 1993: 227). Ou seja, a descrição etiológica que determina a categoria de enfermidade, mesmo recorrendo aos cuidados biomédicos, emerge de um sentimento de vitimização − alguém alvo de dano −, situação que não se verifica no discurso dos interlocutores que categorizam os seus problemas de saúde como "doença do hospital" e, em menor grau, como "doença da tradição".

A identificação e categorização destes três tipos de enfermidades permite-nos aceder às estruturas e hierarquias de recurso (*hierarchies of resort*), que orientam o processo de procura de cuidados de saúde e sustentam as decisões dos indivíduos e grupos. Segundo Kleinman: "(…) *Those frameworks define which health problems are most important, feared, and required most immediate action*" (1980: 80). A definição e atualização destes patamares não dependem, apenas, do encontro médico mas também dos significados que os grupos atribuem aos eventos de enfermidade/infortúnio, da construção social da doença e da saúde, em articulação com os vários atores e fatores políticos, económicos, ambientais e económicos que possam reconfigurar os fenómenos.

Em suma, as categorizações como "doença do hospital", "doença da tradição" ou feitiçaria, decorrem numa teia de relações sociais e narrativas, em que Kleinman destaca a discrepância das verbalizações dos doentes, familiares e provedores de cuidados, como resultado das suas crenças sobre enfermidade e cuidados de saúde, incorporados no seu sistema de conhecimentos pessoais (Kleinman, 1980: 99,190-191). A disparidade de narrações refletir-se-á nos itinerários terapêuticos e nos dilemas afetos à sua escolha.

Nessa definição e atualização, os *tinyanga,* provedores tradicionais de cuidados de saúde, surgem como principais agentes da construção social da doença e da reformulação cosmológica dos saberes. Mas, tal como foi anteriormente exposto, a reestruturação e constante configuração da doença são partilhadas pelos doentes, vítimas e sociedade envolvente. Num sentido mais amplo, as aflições e enfermidades são oportunidades de questionamento das cosmologias e papéis sociais adquiridos, que os atores sociais reformulam, ao longo dos seus itinerários terapêuticos.

6.6 Terminologias e interpretações locais da doença da malária

> "While economic considerations are certainly important in treatment decision making, they are mediated by several other crucial factors: cultural knowledge, past experience with the illness, perceived severity of the illness, perceived efficacy of the medications offered at government health facilities, and the micropolitics of communications about illness diagnosis and therapy management at government health facilities". (Kamat, 2013: 101)

Na sociedade de Chókwè, 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. A experiência pessoal de dor de cabeça ou de dor de barriga não deve ser decalcada para este contexto, na medida em que a etiologia atribuída condiciona a experiência de enfermidade, agravando-a, ou não, e, ainda, porque a tolerância ao sofrimento varia de pessoa para pessoa. Paralelamente, a partilha de símbolos linguísticos, dificilmente, nos remete para a partilha dos seus significados. Recorrendo à etnometodologia e ao legado de Garfinkel, a indexicalidade 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: 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 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 secondhand episodes are integrated with those the person has directly experienced and become part of his or her current script concerning illness" (Price, 1987: 313 *apud* Kamat, 2013: 82). Este 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.

As diferentes terminologias e a descrição dos seus sintomas e sinais reforçam a complexidade da análise dos fenómenos de saúde e doença, assim como as intervenções de saúde pública promovidas pelas instituições biomédicas. O termo *malária* 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 contacto mais próximo com as instituições biomédicas, no período pós-independência, como os militares, os funcionários públicos, os voluntários da Cruz Vermelha moçambicana, entre outros elementos das aldeias com maior ligação à Administração do distrito. Segundo os meus entrevistados, a vulgarização do termo malária 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 ONG de ajuda humanitária. Estas 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 VIH/SIDA – 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.

Na integração e tradução do novo conhecimento e terminologias biomédicas para a cosmovisão local sobre a saúde e a doença, procurou-se encontrar uma equivalência terminológica que, todavia, se demonstrou insuficiente e desadequada, face à complexidade dos sintomas da malária, no conhecimento local.

Recordando o anteriormente exposto sobre a sintomatologia da malária numa perspetiva biomédica (subcapítulo 2.2), esta patologia, na sua forma moderada, manifesta-se através de febre (temperatura axilar superior a 37,5°C), dores de cabeça, dores nas articulações, vómitos, anemia, tosse, sensação de fraqueza, cansaço e diarreia. Na sua expressão mais gravosa, assistimos a febre (temperatura axilar superior a 39,5°C, que pode originar convulsões), cansaço extremo, sonolência, pulso fraco, dificuldade em respirar e insuficiência renal. A malária cerebral é considerada uma forma grave desta patologia,

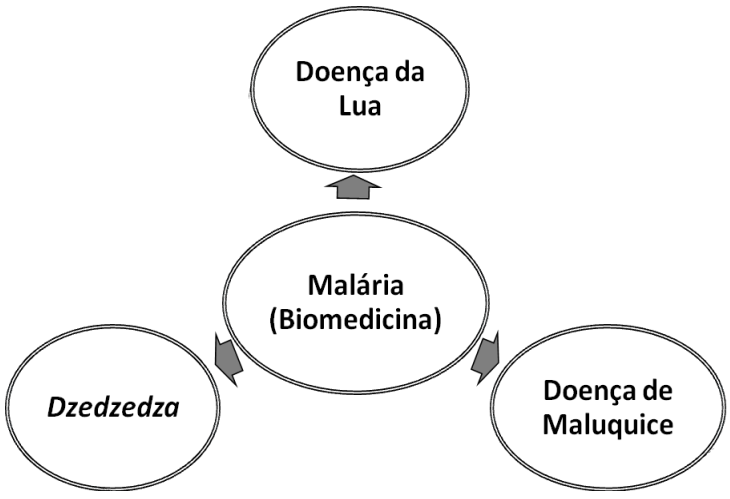
caracterizando-se pela alteração do comportamento, pela ocorrência de episódios de convulsões e, num estado mais agravado, o coma.

De seguida, serão apresentadas as terminologias e significados utilizados nos dois sistemas terapêuticos (biomédico e local) para a malária e como essa tentativa se torna tão complexa e multifacetada.

Quando os interlocutores foram questionados sobre a existência, ou não, da *malária* "naquele tempo[208]", as respostas dividiram-se entre aqueles que consideravam que, no passado, não havia *malária* e aqueles que, referiam que a *dzedzedza*[209] − terminologia local − sempre existiu. Esta designação tradicional tinha sido, posteriormente, substituída por *malária*, ocorrendo, assim, uma alteração dos termos[210].

Não existe, na bibliografia disponível, uma explicação sobre esta alteração de terminologia, 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 sinónimos. Como vimos anteriormente, em termos biomédicos esta associação em crianças nem sempre é evidente.

Figura 6.3 - 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

[208] Expressão utilizada aludir a um passado remoto, pré-colonial e colonial.
[209] *Dzedzedza* refere-se à febre, sensação de aquecimento do corpo. Em *xiChangana,* este termo é considerado uma onomatopeia associada aos tremores de frio durante a febre.
[210] Ver também Pool *et al.* (2006: 1672).

pacientes, a extrapolação da *malária* para outras enfermidades, consideradas "da tradição", gera incerteza na determinação da etiologia, devido aos episódios de convulsões, e, consequentemente, a indefinição do provedor a que recorrer.

> *" (…) A malária tem várias formas de aparecer, como por exemplo, nas crianças a doença da lua." (#16, homem, Lionde)*
>
> *" (…) Quando uma criança assusta, subiu a malária até à cabeça… malária cerebral, convulsões. Há outra doença que ataca muito as crianças e que não é malária. Então, há muita confusão com isso e as pessoas basta ver isso e pensam que é doença da lua e não vão ao hospital, enquanto é malária." (#146, homem, 5º bairro da cidade de Chókwè)*
>
> *" (…) Na altura chamávamos de doença da lua e, atualmente, quando se toma remédio tradicional não se fica melhor, mas quando toma comprimidos da malária fica melhor." (#139, grupo focal, Macunene)*

Na perspetiva biomédica, as convulsões surgem, quando estamos perante um episódio de febres altas (convulsão febril), malária cerebral, epilepsia e meningite. De acordo com a cosmovisão local, as convulsões e a sua manifestação violenta − contração brusca e involuntária dos músculos − remetem para várias etiologias que, segundo Guiliche (2002), se podem dividir em: *kutsivelela*, a falta da cerimónia de receção das crianças recém-nascidas na família (apresentação aos vivos e mortos da linhagem patrilinear), *kuphalha,* um castigo dos antepassados decorrente da falta de cerimónia familiar ou desacordo em relação à atribuição de um nome a uma criança e, ainda, *kuthankiwa*, sanção social devido à prática de roubo, de adultério ou assassinato (2002: 49). Na investigação qualitativa, realizada em Chókwè, foram registados relatos de se colocarem as crianças, durante a convulsão, sobre as cinzas da fogueira onde se cozinha, de modo a evitar o contacto com a sua urina e fezes, que transmitem as convulsões (Bingham et al., 2012: 5), que são, localmente, interpretadas como pertencendo à esfera de intervenção dos curandeiros (Baume *et al.*, 2000: 1498-1499; Okeke e Okeibunor, 2010: 65-66). Tal facto será apresentado ao longo desta investigação.

A "doença da lua" foi, frequentemente, referida e surge, por norma, associada às crianças (Bingham *et al.*, 2012: 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". *Nyokani* é a palavra, em *xiChangana,* que se refere a uma cobra[211] (também utilizado como sinónimo de lombrigas) e acredita-se que é o agente

[211] Sobre a associação das convulsões a causas sobrenaturais, Bonnet, relativamente ao paludismo no Burkina Faso, refere as convulsões como "doença do pássaro" (Bonnet, 1986: 44). Muela, 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 (Muela, 2000: 70; Kamat, 2013: 108).

causador da “doença da lua”, localizando-se no tubo digestivo, a partir do qual pode afetar outras partes do corpo (Straus *et al.*, 2011: 6). Quando a *nyokani* é incomodada, as suas manifestações ocorrem na pessoa, estando as convulsões relacionadas com as fases da lua (Edward, 2007: 5). Na medida em que não é considerada uma “doença do hospital”, o tratamento preventivo (*dlanyoka*) só pode ser obtido através de *nyanga* ou de familiares mais velhos.

Dlanyoka é composto por um leite feito a partir de várias folhas verdes esmagadas, que são ingeridas na aurora e ao pôr-do-sol, pelos recém-nascidos, nos primeiros meses de vida. Dada a extensão desta prática por todo o país, o Ministério da Saúde incluiu, na sua campanha sobre amamentação exclusiva até aos 6 meses, uma referência sobre a administração de remédios tradicionais a recém-nascidos.

> *“ (…) O curandeiro tem curado doença da lua, e esta doença manifesta-se de duas formas: às vezes a criança fica inchada, às vezes cai e desmaia.” (#188, mulher, Manjangue)*
>
> *“ (…) Outra coisa frequente é as pessoas aparecerem para ter sorte e a doença da lua nas crianças, uma criança que está a comer e cai e começa a ter convulsões. (Dá o exemplo de um jovem que se encontrava presente) Pensávamos que era doença da lua, mas é malária cerebral. Foi ao hospital e disseram que tinha malária cerebral e deram comprimidos.” (#6, curandeira, 4º bairro da cidade de Chókwè)*
>
> *“ (…) (sobre a doença da lua) Isto acontece por causa da mãe que, quando o bebé nasce, no 2º dia, deve dar o remédio tradicional ao seu bebé, para curar logo isto. Quando deixa a criança crescer, dos 10 aos 12 anos, é mais complicado e, quando começa a doença, complica ainda mais. (…) A outra malária (não grave) é pilar algumas raízes e outras raízes fervo. (…) Curo a malária, mas quando não é grave.” (#17, curandeiro, Lionde)*

Segundo os provedores biomédicos que foram contactados, a sobreposição entre a “doença da lua” 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 junto de um *nyanga*, e só, posteriormente, recorrem ao centro de saúde. Confirmada a malária cerebral, este atraso pode implicar lesões cerebrais, situações de anemia grave e, em casos mais drásticos, a morte.

Para além da receção tardia de cuidados de saúde, os próprios técnicos sanitários referiram que é necessário esperar algumas horas, antes de se administrarem os antimaláricos, as transfusões de sangue ou outras terapêuticas, devido à ação dos remédios tradicionais, nos pacientes. 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, os curandeiros advogam que a utilização de seringas antes do tratamento da *degedege* (pelo curandeiro), aquando de um episódio de malária, pode ter consequências fatais para o doente que recorre aos cuidados biomédicos (2007: 89).

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 vaga. A "doença da lua", a *degedege* ou outras enfermidades de terminologia biomédica, tais como a convulsão febril, a meningite, a epilepsia e a malária cerebral, que partilham o sinal exterior da convulsão, 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 e 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 perceções locais sobre as convulsões são mais complexas e profundas que uma mera substituição de terminologias[212].

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", normalmente associada a um discurso sem sentido e ofensivo para os presentes.

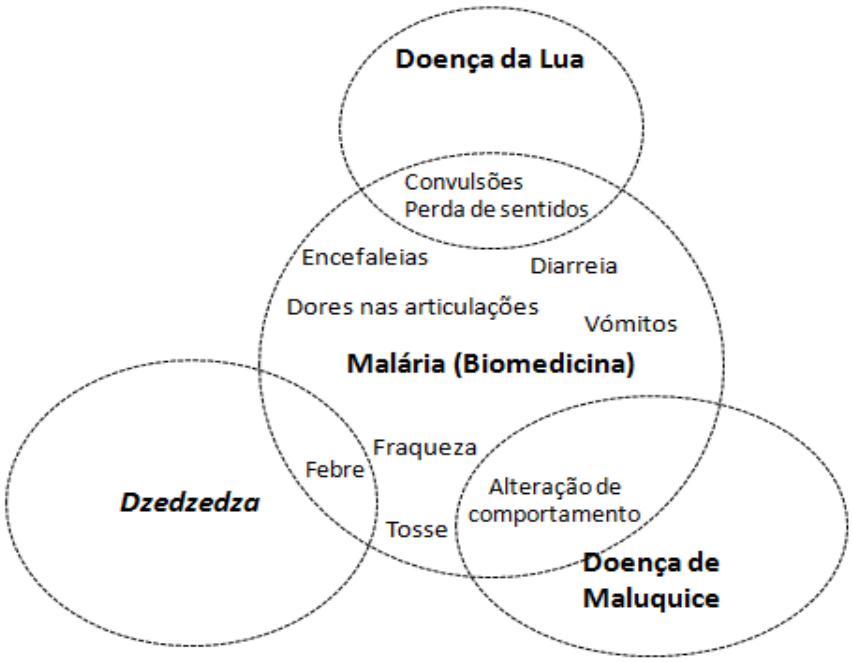
> " (…) *Mas, nos dias de hoje, quando uma pessoa tem malária, e for grave, parece um maluco, fala coisas sem sentido e se for uma criança tem muitas convulsões, até parece doença da lua, enquanto é malária. Na altura, quando apresentava sinais de maluquice, realmente a pessoa estava maluca. Enquanto, nos dias de hoje esses sinais são de malária.*" (#122, pastor, Xilembene)
>
> *" (…) Há a doença em que a pessoa fica maluco, levo a pessoa para o mato, amarro a pessoa com corrente e dou remédio. E a pessoa começa a deitar muita saliva da boca. Esta doença parece malária, mas não é. Para eu descobrir que não é malária, primeiro faço uma consulta e aí as pedras é que me vão dizer se, realmente, a pessoa tem malária ou não." (#112, curandeiro, Maloluane)*
>
> *" (…) Malária é muito difícil. Isto é, existe uma malária em que a pessoa gira a cabeça, quando está muito quente. A malária tem várias formas de atuar e, nesse caso, arranjo comprimidos, aqui perto. Com raízes, isso não passa e parece tornar-se mais difícil. Então, dou um banho, porque pode chegar lá não acusar nada, por ter maus espíritos no organismo." (#59, curandeira, Zuza)*
>
> *" (…) Há uma senhora que apareceu aqui, hoje, com uma criança com febre – é uma das que positivou[213]. A criança já estava, há três dias, com febre e começou a tomar medicamento tradicional ontem. Só que hoje quando pergunto se hoje tomou, ela diz que não. Ainda não tinha tomado. Não é fácil. E quando as crianças têm aquela coisa que febres altas e depois fazem convulsões, a primeira coisa que eles dão é sempre medicamento tradicional, porque colhem essa informação de que existe uma planta tradicional que se chama tal e que faz desaparecer. Eles pensam que é um fenómeno ou é uma coisa da lua (…) Só quando veem que a criança não está a recuperar é quando trazem ao hospital." (#124, provedor biomédico)*

[212] Ver Nichter sobre a introdução de novos conhecimentos e práticas nas campanhas de saúde e o seu impacto no saber e práticas locais (2008: 44).
[213] Obteve resultado positivo depois de fazer o TDR.

Quer a biomedicina quer a medicina tradicional referem, também, tratar de forma individualizada os restantes sinais e sintomas que podem surgir num quadro de malária (diagnosticada pela biomedicina). Eles são evidentes na figura 6.4.

Em suma, a Figura 6.4 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 a um maior contacto com a biomedicina, resultante da progressiva expansão dos serviços biomédicos e da calamidade natural que afetou Moçambique, no ano 2000.

Figura 6.4 - Partilha de sinais e sintomas entre as várias etnodoenças e a malária



A nível local, a identificação da *malária* pela presença de um ou vários dos sinais e sintomas descritos torna-se complexa, porque esta terminologia foi recentemente integrada no léxico local e, além disso, partilha os sinais e sintomas com outras três etnodoenças e com outras enfermidades biomédicas.

Síntese

A tradução da experiência da doença, a nível individual e societal, afirma-se como única e transmissível entre os membros de uma comunidade. No entanto, as vivências comuns, a

comunicação simbólica, a partilha da História e o código linguístico permitem-nos encontrar algumas semelhanças nos significados e práticas realizadas. É nessa partilha e nas relações sociais estabelecidas entre os membros − os seus discursos, os seus silêncios e as suas ações (quebra de um tabu, o não cumprimento de medidas de higiene consideradas importantes ou a realização de cerimónias aos seus antepassados) − que emergem as etiologias das enfermidades e, consequentemente, a decisão do provedor a que recorrer.

Como refere um praticante ayurveda, citado por Nichter: "*You cannot just treat diseases, you have to treat bodies, and you cannot just treat bodies unless you understand the lives bodies have become accustomed to living*" (Nichter, 2008: 25). É a vida dos corpos, que vai para além dos cânones biomédicos e de um conjunto de sintomas, que faz parte da matriz partilhada pela sociedade de Chókwè e pelos seus provedores etnomédicos, num momento de elevados fluxos de informação e mobilidade.

A existência de vários atores que transmitem informação sobre saúde, a elevada mobilidade dos indivíduos para as grandes urbes, associadas à constante mudança operadas pelos próprios provedores (atualização dos protocolos, tratamentos, políticas biomédicas, novos meios de atrair outros clientes e crentes, por parte do *tinyanga* e pastores de igrejas, respetivamente), interligadas, ainda, com fatores estruturais do próprio distrito e país, tornam os comportamentos e conhecimentos dos indivíduos mais disputados, imprevisíveis, reativos e com centros de decisão partilhados e dispersos. Como refere Nichter, torna-se mais frequente o surgir de ideias híbridas e reinterpretações dos conceitos biomédicos, de modo a serem compreendidos à luz da cosmologia local (Nichter, 2008: 45-46).

CAPITULO VII Provedores tradicionais de cuidados de saúde: os *tinyanga*

Os *tinyanga,* enquanto membros integrantes da população de Moçambique, foram o primeiro provedor de cuidados de saúde. Atualmente, a sociedade moçambicana recorre a diversas abordagens terapêuticas para fazer face às enfermidades e infortúnios, e os *tinyanga* continuam a ter um papel central nas crenças e práticas curativas. Ao contrário dos profissionais da medicina alopática, que adquirem os seus conhecimentos através de uma educação e formação de base científica, os *tinyanga* possuem poderes e conhecimentos sobre cura de enfermidades, que são mediados pelos seus antepassados, com quem entram em contacto na esfera espiritual, sendo esse um elemento fundamental da sua prática terapêutica.

Na presente investigação, procurou-se conhecer as histórias de vida de curandeiros e curandeiras, os motivos e factos que os levaram a seguir a profissão, ou vocação imposta, como refere Granjo (2010) bem como as repercussões que essa opção teve nas suas vidas.

Tal como foi apresentado no capítulo sobre a metodologia, a seleção dos provedores a serem entrevistados teve várias abordagens, de acordo com o contexto em que nos encontrávamos. Por vezes, eram os líderes comunitários que nos indicavam uma lista de nomes e o respetivo número do bairro onde viviam (amostragem intencional). Noutros momentos, seguíamos a recomendação de um dos que acabáramos de entrevistar (amostragem por bola de neve) e, sempre que constatávamos sinais exteriores[214] da presença de um praticante (amostragem aleatória), entrávamos no seu "quintal"[215]. A seleção dos curandeiros não pressupunha nenhuns critérios sociodemográficos. A visita às suas casas estava sempre dependente da sua presença e da vontade de nos receber. Durante o trabalho de campo, apenas um curandeiro, estando em casa e com disponibilidade para nos atender, recusou conversar connosco.

[214] Após muitas horas a caminhar dentro das aldeias aprendemos a identificar vários sinais que caracterizavam o domicílio dos curandeiros: tambores, exposição de capulanas distintivas destes profissionais, tecidos de cor branca e vermelha, bancas de madeira elevadas com raízes, plantas expostas ao sol, bandeiras vermelhas ou pretas, som de tambores e apitos, danças características, as *ndhumbha* (palhotas dos espíritos), pele seca de animais ou um pequeno arbusto enterrado no meio de um quintal, sinal que ali fora enterrado o remédio tradicional de proteção utilizado pelos tinyanga – *pandza*.

[215] Termo local utilizado para referir o conjunto de familiares que vivem no mesmo talhão de terra. Na sociedade de Chókwè, vigora, predominantemente, o regime patrilocal, onde podem convergir outros familiares que, por conveniência, precisem de alojamento.

7.1 O Perfil dos *Tinyanga*

Dos quarenta e quatro curandeiros entrevistados 29 eram mulheres, um resultado que, também, reflete a população maioritariamente feminina que caracteriza o distrito de Chókwè − 43% de taxa de masculinidade (MAE, 2005: 2), consequência de uma elevada emigração de homens para a África do Sul. Honwana refere que as mulheres, conhecidas por *nyamusoro,* são as principais praticantes da medicina tradicional (2002: 33). Passador atribui-lhes um papel de destaque na integração e manutenção de uma ordem social desejável (2011: 182). Determinar que existe uma prevalência dos *tinyanga*-mulheres não só é impossível face à composição da população acima referida mas também por não termos feito nenhum levantamento exaustivo dos *tinyanga* existentes, registados ou não, nas associações profissionais como a AMETRAMO[216], PROMETRA[217] ou AERMO[218].

Quanto às filiação religiosa, no momento em que a entrevista foi realizada, a maioria dos curandeiros declarou "não ir à igreja/não rezar", ainda que alguns o possam ter feito antes de iniciarem a formação. Estes dados contrastam, em grande medida, com o perfil dos *tinyanga* do estudo de Gessler *et al.*, em que a grande maioria pertencia a uma congregação religiosa (Gessler *et al.*, 1995: 121). O catolicismo é apontado como a fé com maior número de adeptos por parte dos curandeiros com quem conversámos, devido ao fraco controlo social e à tolerância que existe nesta igreja, congregando, também, grande variedade de pessoas[219]. Este dado será muito relevante para, mais adiante, analisarmos a relação entre os curandeiros, líderes religiosos e restante população que se declara como pertencente a um qualquer culto religioso. Quanto à distribuição da religião praticada pelos *nyanga*, constata-se um equilíbrio entre os homens/mulheres que seguem uma qualquer doutrina e os que não o fazem, tal como é possível observar no anexo 7, quadro A7.2.

Quanto ao nível de escolaridade formal dos curandeiros entrevistados é possível concluir que não existe uma diferença significativa entre eles (48% com nenhum grau de escolaridade) e a amostra de homens e mulheres que foram entrevistados[220].

[216] Associação de Médicos Tradicionais.
[217] Promoção das Medicinas Tradicionais.
[218] Associação dos Ervanários de Moçambique.
[219] Ver também Peter Fry (2000).
[220] Ver anexo 7, quadro A7.1.

Quadro 7.1 - Religião praticada pelos curandeiros, no momento da entrevista

Categorias	Frequência
Sem Religião	29
Católica	10
Protestante Estabelecida	2
Igreja Pentecostal	2
Total	43
Missing[221]	1
Subtotal	44
Total	44

O processo de formação do praticante é baseado na transmissão oral, sendo essa capacitação da responsabilidade do *nyanga*-pai ou *nyanga*-mãe[222], que ensinam os seus aprendizes a interpretar o *tinholo*[223] ou outro meio de adivinhação, a escolher e coletar as plantas e raízes, a realizar cerimónias, a preparar e administrar as terapêuticas tradicionais, entre tantas outras atividades. Esta formação oral e baseada na experiência minimiza a importância de saber ler e escrever. Aliás, este processo de aprendizagem reforça os laços com a tradição e a ancestralidade e remete-nos para o período pré-colonial, em que a memória coletiva e social tinha como base a tradição oral, ao mesmo tempo que mantém o carácter de conhecimento exclusivo da medicina tradicional.

Quadro 7.2 - Nível de escolaridade dos curandeiros entrevistados

Categorias[224]	Frequência
Nenhum grau de escolaridade	27
Ensino básico de 1° grau[225]	12
Ensino básico de 2° grau[226]	2
Subtotal	41
Missing – NA	3
Total	44

[221] Não foi possível recolher esta informação.
[222] Termos utilizado por alguns *tinyanga* para se referirem ao *nyanga* que os formou e lhes deu esta nova identidade.
[223] 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. Estes objetos, normalmente, são oferecidos ao formando, ainda que os ossos de animais selvagens, adquiridos nos mercados de Maputo e na África do Sul, sejam adquiridos mais tarde, pelos próprios, uma vez que a sua aquisição é muito dispendiosa.
[224] As categorias apresentadas referem-se àquelas que registaram respostas.
[225] Da 1ª à 4ª Classe, ensino primário obrigatório.
[226] Da 5ª à 9ª Classe.

A maioria tem mais do que 50 anos e recebeu a sua formação durante os períodos colonial e de guerra civil.

Quadro 7.3 - Grupo etários dos curandeiros entrevistados

Categoria	Frequência
31-50	5
51-60	9
61-70	12
71-80	4
NS - Ocupação colonial[227]	11
Subtotal	41
Missing - NA	3
Total	44

- **7.1.1 O recrutamento dos *tinyanga*: uma nova identidade.**

O processo de se tornar *nyanga* tem a sua primeira manifestação na altura da identificação de um mal-estar decorrente de uma disfunção biológica ou de um infortúnio pessoal. Estes episódios tornam-se crónicos e permanentes, mesmo após a consulta a vários provedores ou a realização de cerimónias tradicionais. A enfermidade transforma-se em "doença do chamamento", quando, num contacto com um *nyanga* (na gíria, "procurar tradicionalmente"), este informa o paciente de que os seus espíritos "querem trabalhar". Essa vontade manifesta-se sob a forma de males físicos e infortúnios pessoais ou profissionais. Quando a vontade dos espíritos é comunicada ao enfermo, define-se o limiar entre uma vida, em que os indivíduos têm plena consciência do papel que ocupam na sociedade e quais as suas expectativas e uma outra vida, envolta em incertezas, preconceitos sociais e experiências pessoais. O determinismo associado à "doença do chamamento", para além do padecimento físico que a própria enfermidade comporta, acarreta sofrimento social que decorre de um destino que jamais se desejou e, por vezes, da integração num "grupo profissional" que nunca se aceitou. Este sofrimento social, inerente não só ao paciente mas também à sua família, expressa-se através da resistência em se aceitar ser *nyanga*, através

[227] Quando os entrevistados não sabiam o seu ano de nascimento, nem possuíam nenhum documento de identificação que pudesse dar-nos essa informação (cartão de eleitor, cartão da AMETRAMO, cartão de membro da Frelimo, bilhete de identidade) questionava-se a idade tendo em conta momentos-chave da memória social da população de Chókwè (como as cheias de 1977, 1988 e 2000, seca de '82 e '83 (que afetou 4,5 milhões de habitantes) (Ratilal, 1990: 40), a ocupação colonial, a inauguração do regadio, os Acordos de Paz, etc.).

do prolongamento da situação de enfermidade e, ainda, através da consulta a vários *tinyanga* que possam infirmar o diagnóstico proferido e restabelecer a sua saúde. Este padecimento social agudiza-se, quando, após prolongada e manifesta incapacidade física, o enfermo se depara com um dilema de vida ou de morte − ou aceita "deixar os seus espíritos trabalhar" e vê a sua enfermidade curada ou se recusa a "ser formado" e assume o risco quanto ao seu bem-estar futuro.

A "doença do chamamento", ao determinar uma nova identidade para os homens e mulheres que aceitam seguir o apelo dos seus antepassados, cria ruturas referentes não só aos novos papéis sociais que são adotados dentro da própria linhagem e nas rotinas diárias como também na vida comunitária em que estão inseridos. Houve vários interlocutores que trabalhavam na África do Sul e se viram obrigados a regressar à sua terra natal para receberem formação como *tinyanga* e outros tiveram de se separar dos seus filhos para passar a viver na casa do *nyanga-pai/nyanga-mãe.*

Ao contrário das conclusões de Semenya e Potgieter, a transmissão de conhecimento para os novos iniciados/aprendizes realizou-se, maioritariamente, através de um *nyanga* sem ligações familiares ao formando (2014: 4).

Com base no trabalho de campo realizado e para analisar a "doença do chamamento", é necessário distinguir entre homens e mulheres *tinyanga,* uma vez que as ruturas e a adesão à medicina tradicional são, por vezes, distintas.

- **7.1.2 O percurso das curandeiras**

As curandeiras contactadas tiveram, na maioria dos casos, a manifestação de uma enfermidade (disfuncionalidade biológica) que, dada a sua continuidade no tempo ou impressionante manifestação, conduziram a paciente e alguns dos outros elementos do seu agregado a procurarem a cura nos vários sistemas terapêuticos disponíveis: a biomedicina, a terapêutica espiritual das igrejas ziones e, por últimos, a dos *tinyanga*.

> *" (…) Antes, levaram-me para o hospital, mas não resultou e, mais tarde, recorreram para o tratamento tradicional. Sempre que fossem consultar, os meus espíritos saíam do meu corpo, ficava toda cheia de feridas e nem aguentava andar. O meu órgão genital tinha 3 cristas, até que o médico se espantou." (#94, curandeira, Nwachicoluane)*

> *" (…) Fiquei doente com dores de cabeça, o pescoço doía, as pernas ficavam presas e não aguentava andar, o útero também me doía. Foi aí que resolveram ir à procura e decidiram que devia ser formada." (#113, curandeira, Maloluane)*

" (…) Fiquei muito doente e já estava no lar[228]. Tinha dois filhos que perdi. Sentia a prisão dos músculos das mãos e dos pés, dores nas articulações, dores de cabeça e fiquei sem andar. Rezei na igreja zione, durante muito tempo, e na igreja já estava como catequista, ensinava 14 pessoas. Fiz jejum durante 5 dias, era um jejum secreto, para tentar curar a doença. Fazíamos orações e nada resultou. Os superiores da igreja disseram que eu tinha um espírito superior ao deles e não conseguiam dominá-lo. Os superiores da igreja mandaram chamar os meus irmãos e disseram-lhes que, na igreja, já tinham feito todos os meios possíveis para salvar-me, mas não conseguiam. A única solução era levar-me aos curandeiros. Depois fui à formação." (#183, curandeira, 3º bairro da cidade de Chókwè)

" (…) Para eu me tornar curandeira, fiquei doente. Rezei muito na igreja zione, mas tudo isso não deu certo. Rezei durante cinco anos e a doença ficava cada vez mais complicada. Mais tarde, por ver que a doença não passava, reuniram os grandes líderes da igreja e mandaram chamar o meu marido. Disseram-lhe que já tinham feito tudo o que podiam por mim, mas não tinham conseguido. (…) A única solução era eu ir à formação." (#147, curandeira, 3º bairro da cidade de Chókwè)

" (...) Em 97, para me tornar curandeira, eu primeiro fiquei doente. Antes, rezava nos maziones e lá diziam que eu tinha maus espíritos. Eu comia peixe e, mais tarde, sempre que eu comesse peixe, vomitava. Eu não gostava de ficar com as pessoas, queria ficar sozinha, sem barulho. Mais tarde, saí e fui para Xai-Xai para a casa da minha tia e fiquei lá a viver com a minha tia. Num dia de madrugada, aqueles espíritos começam a sair do meu corpo. Eu acordo e corro para casa de uma senhora curandeira, que abre a porta e recebe-me. Eu estava a tremer e aquela senhora disse-me que eu tinha de ser formada, que os espíritos que eu tinha… precisava de ser formada. Mas eu não queria ser formada, até porque eu rezava. A curandeira disse-me que esses espíritos e Deus são coisas diferentes. Os espíritos são espíritos e a palavra de Deus é a palavra de Deus. Então foi daí que eu vi que, como as coisas não estavam nada bem do meu lado, que decidi ser formada." (#155, curandeira, 1º bairro da cidade de Chókwè)

" (…) Fiquei doente, sempre que ia ao hospital não resultava. Nos Maziones não resultou e, quando fui aos curandeiros, disseram que tinha de ser formada, porque tinha espíritos dos antepassados. Aí fui à formação e fiquei boa." (#199, curandeira, Chiguidela)

A procura de tratamento nos vários sistemas terapêuticos, quando antes já lhe fora comunicado por um *nyanga* que os seus "espíritos querem trabalhar", demonstra a resistência em aceitar este novo papel social "imposto". Por outro lado, para as mulheres que, anteriormente, frequentavam a igreja e criticavam as práticas dos *tinyanga*, a aceitação desta nova vocação é realizada com muitas resistências. A relutância em aceitar uma nova identidade, desvalorizando os aspetos fisiológicos e sociais das enfermidades/infortúnios e o seu impacto no bem-estar diário, corresponde ao que Kleinman define como a minimização e negação da doença, enquanto estratégia de enfrentamento (1980: 148).

Quanto às relações familiares e na medida em que a manifestação dos espíritos nos remete para a linhagem patrilinear da mulher e não para a linhagem do seu marido, muitas curandeiras referiram que, a partir do momento em que decidiram ser formadas ou quando regressaram ao lar depois da formação, os seus maridos foram entregá-las à casa dos

[228] Expressão coloquial que significa que a mulher já não vive na casa dos seus pais/familiares, passando a viver com o seu marido.

pais[229]. Em relação a este modo de agir, as interlocutoras destacaram dois tipos de justificações: a sobrecarga e a sobreposição do trabalho de *nyanga* com as obrigações domésticas, o que não permitiria o cumprimento cabal do seu papel social e o desacordo em ter uma *nyanga* como esposa, mesmo sabendo que a sua decisão surgiu de um dilema de vida ou de morte.

> *" (…) Bom, não vou dizer que gosto, assim como não. Está dentro de mim e nem tem como tirar, mas se fosse da minha livre vontade, eu já teria deixado isto, há muito tempo, mas não é fácil." (#143, curandeira, 5º bairro da cidade de Chókwè)*
>
> *" (…) Separei-me do meu marido quando decidi ser curandeira. Os espíritos não são coisa boa porque destroem os lares." (#61, curandeira, Zuza)*
>
> *" (…) O meu marido aceitou só que mais tarde. Depois de começar a trabalhar, já não havia entendimento. Ele dizia que já não dou atenção ao meu lar, só dou atenção ao meu trabalho de curandeira. Disse para eu ir para a casa dos meus pais, porque os espíritos que tenho pertencem à casa dos meus pais." (#94, curandeira, Nwachicoluane)*
>
> *" (…) Comecei a adoecer, quando pequena. Na altura, sempre que alguém ficasse doente e não melhorasse, diziam que era problema dos nossos antepassados. Então, o meu pai resolveu levar-me para os curandeiros e lá disseram que tinha que ir a formação. O meu pai, por ver que eu ainda era mocinha e que nenhum homem ia casar-se comigo e precisava de gados para o lobolo (…) fez uma cerimónia tradicional e passou. Mais tarde, quando me casei, fiquei doente, de novo, e nem sabia que ia sobreviver até hoje. O meu marido foi consultar e encontrou o mesmo problema dos espíritos. Foi falar com o meu pai e ele confirmou e disse que sabia e que tinha esperado que eu crescesse e tivesse marido, porque se eu me tivesse tornado curandeira, ainda pequena, ninguém ia precisar de mim. O meu marido resolveu trazer-me de volta para casa dos meus pais e ele, por ver que eu não ficava melhor, disse para os meus irmãos cuidarem de mim, porque ele já estava velho." (#53, curandeira, Bombofo)*
>
> *" (…) Fiquei muito doente e já estava no lar. Fiquei muitos anos doente e, como sempre fui crente, não gostava nada de curandeiros. Mas, devido à doença, tive de aceitar. Como não aceitava ser curandeira, os meus antepassados fizeram umas manchas brancas nas ancas . Dormia de um lado e não conseguia virar-me para o outro e, um dia, apareceu um tipo de formigas pequenas e vermelhas que me mordiam até que saíssem as manchas brancas. Mais tarde, o meu marido disse-me que deveríamos ir ao curandeiro e ele, como era crente, teve de deixar de ser crente e ir ao curandeiro. A ida ao curandeiro destruiu muita coisa em mim, sofri muito e ainda continuo a sofrer. Rezava na igreja Assembleia… mas, sempre que vêm aqui pessoas pedir ajuda, rezo a Deus pedindo que salve estas pessoas e aí, Deus ajuda-as. Agora não rezo, porque os espíritos dominaram-na. Eu tenho vontade de ir à igreja, mas os espíritos não deixam." (#76, curandeira, Machua)*
>
> *" (…) Foi o meu marido que me foi levar ao curandeiro e foram os meus pais que me foram buscar. O meu marido nunca mais apareceu, depois dessa data." (#80, curandeira, Machua)*
>
> *" (…) O que me levou a ir ao curandeiro foi por causa da minha menstruação. Sempre que tivesse o período, não passava. Fui ao hospital, mas não resultou. Mas, quando fui ao curandeiro, comecei com o tratamento. Passou algum tempo e depois comecei com dores de dentes. Sempre que extraísse, no mesmo dia começava outro dente. Mas a principal coisa foi por causa de período menstrual que não passava. Quando o meu marido foi ao curandeiro e lhe disseram que eu tinha de ser formada, não houve nenhum problema. Aceitou numa boa." (#83, curandeira, Maxinho)*

[229] Podemos encontrar conclusões semelhantes em Granjo (2010).

" (…) Perdi o lar, porque o meu marido não queria uma mulher que fosse curandeira e voltei para a casa dos meus pais." (#48, curandeira, Changulene)

Apesar da transmissão hereditária da vocação de *nyanga* ter sido, frequentemente, citada nas conversas com curandeiros, só foi encontrado uma ocorrência de transmissão hereditária entre as mulheres entrevistadas. Este caso distingue-se de todos os restantes por ser uma curandeira do mar: *xikwembu xa Ndzuzu*[230].

Figura 7.1 - Josefa, *xikwembu xa ndzuzu* [231]



[230] A entrevista a Josefa constituiu uma total surpresa, quando ela começou a referir-se aos muitos anos que passou debaixo do mar. Pedi à Maria para repetir a pergunta, porque estava convencida que não não tinha compreendido corretamente a resposta. Com a minha estupefação, a Maria questionou-me, perplexa, se nunca tinha ouvido falar nos curandeiros do mar. E, mais uma vez, este testemunho reafirmava o quão distante me encontrava de conhecer a complexa realidade da medicina tradicional e seus atores materiais e imateriais.
Josefa contou-me a história da sua família. Os avós paternos e o pai, também, tinham sido *xikwembu xa zumze*, tendo vivido todos eles, incluindo Josefa, vários anos no mar. A formação como curandeira aprendeu-a em casa, com os familiares – avós e pai. Ao contrário dos *tinyanga* que contactámos e que recorriam a plantas, raízes e animais para os seus tratamentos terapêuticos e cerimónias, Josefa utiliza, exclusivamente, objetos e medicamentos do mar, que não podem ser misturados com os medicamentos dos *tinyanga*. Josefa foi a única curandeira do mar que tive a oportunidade de conhecer. Aproveitei a excecionalidade da situação para questionar outros informadores sobre os *xikwembu xa zumze*. Voltou a destacar-se a situação em que um elemento da família fica a viver debaixo da água (mar ou rio), durante vários anos e que, quando esse familiar quer sair da água para se juntar à família, ocorrem vários sonhos premonitórios aos seus familiares e a outros *xikwembu xa zumze.* Sempre que isso acontece, é necessário preparar uma grande cerimónia de boas vindas, em que está presente o rei dos *xikwembu xa zumze,* outros curandeiros da água e os seus familiares. Este cerimonial de boas-vindas pode durar vários dias e é caracterizado pelo toque de tambores e danças ininterruptas, por parte dos presentes (Diário de Campo, 23.08.2011).
[231] Espíritos ligados à água (lagoas, rios, mar).

As diferentes reações dos parentes das curandeiras que são expulsas do seu lar e das que conseguem negociar a sua presença suscitam a hipótese de estarmos perante um caso de empoderamento social por parte destas mulheres. Em relação a estes profissionais, sublinha-se a argumentação por elas partilhada quanto ao receio do marido e família de terem, entre os seus membros, alguém que manipula poderes ocultos e que pode trazer infortúnios para a linhagem. Como refere Passador: "(…) Em Homoíne[232], temem-se as mulheres por atribuir-se-lhes um poder de causar ruturas, despoletar agressões e desintegrar campos de socialidades" (Passador, 2010: 202).

- **7.1.3 O percurso dos curandeiros**

A "doença de chamamento" dos *tinyanga* entrevistados remete-nos para uma enfermidade social, em contraste com as disfunções biológicas que foram encontradas nos discursos das *tinyanga*. Estes males sociais foram expressos por uma sucessão de ocorrências que os impedia de alcançarem o sucesso profissional e pessoal, principalmente no que se refere à constituição de família. Nenhum testemunho semelhante foi recolhido em relação às curandeiras entrevistadas. Desta forma, destaca-se a pressão que existe, por via familiar, para que os jovens *lobolem* uma mulher e constituam descendência[233].

> *" (…) Para eu me tornar curandeiro, tudo o que eu fazia não corria bem. Trabalhei na África do Sul, mas a sofrer (…) Então, por ver que minha vida não andava bem, consultei os curandeiros e lá disseram-me que tinha que ser formado. Como é de raiz, aceitei e formei-me." (#95, curandeiro, Nwachicoluane)*

> *" (…) Eu tinha tonturas, não gostava de estar em casa, fugia e ficava isolado. Por ver que as coisas estavam a ficar complicadas, entrei na igreja zione. Rezei lá, mas as coisas não foram como diziam. Trabalhava, mas o meu dinheiro não fazia nada. Tive uma mulher que me abandonou sem saber porquê. Nisso, vi que as coisas estavam a ficar complicadas e fui procurar curandeiros e descobri que tinha um espírito da minha bisavó materna, que era curandeira, e que me escolheu para continuar com o trabalho." (#183, curandeiro-aprendiz, 3º bairro da cidade de Chókwè)*

> *" (…) Eu não fui formado, nem fiquei doente. O que acontecia sempre que eu conhecesse uma moça… separava-me delas sem motivos. Mais tarde, conheci uma moça, mas era neta de um curandeiro. Passado algum tempo, ela já não me queria, mas sem nenhum motivo. Havia um amigo que trabalhava comigo na África de Sul, (…) curandeiro que ensinou-me o trabalho." (#100, curandeiro, Cumba)*

Noutros casos, a aprendizagem desta nova identidade ocorreu por via hereditária, entre familiares (transmissão dos parentes mais velhos[234] para um elemento masculino do

[232] Província de Inhambane, no sul de Moçambique.
[233] Essa pressão foi, várias vezes, partilhada por amigos e conhecidos que, tendo mais de 30 anos, ainda não tinham *lobolado* nenhuma mulher.
[234] Registámos casos de pais, avós e tios mais velhos.

agregado), por forma a se assegurarem os meios de subsistência dos membros da linhagem. Essa transferência não pressupunha nenhum episódio de enfermidade.

> *" (…) Eu sou curandeiro há muito tempo, desde 1980. Quem me ensinou estas pedras e raízes foi a minha mãe. Trabalhei tanto na África do Sul como aqui mesmo, em Moçambique. Ela ensinou-me e sempre dizia que se, um dia, ela morresse, nós íamos ficar com o conhecimento dela e ajudaríamos muita gente, mesmo brancos (…) Mesmo eu tenho um filho, tenho de o ensinar, se um dia perco a vida, ele deve ficar a continuar o meu trabalho . A criança que nos trouxe a cadeira, eu tenho-o mandado buscar remédio para dar às pessoas." (#112, curandeiro, Maloluane)*

> *" (…) O meu curandeirismo foi simples, também foi complicado. Eu andava com o meu avô, então quase comecei o trabalho com 7 anos. Eu ia à escola… Quando ia à escola, voltava. Então ia no mato com o meu avô pegar enxada à procura dos medicamentos. Assim, ele me explicava (…) Então, ao atingir os 15 anos, eu já tinha umas ideias um pouco maduras, já começava a dar vacina às pessoas, alguma medicação que ele me mandava. (…) Ele fazia as consultas e eu dava o medicamento, as vacinas com lâminas. Então, ele chegou de perder a vida, quando eu tinha quase 16 anos. Então o trabalho foi deixado comigo e eu continuei o trabalho dele." (#128, curandeiro, 5º bairro da cidade de Chókwè)*

ж

Se da "doença do chamamento" emergem, em primeiro lugar, as ruturas que os indivíduos têm de operar nas suas vidas, principalmente as mulheres, não podemos desvalorizar o seu papel mobilizador e congregador dos membros da linhagem, ao terem, entre os seus, um elemento mediador entre eles e os seus antepassados. Um *nyanga* no grupo de origem e pertença confere um sentido de continuidade, entre vivos e mortos, e reafirma a cosmovisão local. Daí que todos os interlocutores tenham afirmado que, sempre, foram bem recebidos pelos seus familiares (pais, irmãos e primos), que eles tomaram parte na sua decisão de serem formados (principalmente para as *tinyanga*), contribuíram monetariamente e estiveram presentes na cerimónia de regresso. No caso das *tinyanga* que retornam à casa dos pais ou irmãos mais velhos, esta concordância é fundamental e estrutura as futuras relações sociais entre os membros da linhagem.

- **7.1.4 Ser *tinyanga***

A decisão de seguir a vontade dos antepassados e ser *nyanga* deve ser analisada à luz das ruturas que emergem e da aceitação de uma nova identidade, que é moldada pela convivência diária com o/a *nyanga* que se escolheu para ser formador. Esta determinação pode ter por base uma confiança ou conhecimento prévio ou, ainda, as condições que são impostas à família do iniciado. Como nos referiu um *desses profissionais*, os custos de formação de um curandeiro assemelham-se ao *lobolo*: oferece-se vinho, roupa, capulanas e lenço para a cabeça, matam-se cabritos, dão-se cabeças de gado e entrega-se dinheiro −

entre os 3000 e os 8000 meticais (entre 75€ e 200€)[235]. Segundo alguns *tinyanga,* há alguma flexibilidade no pagamento destes montantes, uma vez que, se os parentes do aprendiz não conseguirem reunir toda a quantia exigida, o recém-*nyanga*, após a formação, deverá entregar-lhe as suas receitas até pagar a dívida contraída. Ainda assim, vários testemunhos sublinharam a dificuldade que a linhagem tem em reunir as condições necessárias para que a formação do seu familiar ocorra sem constrangimentos de ordem financeira.

Na mudança para a residência do mentor, onde passará um período entre um a seis anos (dependendo da situação financeira dos seus familiares e do acordo realizado com o *nyanga*), o futuro aprendiz deverá levar consigo todos os seus bens pessoais, tais como as capulanas, roupas, esteiras, mantas e utensílios de cozinha.

A relação que existe entre o formando e o seu guia é de extrema reverência e respeito, ao mesmo tempo que existe um sentimento familiar – frequentemente os *tinyanga* referem-se aos seus aprendizes como filhos[236]. Estas relações interpessoais, também, são reguladas por alguns dos tabus que foram referidos durante as entrevistas, particularmente o não "comerem do mesmo prato" e absterem-se de relações sexuais com os seus parceiros. Uma vez instalados na casa do *nyanga,* inicia-se o processo de aquisição de uma nova identidade.

Todo o saber que envolve a aquisição de conhecimento e a experiência terapêutica do curandeiro não pode ser desligado do seu corpo (Langwick, 2011: 93), uma vez que foi nele que foi diagnosticada a "doença do chamamento" e que virá a ser através dele que será mediada a relação com os antepassados, por via do *tinhlolo* ou outro meio[237], que será determinada a causa e o tratamento da enfermidade tendo, assim, uma função fundamental no processo curativo. Ao contrário da experiência etnográfica de Langwick, que contactou alguns curandeiros, na Tanzânia, que tinham um registo escrito ("*faraki healers*") quanto ao modo de diagnosticar e tratar todas as enfermidades (Langwick, 2011: 89), nenhum dos *tinyanga* por nós inquiridos recorria a documentos escritos, sendo todo o seu conhecimento transmitido de forma oral e individual.

[235] Várias interpretações são apresentadas pelos interlocutores. Uns afirmam que se está perante uma troca, em que são assumidos compromissos entre as partes (o mentor compromete-se a transmitir os seus conhecimentos ao iniciado), outros referem que se trata de uma manifestação de agradecimento dos espíritos do aprendiz para com os espíritos do seu mestre.
[236] Ver também Honwana (2002: 115).
[237] Dois tinyanga entrevistados não utilizam o *tinhlolo*. Um deles, formado em Tete, serve-se de uma caixa com um espelho. O outro referiu usar uma varinha, como se fosse o *tindhuku*.

A mudança para a residência do *nyanga,* onde o aprendiz permanecerá pelo menos um ano, servirá para estabelecer uma nova fronteira identitária. Aí aprenderá qual o seu lugar na hierarquia doméstica, quais as suas funções, que comportamento deverá adotar tanto para com o seu mentor como para com os restantes familiares e, ainda, para com os outros aprendizes e visitantes. Por outro lado, a sua indumentária[238] irá diferenciá-lo dos restantes membros do agregado e da vizinhança.

O *tinhlolo* é considerado por alguns autores (Granjo, 2012 e Honwana, 2002) um modo de adivinhação. Segundo Granjo, ele tem a função de apresentar, por um lado " (…) as razões passadas subjacentes aos problemas presentes e, por outro, as condições presentes para aquilo que o futuro seria, no caso de essas condições não serem − conforme os adivinhos bem sabem e afirmam – alteradas, a partir de então, pela complexa e permanente interação entre fatores materiais e a ação de inúmeros agentes sociais, vivos e mortos" (Granjo, 2012: 2). O *tinhlolo* estrutura toda a atuação terapêutica dos *tinyanga*, remetendo-a para um plano superior, para os seus antepassados.

Figura 7.2 - *Nyanga* da aldeia de Macunene



Legenda: *Nyanga* apresentando o seu *tinhlolo* e segurando, na mão esquerda, o *tindhuku* e, na mão direita, o *tchovo* (crina de hiena). Ao pescoço exibe os amuletos protetores, uns oferecidos pelo seu mentor, outros criados por si.

[238] Normalmente, os iniciados vestem-se com um pano totalmente vermelho, formando capulana, mesmo se forem homens. É, igualmente, comum o uso de amuletos de proteção.

É *tlhatuvando* (ato de usar o *tinhlolo mediado pelos espíritos*) que o *nyanga* conhece a causa da enfermidade, qual o tratamento mais adequado e respetivos recursos necessários (plantas, animais, cerimónias, etc.). É, igualmente, através dele, que sabe se está perante uma "doença do hospital", "da tradição" ou feitiçaria. É, ainda, a partir do *tinhlolo* que começa não só a conhecer as várias plantas e raízes e o seu modo de preparação como também a saber "lidar com os seus espíritos", por meio das suas danças características, ritmadas pelo toque dos batuques[239] (*xigubo*). Durante esse cabriolar cadenciado, os *tinyanga* encontram-se possuídos pelos seus espíritos, e essa possessão é fundamental para o tratamento das "doenças da tradição" e feitiçaria. Alguns curandeiros mais velhos referiram que já não realizam consultas, porque não têm energia suficiente para o momento da possessão.

O aprendiz de *nyanga* demonstra o domínio do *tinhlolo* e dos seus espíritos, quando sabe como realizar as cerimónias familiares, desfazer feitiços, "retirar os espíritos maus" e providenciar tratamentos para as mais variadas enfermidades e infortúnios. Dominando estes conhecimentos e rituais está, pois, preparado para a cerimónia de *kuthwasa,* que marca a conclusão da sua formação e que será realizada na casa do seu mentor e com toda a família presente.

De acordo com alguns *tinyanga* entrevistados, em Chókwè, o cerimonial de *kuthwasa*[240] é composto por dois grandes momentos. O primeiro consiste na procura de plantas e objetos escondidos, incluindo a vesícula de um cabrito (*nyongwa*) pelo formando sob transe e fazendo uso do *tchovo*. Segundo Honwana, " (…) este teste visa avaliar a capacidade dos espíritos de revelarem o desconhecido." (2002: 108). O segundo momento é o vomitar do sangue de cabrito, que é ingerido após o animal ter sido golpeado com uma faca e enquanto está vivo. O regurgitamento é feito com a administração de um medicamento tradicional.

[239] Tambores de madeira ou lata, cobertos com peles de animais esticadas (ver anexos, figura A7.1) constituem um símbolo da cultura e "tradição" africanas, sendo um elemento essencial na prática dos *tinyanga* para a manifestação dos seus espíritos. Foram um elemento incorporado por muitas igrejas independentistas ziones, sendo a sua cadência, facilmente, distinta da operada pelos *tinyanga*.

[240] Para além de todas as expectativas, tivemos a oportunidade de participar na cerimónia *kuthwasa*, que demarca o final da formação de *nyanga*, a convite de uma antiga colega de trabalho, que vive em Maputo. As descrições que tínhamos recolhido deste cerimonial, apesar de ritualmente corretas, jamais poderiam fazer-nos sentir a vibração das sete horas passadas num quintal, nos subúrbios de Maputo, com familiares de oito formandos a assistirem às cerimónias. Esses oito aprendizes, em fases diferentes de formação, foram submetidos a rituais diferenciados.

Os toques dos tambores foram ininterruptos durante sete horas e, durante a maioria do tempo, os aprendizes estavam no pátio térreo a dançarem sob transe e com tremores compulsivos, sinal da possessão dos espíritos. A mentora, comunicava, frequentemente, com os espíritos, em diferentes línguas locais e dava-lhes ordens. Em determinados momentos, alguns formandos recolhiam-se a uns anexos, construídos no limite do pátio. Vários deles foram vacinados em todo o corpo pela sua mestra e vários *tinyanga* presentes. Outros ingeriram um medicamento que ela lhes aplicava na boca.

O momento inicial teve a duração aproximada de uma hora e foi concretizado pelos aprendizes, sendo celebrado com danças vigorosas e o toque frenético de tambores, havendo familiares a assistir, que se ergueram e dançaram.

O segundo momento − regurgitamento de sangue cru de cabrito, misturado com plantas − foi realizado apenas por um aprendiz[241].

A realização deste último teste ao iniciado volta a pôr em evidência o carácter excecional e singular dos *tinyanga* que, publicamente, colocam em risco a sua vida, comprovando, assim, a fase de transição do ritual de passagem (Van Gennep, 1909 *apud* Honwana, 2002: 107). Terminada com sucesso a cerimónia de *kuthwasa*, o formando exibe o *nyongwa* na sua testa e adquire o estatuto de *nyanga*.

Depois da cerimónia de *kuthwasa,* o recém-*nyanga* pode regressar para junto dos seus familiares, tendo, para isso, de realizar a cerimónia *kuheleketa, que, no entanto,* pode ser, sucessivamente, adiada pelos seus parentes, por não terem sido reunidas todas as condições financeiras e materiais para a sua realização. À semelhança do *kuthwasa,* é necessário o sacrifício de um cabrito, alimentação e alojamento para todos os presentes. Os familiares do recém-formado devem, também, edificar a casa para os espíritos (*ndhumbha*), onde o novo *nyanga* irá realizar as suas consultas e que, também, lhe servirá de alojamento. Sem a construção dessa palhota e a posse de bens que farão parte da cerimónia de receção (cabritos, capulanas, vinho e grades de refrigerantes), o recém-formado *nyanga* não pode sair da casa do seu mentor.

> *" (…) Há uns que levam um ano e, no segundo ano, regressam para sua casa. O que leva a pessoa a levar muito tempo é por causa do material, como as capulanas, construção da palhota, compra de cabritos. Tudo sai muito caro e a pessoa sem dinheiro acaba ficando muito tempo. Também, para regressar para a sua casa, tem uma cerimónia que se faz para a receber. Isto, também, são gastos e custos. Se não tiver a própria palhota, nunca pode voltar para casa. Esta é a principal causa ou problema que leva a pessoa a permanecer tanto tempo." (#112, curandeiro, Maloluane)*

Figura 7.3 - N*dhumbha*[242] onde o *nyanga* realiza as suas consultas

[241] Este momento deixou todos os presentes em grande tensão e muitas lágrimas, uma vez que o não regurgitamento do medicamento e do sangue cru do cabrito conduziria à morte do iniciado. Ver, também, a descrição desta cerimónia em Honwana (2002: 106).

[242] Não há diferenças significativas, em termos de construção, quando comparamos com as habitações edificadas com materiais locais. Simbolicamente, nem todas as pessoas estão autorizadas a entrar na *ndhumbha* e há um código que deve ser respeitado.



Durante o *kuheleketa, é enterrado, dentro da ndhumbha ou no quintal onde o nyanga vai viver, um conjunto de* remédios *(pandza*[243]*) que darão proteção a si e aos seus parentes.* No interior das palhotas dos espíritos, pudemos encontrar, sempre, várias esteiras no chão, um grande número de frascos e cabaças com remédios tradicionais (vasta farmacopeia), algumas plantas e raízes secas, por vezes, uma balança onde se coloca o dinheiro, várias capulanas de *tinyanga*, potes de terracota, cestas de palha fechadas, pele de cabrito, a bolsa de palha para guardar o *tinhlolo*, fotografias do *nyanga* mentor, entre vários outros objetos pessoais pendurados em cordas esticadas no interior da *ndhumbha*.

Figura 7.4 - Interior de uma *ndhumbha*



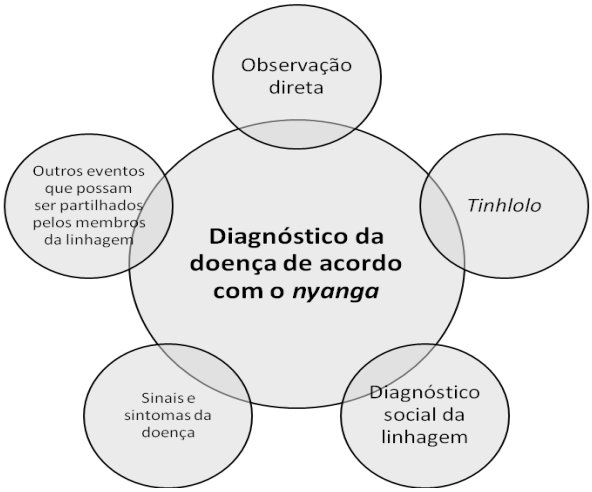
Quando entrávamos no interior da *ndhumbha*, onde decorreram quase todas as entrevistas, os sapatos ficavam no exterior e sentávamo-nos nas esteiras, ocupando o lugar reservado aos pacientes.

[243] Ver anexo A, figura A7.3.

7.2 A produção de conhecimento médico pelos *tinyanga: o diagnóstico*

A produção de conhecimento médico pelo *nyanga* está ancorada na cosmovisão local sobre a saúde e a doença. Daí que, neste processo, convirjam os elementos da ancestralidade, das sociedades e da natureza, anteriormente analisados. Quando questionávamos os interlocutores sobre o diagnóstico da malária, era comum destacarem vários elementos que integram o seu sistema de diagnóstico, designadamente o *tinhlolo*, a observação direta, os sinais e sintomas da enfermidade (anamnese) e os infortúnios apresentados pelo doente.

Figura 7.5 - Elementos que integram o diagnóstico da malária.



O *tinhlolo* é a técnica-base utilizada pelos *tinyanga* entrevistados, através da qual tomam conhecimento da causa da enfermidade e do seu tratamento. Recorrendo ao *tinhlolo,* à observação direta (não invasiva) do doente e à informação partilhada pelo doente e seus familiares (anamnese), os *tinyanga* acedem aos dados que lhes permitem categorizar a enfermidade/infortúnio em questão, segundo as três subdivisões já apresentadas. No caso dos *tinyanga* que referiram não utilizar nenhum *tinhlolo*, nem outra técnica semelhante e que se autodenominam de ervanários, a referência à observação direta e aos sinais e sintomas da enfermidade afiguravam-se como os únicos elementos de diagnóstico.

Deste modo, o processo divinatório, que é um pilar na determinação da origem da enfermidade e do seu tratamento, centra-se no *nyanga*, no contacto estabelecido com os espíritos e a sua experiência curativa, não existindo quaisquer documentos ou instruções escritas.

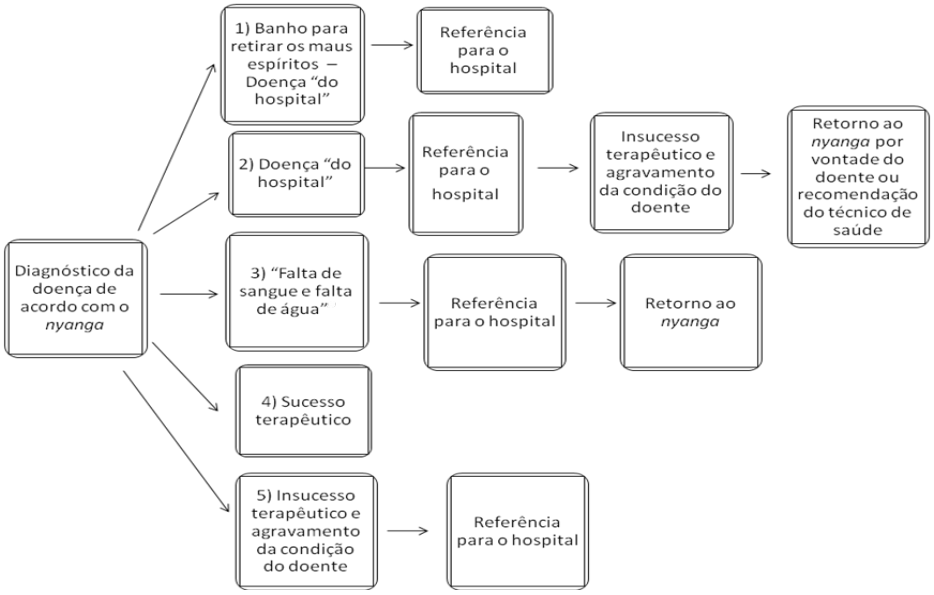
7.3 O sistema de referência e o seguimento do doente

A gestão das enfermidades e do seu tratamento depende dos provedores escolhidos, de experiências passadas de sucesso ou insucesso desses agentes e da autoridade e poder que evidenciam e lhes são reconhecidos. Como refere Last, apesar dos pacientes não compreenderem o corpo teórico por detrás das decisões tomadas pelos profissionais, eles aceitam a sua lógica como válida (Last, 1992: 397). Por outro lado, de acordo com o modelo de crenças sobre a saúde, a decisão de recorrer a um certo prestador de cuidados decorre da expectativa positiva assumida perante a adoção de uma ação recomendada, evitando determinada condição de saúde, seja ele um técnico biomédico, um pastor zione ou um curandeiro. Nesse sentido, se enquadra a aceitação da consulta a outros terapeutas.

O sistema de referência utilizado pelos *tinyanga* é ilustrativo da complementaridade que eles reconhecem na biomedicina. Ao contrário das conclusões de Greeff, em que o envio do paciente para os serviços biomédicos só ocorre após o insucesso terapêutico do tratamento do *nyanga* (Greeff, Pinkoane e Williams, 2005: 6), para os *tinyanga* entrevistados, no distrito de Chókwè, a transferência para os cuidados biomédicos pode iniciar-se em diferentes momentos, de acordo com a narração dos factos e a enfermidade/infortúnio de cada indivíduo. O esquema abaixo apresentado expressa algumas das decisões que foram recolhidas e não pretendem ser redutoras, nem lineares na sua apresentação (como a figura 7.6 poderá transparecer). Apesar de não ter sido mencionado o encaminhamento de doentes para os pastores ziones, desconhece-se se, na sociedade de Chókwè, haverá alguma ligação entre estas duas etnomedicinas. A apreensão da complexidade dos sistemas etnomédicos encontrados em Chókwè, assim como as suas representações são apenas parciais.

No que respeita ao tratamento terapêutico de uma "doença do hospital" que recorra ao uso de tecnologia biomédica − a malária foi amplamente referida − pode existir a necessidade de retirar os maus espíritos do doente, através de um banho com uma infusão de plantas ou sangue de galinha, para que o tratamento disponibilizado no hospital tenha sucesso (Makundi, 2006: 4). Este facto foi, várias vezes, mencionado na utilização de Testes de Diagnóstico Rápido da malária.

Figura 7.6 - Sistema de referência e tomada de decisão dos *tinyanga*



Os dados recolhidos no distrito de Chókwè vão ao encontro das conclusões de Makundi *et al.*, em que, para os casos de malária, os curandeiros não são, necessariamente, um impedimento à procura de cuidados biomédicos (Makundi *et al.*, 2006: 5). No entanto, estas conclusões contrastam, em grande medida, com as de Okeke *et al.*, em que apenas uma minoria dos curandeiros reportava pacientes com sinais e sintomas de malária remetidos para os cuidados biomédicos (Okeke *et al.,* 2005: 496; Kamat, 2013: 111).

A *malária* não é a única enfermidade considerada como "doença do hospital", pelo que alguns desses profissionais declararam que não tinham poderes para curar o VIH/SIDA e a hipertensão, referindo os doentes para o hospital. De destacar que o VIH/SIDA e algumas outras enfermidades como a hipertensão e a diabetes (diagnóstico transmitido pelos entrevistados) dão-nos uma nova dimensão da saúde/doença − a doença sem cura – que não encontra enquadramento dentro da cosmovisão local, na medida em que todas as enfermidades têm uma causa suscetível de ser curada, sobre a qual se pode agir e inverter o processo de degradação da saúde humana.

A presença de uma enfermidade incurável e crónica origina um conflito entre a realidade vivenciada pelo doente e as respostas que encontra nos provedores de cuidados de saúde. Os recursos terapêuticos prestados pela biomedicina, nesta nova condição, implicam uma transformação de todas as suas rotinas, perceção do grupo e de si próprio[244], além da dependência de fármacos e a deslocação regular à sede do distrito para os obter (quando há *stock*), o que acarreta custos adicionais e regulares. Muitas destas enfermidades são,

[244] Ver as dimensões socioculturais, biológicas, políticas e temporais da patologia crónica e seus efeitos (Estroff, 1993: 274-276).

apenas, seguidas nos centros de saúde (tipo 1) e nos hospitais rurais. Alguns destes doentes, ao serem acompanhados nesses centros e ao não reconhecerem uma melhoria do seu estado, procuram o tratamento e a solução do seu problema junto dos *tinyanga* (ver ponto 2 da figura 7.6) (Makundi *et al.*, 2006; Muela *et al.*, 2002: 411).

Noutros casos, os *tinyanga* declararam que, ao fazerem o diagnóstico do doente, concluíam que ele tinha "falta de água e falta de sangue" e que era necessário referi-lo para o hospital. Resolvida a "falta de água e a falta de sangue", o doente deveria retornar à casa do *nyanga* para iniciar o tratamento tradicional.

A "falta de água e a falta de sangue" é um dos principais argumentos apresentados pelos utilizadores dos centros de saúde, como indício das limitações do tratamento pela medicina tradicional. De igual modo, os *tinyanga* reconhecem que apenas os técnicos de saúde "podem pôr estes elementos". Quando questionámos esses provedores sobre a "falta de água e de sangue", esclareceram que se trata de uma expressão local para se referirem à desidratação e anemia, respetivamente (ver ponto 3 da figura 7.6).

> *" (…) Quando a pessoa está com malária, para além de eu ser curandeira, também, sou voluntária. Por isso, já conheço os sintomas da malária. Vejo através dos olhos, na parte lateral, se tiver falta de sangue e água. Aí, levo a pessoa ao hospital e dão comprimidos. Ao voltar do hospital, toma comprimidos e, no dia seguinte, toma o remédio tradicional." (#102, curandeira, Cumba)*
>
> *" (…) O que sei é que, sempre que a criança estiver doente, é levar ao hospital. Nunca posso levar uma criança com malária para os curandeiros. Às vezes, a criança tem falta de sangue, assim como de água e o curandeiro não vê isso, mas no hospital sim, porque fazem análises." (#55, grupo focal, Chalocuane)*
>
> *" (…) Também o curandeiro não tem como fazer a transfusão sanguínea. O curandeiro não põe sangue e nem soro. Por isso, deve ir ao hospital e, depois, irá receber o tratamento tradicional." (#200, curandeiro, Hókwè)*
>
> " (…) *Uma vez tive uma doente que vinha muito mal e, sempre que eu perguntava o que sentia, ela dizia-me: não me pergunte nada, porque eu já fui tratada, fui ao curandeiro e já disse tudo o que eu sentia. Ele tratou-me e só disse que faltava a água e vim ao hospital para receber a água. (…) Ficou internada, já não me lembro qual era o problema*." (#210, *provedor biomédico*)

Nos casos em que o *nyanga* determina que não se está perante uma "doença do hospital" nem de uma situação de "falta de sangue ou falta de água", ele põe em prática as suas terapias, de acordo com a informação recolhida na consulta do *tinhlolo*. O tratamento ocorre, preferencialmente, na sua palhota.

Se os procedimentos terapêuticos ali decorrerem, tem de haver um acordo quanto aos custos e, caso o *nyanga* tenha todos os recursos necessários (plantas, raízes, galinhas, etc.), o tratamento pode ser administrado de imediato. Quando for necessária a toma

repetitiva do medicamento, o familiar que acompanhou o doente, ou o próprio doente, levará as instruções necessárias para os tomar na sua residência. De um modo geral, os *tinyanga* não querem que os doentes "baixem[245]" na sua casa, uma vez que esta permanência tem sido alvo de críticas[246], pressões e mobilização por parte das autoridades locais, na medida em que os *tinyanga* retêm e adiam a referência de doentes graves para os centros de saúde. Dos testemunhos recolhidos, se constata que os *tinyanga* só aceitam que doentes fiquem, quando o seu estado de saúde é crítico e há uma grande distância a percorrer até casa deles. Sempre que os familiares do doente, e o doente, concordem com os custos do tratamento e da estadia, ele ficará até o seu estado de saúde melhorar e possa regressar a sua casa.

> *" (…) Se for uma pessoa muito grave, cobro 10 000 meticais, porque fica a viver aqui. Dou-lhe alimentos, cuido da pessoa, lavo a roupa, porque o familiar não irá ficar aqui porque tem de regressar aos seus afazeres. Nesse caso, o doente, também, fica a empatar outros trabalhos. Por isso, o valor é mais alto." (#47, curandeira, Changulene)*
>
> *" (…) Ninguém fica de baixa na minha casa. A pessoa, se vier tarde, pode pernoitar, só para eu saber o que se passa." (#39, curandeira, Chiaquelane)*
>
> *" (…) As pessoas não ficam de baixa, aqui na minha casa, isso não aceito. A pessoa pode ter falta de sangue e soro e eu não consigo pôr essas coisas. Mesmo eu, que sou curandeira, quando me sinto muito fraca, vou ao hospital." (#123, curandeira, Xilembene)*

Para além do tratamento realizado na casa do *nyanga*, pode ser necessário realizar uma cerimónia na habitação do doente (normalmente relacionado com "doenças da tradição" ou feitiçaria) e, nesses casos, o *nyanga* deve dirigir-se ao domicílio do doente/vítima e aí realizar o ritual.

Quando um *nyanga* é consultado e procede à terapia, podem ocorrer duas situações: o sucesso e o insucesso. No primeiro caso, ambas as partes ficam satisfeitas pelos resultados alcançados (ver ponto 4 da figura 7.6). No segundo caso, a referência para os cuidados biomédicos pode surgir por iniciativa do *nyanga* ou por pressão da família do doente (ver ponto 5 da figura 7.6).

O diagnóstico social sobre a etiologia da enfermidade e a sua categorização ("doença do hospital", "doença da tradição", feitiçaria) permitem a seleção do(s) provedor(es) de cuidados de saúde considerado(s) mais adequado(s). Quando um doente, seu familiar, ou, mesmo, o *tinyanga* não veem cumpridas as suas expectativas (resultado dos conhecimentos e práticas terapêuticas adquiridas na cura de determinada enfermidade), surge a opção de

[245] Termo da gíria local para se referir o período de internamento de um doente, em determinado provedor de cuidados de saúde. É utilizado em relação aos serviços biomédicos – "baixar no hospital"− assim como nos *tinyanga* e ziones.
[246] Ver secção sobre os discursos e sobre o papel do *nyanga*.

recorrer aos cuidados biomédicos, ficando excluídos outros prestadores ou sistemas terapêuticos.

⌘

Após a realização do diagnóstico e da administração do tratamento, os *tinyanga* consultados apenas tomam conhecimento do estado e sucesso terapêutico do paciente quando ele, ou algum familiar, se dirige à sua casa e o informa da sua condição de saúde. Não registámos nenhum testemunho de que o *nyanga* realizasse, ao domicílio, visitas de seguimento, ao contrário da experiência de Greeff (2005: 6). Recorrendo à figura 7.6, nos casos caracterizados pelos pontos um, quatro e cinco, o *nyanga* não realiza visitas domiciliárias ao seu paciente. No entanto, em relação ao ponto dois ("doença do hospital") e três ("falta de sangue e falta de água"), foi possível recolher vários testemunhos de que o *nyanga* acompanha o doente à unidade sanitária ou realiza visitas, durante o período de internamento no hospital.

> *" (…) Eu até tenho um doente que está na enfermaria. Teve um AVC e outras patologias e o curandeiro veio cá na enfermaria (…) Quando passei por aqui, ontem à noite, o doente já tinha escarificações. Quer dizer que o curandeiro foi fazer lá mesmo, na enfermaria (risos). Ele veio como visita e foi fazer o seu trabalho lá, na hora da visita." (#210, provedor biomédico)*

> *" (…) Chegado ao hospital, se for para ficar de baixa, fica lá com os familiares. Eu, apenas, vou visitar. Depois de melhorar, volta para a minha casa e, mais tarde, é que regressávamos para a sua casa. Se não ficar de baixa, volta comigo, faz o tratamento do hospital até completar e, mais tarde, vê-se se os comprimidos resultaram ou não." (#165, curandeira, Matuba)*

> *" (…) Se acompanho, daqui da minha casa, até ao hospital, fico à espera dela até ser atendida. No caso de a pessoa ficar de baixa, fica com a família. Eu apenas vou visitar." (#123, curandeira, Xilembene)*

> *" (…) Há curandeiros que acompanham os doentes ao hospital. Recebem os comprimidos e os doentes ficam ao seu cuidado. No controlo, vêm normalmente acompanhados pelos curandeiros que, quando o controlo dá negativo, reforça, junto do doente, a importância de terem sido acompanhados pelos curandeiros." (#56, profissionais de saúde)*

Esta prática de seguimento e acompanhamento dos enfermos, não só demonstra, a nível de integração e complementaridade, que a medicina tradicional praticada pelos *tinyanga* reconhece os cuidados biomédicos como estratégias adotadas por eles, enquanto agentes económicos. Num momento de grande diversidade de provedores de cuidados de saúde disponíveis e de competição entre eles, a referência dos pacientes para o hospital e o seu acompanhamento criam um elo com o doente na tradução da experiência biomédica, proporcionando dividendos ao próprio curandeiro.

Apesar de alguns depoimentos de populares se centrarem, apenas, no impacto negativo que os curandeiros têm na saúde da população ao retardarem a receção de cuidados de saúde considerados mais adequados, a análise dos discursos e práticas dos *tinyanga* permitem-nos, contudo, concluir que os cuidados biomédicos são complementares, constituindo um elemento de triagem dos pacientes[247].

A reconfiguração constante das relações entre os indivíduos, as enfermidades, os provedores sanitários e o seu meio geram novas estratégias de manutenção e promoção dos cuidados de saúde, por parte do *nyanga*. Na presença de uma "doença do hospital", estes terapeutas tradicionais conseguem mover-se num contexto pluriterapêutico e concorrencial, assegurando os seus meios de subsistência através do acompanhamento dos seus pacientes. Estas estratégias relevam, mais uma vez, o carácter de modernidade que caracteriza as práticas terapêuticas deste provedor e o modo como ele se adapta a novas transformações no contexto saúde/doença.

7.4 Práticas terapêuticas: a cura da malária

Realizado o diagnóstico e conhecido o tratamento a ser efetuado quer através da experiência acumulada quer por intermédio dos espíritos, o *nyanga* procede à preparação do medicamento tradicional, recorrendo a plantas, raízes e alguns pós adquiridos nas farmácias de medicina tradicional ou produzidos pelos próprios. As plantas devem secar à sombra, sendo, posteriormente, utilizadas em infusões para o doente bebe , inalar ou para tomar banho. As inalações[248] de fumo ou vapores, como resultado da ebulição de água com as plantas são referenciadas na língua portuguesa como "fazer bafo". As "vacinas" são incisões feitas na pele, realizadas com uma lâmina, onde é aplicado o remédio tradicional, que pode resultar da maceração de plantas e raízes ou da mistura delas com banha de animal. Os medicamentos tradicionais podem ser tomados por via oral, tópica ou anal[249]. As plantas e raízes, transformadas em pó, têm a possibilidade de serem, também, adicionadas a papas.

Ao contrário das conclusões de outros autores, nenhum curandeiro referiu utilizar injeções (Kotwal, 2005: 1136; van Staa e Hardon, 1996), luvas de látex (Villanucci, 2010: 61),

[247] Ver também Makundi *et al.* (2006).
[248] A inalação do fumo de sisal queimado foi, várias vezes, referida como uma forma de curar as dores de cabeça, durante o período colonial e pós independência.
[249] Ver, também, Semenya e Potgieter (2014) sobre os médicos tradicionais, na província do Limpopo, África do Sul.

comprimidos (Villanucci, 2010: 61), seringa nasal (Semenya and Potgieter, 2004: 8) ou outros medicamentos e instrumentos associados à prática biomédica.

Para além dos tratamentos, foram, igualmente, descritas algumas práticas preventivas com remédios tradicionais, recorrendo à expurgação. Este assunto será mais desenvolvido no capítulo IX.

Figura 7.7 - *Nyanga* a mostrar as suas plantas a secarem



Apesar do conceito de *malária* possuir vários significados, como pudemos observar na Figura 6.4, de um modo geral, existe um consenso na sua categorização como “doença do hospital” – excluindo a “doença da lua”, “doença de maluquice” e *dzedzedza* . Consequentemente, de imediato ou após um banho para retirar os maus espíritos, o doente é referido para a unidade sanitária mais próxima. Dos testemunhos recolhidos, conclui-se que a definição da *malária* como “doença do hospital” decorre de três situações: as campanhas de educação para a saúde pós-cheias de 2000, o acesso crescente à

biomedicina e o insucesso terapêutico do uso da medicina tradicional quer em termos de cura quer em termos da rapidez dos resultados.

> " *(…) Tradicionalmente, conseguimos curar a malária, mas como as pessoas são sensibilizadas a ir ao hospital, nós também vamos. (…) As pessoas aparecem, mas, atualmente, já não sei curar bem a malária. Faço o que posso e depois mando a pessoa para o hospital, porque não tenho comprimidos para dar à pessoa. Atualmente, não sabemos curar a malária." (#47, curandeira, Changulene)*
>
> *" (…) Quando a pessoa aparece… eu não sei curar a malária. Por isso, mando as pessoas para o hospital, porque é aí que dão medicamentos para a malária. Nunca curei malária. Mesmo no caso de as pessoas terem malária em que falam coisas sem sentido, eu normalmente mando-as para o hospital." (#48, curandeira, Changulene)*
>
> *" (…) Não curo malária. Mesmo os adultos, quando sentem qualquer sintoma, vão ao hospital. Na altura, se tivesse estes sintomas arranjava umas raízes de plantas que conheço ou que alguém conhece, fervia-se e tomava-se. Seja qualquer tipo de planta, mas que seja comestível e que não mate ninguém. Mas, nos dias de hoje, nem que recorra às plantas que usávamos no passado, não resulta. Por isso recorro aos hospitais." (#53, curandeira, Bombofo)*
>
> *" (…) A malária, normalmente, não curo, mas sim, quando a pessoa chega à minha casa e queixa-se de dor no corpo, aquecimento do corpo, dor de cabeça, falta de apetite, dor nas articulações… dou água fria para banho ou molho uma toalha e cobro até baixar a febre. Mas logo levo para o hospital. Aqui, como há problemas de chapa e estamos muito… Quando eu ainda quero dar ou fazer tratamento tradicional, isso é muito moroso e faço a pessoa perder tempo, porque pode ter falta de soro e sangue." (#94, curandeira, Nwachicoluane)*
>
> *" (…) Não curo a malária. Pode dar-se o caso da pessoa não ter soro e eu não consigo pôr essas coisas. Aí,, mando a pessoa para o hospital, onde dão comprimidos." (#113, curandeira, Maloluane)*

No entanto, se após o diagnóstico o *nyanga* considera que, apesar das semelhanças com a *malária*, a enfermidade não pertence à esfera "do hospital", o curandeiro prepara os remédios tradicionais e administra-os aos doentes.

> *" (…) Trato a malária cerebral com diferentes raízes – alimanha, inhasoluane, dema . Despedaça-se, ferve-se e toma-se como se fosse chá." (#3, curandeira, 2º bairro da cidade de Chókwè)*
>
> *" (…) A malária cerebral curamos, porque, quando temos reuniões, há curandeiros que dizem que curam a malária com raízes de papaeira, cana doce − mas a parte que não é doce (…) Despedaça-se a cana e a raiz da papaeira com uma colher de sal e açúcar, ferve, toma-se e não aparece mais. Às vezes, toma-se os medicamentos do hospital e tem-se de voltar várias vezes ao hospital, porque a malária não passa. Este remédio, quando tomas, a malária não aparece. Desaparece." (#14, curandeiro, Lionde)*
>
> *" (…)* [Malária Cerebral] *Bom, às vezes parece aquela doença de ataque – quando começa a sair espuma branca da boca. Tenho um medicamento para essa doença, uso raízes. A malária cerebral manifesta-se como doença de ataque." (#17, curandeiro, Lionde)*
>
> *" (…) Plantas para curar a malária… Se a malária não for grave e a pessoa sentir dores de barriga, vómitos e convulsões, eu preparo o medicamento, a pessoa toma e passa. Uso a planta t'hila e tinta (nome da planta). As raízes das plantas são fervidas e toma-se como se fosse chá. Toma-se três vezes ao dia (manhã, tarde e noite). Se a malária não for grave, o doente toma o medicamento, durante menos de uma semana. Se for grave, pode tomar durante uma semana. Se for necessário, a pessoa pode ficar de baixa e, assim, posso ver a*

reação aos medicamentos. Se os pais ou a pessoa não quiser ficar, dou-lhes o medicamento e tomam em casa. (…) Se a malária for grave, e eu não conseguir curar e mando a pessoa para o hospital." (#76, curandeira, Machua)

A complexidade em definir a malária elucida-nos quanto à dificuldade em abordar este tema, dada a multiplicidade dos seus significados, experiências de saúde e doença, conhecimentos médicos incorporados no diagnóstico e tratamento dos *tinyanga*. O sistema de referência e seguimento dos doentes por estes terapeutas tradicionais é reconfigurado e integrado na sua relação com a biomedicina, através das novas políticas, recentes tecnologias (como a introdução dos Testes de Diagnóstico Rápido) e renovadas categorizações e interpretações da enfermidade ("falta de sangue e falta de água").

7.5 Discursos sobre o papel do *nyanga*

Tal como apresentado no ponto 5.1.1, a presença do *tinyanga* remete-nos para o período pré-colonial, altura em que esses curandeiros desempenharam um importante papel de "domesticadores da incerteza", na medida em que tinham o monopólio da prestação de cuidados de saúde quer ao nível das "doenças do hospital" − por vezes tratadas com plantas e raízes − quer em relação às "doenças da tradição" quer, ainda, no que respeitava à feitiçaria. Durante as últimas décadas de ocupação colonial assistiu-se ao surgir de novos provedores de cuidados de saúde e a um crescente pluralismo terapêutico, devido ao contexto histórico, caracterizado por rápidas mudanças políticas, sociais e económicas, consequência tanto das dinâmicas nacionais como das reconfigurações societais ocorridas na região austral e, ainda, da entrada de novos agentes na arena política. É neste âmbito de forças e atores multipolares que os provedores de cuidados de saúde e pacientes adaptam as suas estratégias de sobrevivência, caracterizadas pela monetarização da vida e das relações sociais.

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[250], lógica de oferta e procura, especificidade do serviço prestado e carteira de clientes. A monetarização, comoditização da vida social[251] e a elevada mobilidade alteraram, profundamente, a lógica de prestação de

[250] Quanto mais isolada e sem fácil acesso a um centro de saúde estiver uma aldeia, maior a probabilidade de se consultar um *nyanga*. *" (…) Estou aqui, o meu pai é curandeiro, o meu vizinho é curandeiro e o posto está aonde? Está distante. Então, eu vou ao meu vizinho para ter a cura". (#107, homem, Cumba)*

[251] Ver também Pfeiffer (2005: 257).

cuidados de saúde dos *tinyanga*. Antes, a cobrança do serviço prestado realizava-se, apenas, após a família do cliente ter comprovado a eficácia do tratamento.

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

> *"Entre 1969, era dois escudos e mais tarde passou a pagar 50 meticais pela consulta. Uma galinha estava a 50 meticais, mesmo com uma galinha, tratávamos as pessoas." (#14, curandeiro, Lionde)*

Atualmente, uma das principais críticas tecidas aos curandeiros é o facto de os seus serviços serem muito dispendiosos, comparando 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 humanidade em relação à situação de enfermidade e à ausência de recursos financeiros e materiais dos pacientes que contratam os seus serviços.

> *"Os curandeiros fazem trabalho, mas, atualmente, não fazem bom trabalho, porque exigem muito dinheiro e querem que se pague antes da pessoa melhorar. Antigamente, o curandeiro dava o medicamento, curava e a pessoa pagava mais tarde." (#29, pastor, Bombofo)*
>
> *"Eles, atualmente, cobram um valor muito alto e, agora, quando fico doente, vou ao hospital." (#16, homem, Lionde)*
>
> *"As pessoas têm de trabalhar para poderem pagar. Se se sente melhor, o curandeiro pede mais dinheiro. Aí, a pessoa refere que não tem dinheiro e o curandeiro diz-lhe para ir arranjar trabalho para lhe pagar. Os curandeiros não obrigam as pessoas a arranjarem trabalho. As pessoas para pagar é que têm de arranjar dinheiro a trabalharem na machamba. Pode até demorar um ano a pagar essa dívida". (#19, homem, Lionde)*
>
> *"É mais barato ir ao hospital." (#33, mulher, Bombofo)*
>
> *"Quanto ao preço, não há um valor certo. A consulta são 100 meticais* [*€2,5*]*. Mais tarde, se a pessoa recuperar, pode cobrar entre 2000 a 5000 meticais* [*€51 a €128*]*, preço do tratamento da doença da lua. No meu caso, levo ao meu irmão* [*nyanga*]*, mas não é um valor muito alto, pode rondar os 1000 a 1500 meticais* [*€25 a €38*]*." (#45, homem, Changulene)*
>
> *"O dinheiro que os curandeiros cobram é muito alto. Ele irá determinar o valor que quer, consoante a tua doença. Os antigos eram bons, mas os atuais só querem dinheiro para quem for lá. Cobram um valor muito alto." (#51, homem, Changulene)*
>
> *"Para fazer um tratamento em casa pagas 1500 meticais. Para ir buscá-lo a sua casa pagas. Antes de começar com o tratamento, pagas se for para fazer um tratamento na sua casa. Por exemplo, se for uma cerimónia aos seus antepassados pagam 10 000* [*€256*] *ou mesmo um gado. O valor que pagas para entrar em sua casa está a 300 meticais* [*€7,5*] *e para sair os espíritos dos antepassados está a 1 500 meticais. Para pôr os medicamentos podes pagar 8 mil a 10 mil* [*€205 a €256*]*, que corresponde ao valor de um gado." (#73, homem, Machua)*
>
> *"Em 1994, o meu marido estava doente. Mas ele já morreu. em 2001. Tivemos um problema, ele tinha doença de trope − tem a ver com o sexo. Disseram que esta doença tinha que ser curada tradicionalmente. Fomos a um curandeiro e levei os medicamentos, mas eu já tinha apanhado injeções e, quando tomei aquele medicamento, passou logo e no meu marido*

também. Paguei 600 meticais [*€15*] *na altura. Era barato. Agora o tratamento está muito caro. Custa 4000 a 5000 meticais* [*€102 a €128*]. *Nunca mais fui ao curandeiro." (#91, mulher, Maxinho)*

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" ou feitiçaria), o paciente e a sua família podem não encontrar alternativas, face à excessiva exigência monetária para realizarem o tratamento e a probabilidade de insucesso terapêutico. Nestes casos, as pessoas deparam-se com o dilema entre continuarem doentes e sem possibilidade de cura ou hipotecarem o seu futuro contraindo empréstimos junto de familiares ou, ainda, entregarem uma cabeça de gado, normalmente guardada para outras obrigações sociais, como o *lobolo* e cerimónias fúnebres.

" (…) "Aqui não há espírito de entreajuda, o que funciona é o dinheiro." (#81, homem, Massavasse)

" (…) Atualmente, se vais ao curandeiro doente, ele quer dinheiro logo e, se não tiveres, ele não te trata. Se ficas melhor ou não, ele só quer o dinheiro. Tomas o remédio dele e cobra valores muito altos − a partir de 1000 meticais − para curar a pessoa. A pessoa morre e nem ficou melhor, e ele cobrou o dinheiro." (#139, grupo focal, Macunene)

" (…) O mal de agora é o dinheiro. Nos tempos, o curandeiro era uma boa pessoa. Nos tempos em que não havia hospital, uma pessoa, quando partia um braço, o curandeiro fazia um meio para o braço voltar ao normal. Não havia hospital nem doutor. Nos tempos, não pagávamos em dinheiro, dávamos uma galinha e era tudo. (…) Agora você corre ao curandeiro e ele tira isso, num dia. Pede mola (dinheiro). Como é que vai pagar 30 mil (€770)? Você vai safar-se, quando tiver gado. (…) Os curandeiros coordenam entre eles e logo você safa-se. Tira esse dinheiro e eles comem juntos, dividem. Isso é um negócio." (#127, pastor, 5º bairro da cidade de Chókwè)

" (…) Os curandeiros fazem um bom trabalho mas só se tiver dinheiro. Mesmo cerimónias com os espíritos, só fazem se pagares. Não é como antigamente… Antigamente tudo era fácil, pagava-se com capulana e ele atendia-te. Pagava-se com um dinheiro, mas isso bastava. Hoje em dia, se não tem 2000 não te atendem, são muito careiros." (#141, mulher, Macunene)

As igrejas ziones vêm colmatar este dilema e são alternativa ao conflito de interesses e à decisão de vida ou de morte, como veremos no capítulo VIII.

Os discursos relativos ao carácter individualista com que o *nyanga* gere as suas relações interpessoais terapêuticas são extensivas 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 destes episódios originou vários encontros entre técnicos dos centros de saúde, líderes comunitários, elementos da Administração Distrital e *tinyanga*, de modo a sensibilizarem 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 estes encontros, para minorar o impacto das ações destes cuidadores tradicionais.

> *" (…) Os curandeiros, por um lado, fazem um bom trabalho, mas o problema dos curandeiros é que não mandam as pessoas para o hospital. Uma doença que ele não sabe curar, ele diz que sabe, porque precisa do dinheiro." (#168, pastor, Matuba)*

> *" (…) O problema dos curandeiros é que ajudam, mas, muitas vezes, fazem atrasar os doentes. Porque um doente chega lá aos curandeiros, ele por querer o dinheiro, há de ver muita coisa naquele doente, há de ficar muito tempo. Quando vê que já não está a conseguir é que vai mandar para o hospital. Mas, quando chega no hospital, há de ser muito tarde, porque já ficou, muito tempo, no curandeiro." (#23, mulher, Lionde)*

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 consideradas 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, os 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 é-lhe atribuído um carácter 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 económicas para tal, poderá consultar outro *nyanga*. O segundo irá confirmar ou infirmar o diagnóstico inicial. Honwana identifica três consequências que emergem da consulta a vários curandeiros: " (…) 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" (Honwana, 2002: 73).

Ao ser reconhecida alguma aleatoriedade relativamente 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. No entanto, essa arbitrariedade não retira o efeito acusatório e o estigma social atribuído ao indivíduo e ao seu núcleo, contribuindo, por vezes, para a desagregação familiar – separação entre marido e mulher, irmãos, abandono de idosos[252] − ou, em casos extremos, para os linchamentos[253] decorrentes de uma alegada justiça popular

> *" (…) Os curandeiros, se apenas curassem, seria boa coisa. Assim trazem conflitos entre familiares. Há dias atrás, um casal sofreu com os seus filhos, porque os filhos bateram nos pais e disseram que os pais são feiticeiros. Então, isso não é boa coisa. Apenas é só para ganharem dinheiro. Um dos filhos andou doente e foram consultar os curandeiros e o curandeiro disse que quem está a pôr essa doença são os vossos pais." (#184, pastor, Manjangue)*

> *" (…) Não tenho uma ideia muito boa. Pelo trabalho que fazem põem, sempre, as pessoas em conflito. Por exemplo, podem dizer que alguém te quer matar, porque tens uma casa de alvenaria, tens bens. E o que tens é feitiçaria. Também há diferenças entre curandeiros. Há curandeiros das raízes e há outros que só procuram coisas para ter o seu pão." (#133, pastora, Macunene)*

Esta 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.

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 curandeiros como para captar a atenção de potencial clientela.

Estes 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

[252] Ver também Akrong, (2007, pp. 53- 92) sobre a Fenomenologia da Feitiçaria no Gana, onde são apresentadas as estratégias desenvolvidas pelo Estado, pelas ONG e pelas igrejas, no combate à feitiçaria e à integração das curandeiras noutras atividades económicas.
[253] Ver Serra (2008).

do ato de feitiçaria. Segundo os entrevistados, estas 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 curandeiros 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 curandeiros, 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. Este duplo poder sobre o outro (saber sobre o outro e a possibilidade de fazer algo contra o outro) faz dos curandeiros, também, membros temidos e repudiados.

Estes discursos sobre os *tinyanga* devem, igualmente, ser enquadrados num contexto de forte cristianização da sociedade (ver capítulo VIII) e diabolização dos curandeiros, 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 estes terapeutas tradicionais é sempre realizada de noite, para que a identidade do paciente/cliente não seja revelada publicamente e, deste modo, fique exposto às interpretações e julgamentos locais bem como aos riscos que poderão estar implicados.

A negociação, no ato da consulta ao curandeiro, como a qualquer outro provedor não tem de ser do agrado e concordância do doente/cliente (Langwick, 2007: 112), mas da interpretação que este faz dos benefícios e bem-estar que daí advirão. Na esfera biomédica, ouvimos contar, com frequência, que as mães comparecem, mensalmente, à vacinação e controlo do peso dos seus filhos, não por considerarem essa prática importante, mas por saberem que, caso falhem, na próxima vez que precisarem de ir ao centro de saúde, a enfermeira que as atender poderá ter uma linguagem ofensiva ou, mesmo, atendê-las apenas ao final do dia. 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.

Síntese

Os *tinyanga* são atores sociais importantes não só pelo que representam em termos de repositório vivo da tradição oral como também pelo seu papel de intermediários com os antepassados.

Tendo o corpo como a fronteira entre o mundo dos vivos e dos mortos, o acesso às etiologias e ao tratamento passam por esta relação, baseada na tradição oral passada de tutor para aprendiz e na experiência espiritual mantida com os antepassados. Ser curandeiro torna-se, assim, uma "vocação" imposta e um conflito constante entre a vontade própria e a tradição, entre a doença e a saúde.

As práticas e o papel dos *tinyanga* foram moldados pelas circunstâncias políticas, económicas, sociais e relacionais (novos provedores), reconfigurando, assim, as perceções, significados e práticas sobre a saúde e a doença da sociedade de Chókwè. A medicina tradicional e os seus provedores passaram a integrar novos conhecimentos e a moverem-se numa sociedade com múltiplos sistemas médicos e provedores, em que os indivíduos e grupos procuram aconselhamento e tratamento. A existência de doenças crónicas, como a diabetes, a hipertensão e o VIH/SIDA desafiam os conhecimentos prévios de doentes e curandeiros, que sempre encontraram nas plantas e na sua relação com os espíritos, a solução para as enfermidades e infortúnios.

Como estratégia de existência e de legitimação, a maioria dos *tinyanga* contactados fazem parte de associações profissionais e procuram reencaminhar os seus pacientes para o Sistema Nacional de Saúde, onde receberão cuidados mais adequados – principalmente quando há suspeita de um caso de malária. Apesar do discurso que destaca o individualismo, a falta de humanidade e diaboliza a ação dos *tinyanga*, a referência de doentes para os centros de saúde reconfigurou os seus conhecimento e o seu papel, ao passarem a acompanhá-los, a apoiarem a sua medicação e a visitá-los no hospital. Por outro lado, também atendem aqueles que precisam de proteção para atos que comportam riscos e perigos e "encomendam" infortúnios a pedido dos seus clientes. As múltiplas esferas em que os curandeiros se movem e a informação sobre a comunidade a que têm acesso fazem deles tanto membros temidos como repudiados.

Capítulo VIII Novos provedores de cuidados de saúde: os líderes religiosos

Neste capítulo pretende-se destacar a relação entre as instituições religiosas missionárias e a população de Chókwè, assim como analisar o papel das Igrejas Africanas Independentes como ator proeminente, no conjunto dos provedores de cuidados de saúde existentes nas sociedades do sul de Moçambique.

Na análise do fenómeno religioso e espiritual e das suas práticas terapêuticas, enfatizar-se-á o seu carácter dinâmico e plural, onde o contexto histórico e a agência dos crentes e comunidades vinculadas às igrejas reconfiguram as "tradições", os cânones e as práticas.

Esta abordagem dinâmica e histórica vai ao encontro do conceito de religião que será adotado, na tentativa de captar as práticas terapêuticas e as suas interfaces com fatores socioeconómicos e políticos. O fenómeno religioso afasta-se de uma visão essencialista, estática e redutora da vida social. Na realidade, molda-se e é um produto do momento histórico, dos seus atores, das vivências e necessidades manifestadas pelos crentes. Ainda que nas tradições islâmicas e cristãs haja um sentido de coesão, exclusividade e reserva na vivência da fé (Brenner, 2000: 144), observa-se uma grande mobilidade e pluralismo religioso e espiritual, que obedece à agência dos próprios devotos e às respostas que encontram para as suas vivências quotidianas. A reconfiguração constante do fenómeno do culto e das práticas curativas que lhe possam estar associadas ocorre num momento de globalização de organizações religiosas transnacionais (como as igrejas carismáticas pentecostais), da reafirmação da génese das igrejas africanas independentes, e da "africanização" das igrejas cristãs missionárias (católicas e protestantes).

Num momento histórico de grandes fluxos e mobilidade (*religionscapes*), o conceito de religião de Brenner capta esse movimento e permuta: " (…) *Field of cultural expressions that focuses specifically on communication and relationships between human beings and those (usually) unseen spiritually entities and/or forces that they believe affects their lives"* (Brenner, 2000: 164). Segundo Brenner, não existe nenhuma distinção entre as crenças locais e relação com a ancestralidade ou com uma entidade suprema que, comummente, os interlocutores designaram de Deus. No entanto e em conformidade com a presente investigação, as relações com a ancestralidade são caracterizadas por uma extrema complexidade, de acordo com os significados e as obrigações que os membros de uma linhagem têm para com os seus parentes. Os antepassados são, recorrentemente, caracterizados quer como espíritos bons quer como espíritos maus, em consonância com as

suas vivências terrestres (por exemplo, o cumprimento das obrigações do grupo), circunstâncias da sua morte e as múltiplas interpretações que lhe são atribuídas pelos familiares.

Neste capítulo, procurar-se-á analisar o fenómeno religioso na sociedade de Chókwè, desde o período colonial à atualidade e o seu papel na esfera da saúde e da doença, procurando destacar os principais testemunhos sobre os líderes religiosos, também designados de pastores, e as práticas terapêuticas referentes à malária e outras enfermidades.

8.1. O Estado colonial, as igrejas missionárias e a comunidade islâmica

Desde tempos remotos até à atualidade, a dimensão religiosa e espiritual das populações africanas esteve associada ao seu bem-estar e saúde. A medicina e a religião sobrepunham-se, e as sociedades procuravam garantir a manutenção da harmonia, ordem e prosperidade da sua linhagem, através da realização de rituais e cerimónias de homenagem e agradecimento aos seus antepassados, assim como o cumprimento das regras sociais do seu grupo. A cosmovisão assentava, e de modo reconfigurado assenta nos dias de hoje, nas relações com a natureza, com os seus pares e com os antepassados, em que o equilíbrio de forças e o cumprimento de regras sociais originam a harmonia, prosperidade e bem-estar dos elementos da linhagem[254].

Desde a fundação do cristianismo e islamismo que as trocas e contactos com os povos africanos – principalmente no norte de África (Sundlker, 2000: 10-20) e nas zonas costeiras – foram inúmeros, como resultado dos movimentos expansionistas, civilizadores e conversão dos infiéis. Os missionários e administrações coloniais, com uma missão civilizadora assente na distinção entre a medicina e a religião e entre o corpo e a alma, reprovaram as populações africanas e as suas expressões religiosas ancestrais (Honwana, 2002: 121). Nessa linha de atuação, a administração colonial portuguesa também as reprimiu (Honwana, 2002: 122-123). A expansão do cristianismo surge como estratégia para "eliminar" as práticas obscurantistas e supersticiosas da população africana quer através das estruturas da igreja colonial católica quer através das igrejas protestantes (Farré, 2010: 3). A descoberta de novos mundos envolvia a expansão da fé cristã, a conversão dos infiéis e a consequente civilização dos povos. O acordo entre Portugal e a Santa Sé, denominado "Padroado Português", em 1455, confirmado pela bula *Romanus Pontifex* do Papa Nicolau V, anuncia que a " (…) evangelização tanto dos crentes como dos pagãos ao cristianismo devia ocorrer simultaneamente com a invasão, submissão e conquista dos povos (…) " (Chidassicua, 2005: 3). A presença missionária portuguesa além-mar esteve sujeita às

[254] Ver Capítulo VI sobre o desenvolvimento destas três dimensões.

alterações e reformas operadas na corte nacional, entre as quais se destacam o papel do marquês de Pombal, a consolidação do liberalismo e a implantação da república. A expulsão dos jesuítas, as medidas anticlericais e a lei de separação do Estado da Igreja viriam a enfraquecer a missão civilizadora de Portugal. Com a Conferência de Berlim (1884/1885) e a ditadura militar que deu origem ao Estado Novo, foi reforçada a missão civilizadora e a conversão à fé cristã, nas províncias coloniais.

A componente de educação (religiosa e escolar) assumia uma importância ímpar (ver quadro 8.1) na atividade evangelizadora, reforçada pelo Estatuto Missionário (1941) que atribuía total responsabilidade à igreja católica e a certificava como a instituição com capacidade para civilizar as populações locais (Chidassicua, 2005: 24), cuja educação era, principalmente, efetuada por moçambicanos batizados e com reduzidas habilitações para essas funções. Nos anos 40, o grau de aproveitamento destes alunos nunca ia além do 1% do total dos matriculados no ensino rudimentar[255] (Hedges e Rocha, 1999: 121).

Em 1958, a limitada dispersão geográfica das igrejas missionárias e a adesão ao cristianismo pela população local eram expressas pelos seguintes números: católicos (354 421), outras religiões cristãs (protestantes) (99 271), outras religiões (616 995) e, por último, sem religião ou com religião ignorada (4 668 224) (Gonçalves, 1961: 57).

Os missionários, também, desempenharam um importante papel na esfera sanitária com a abertura de centros de saúde e hospitais que permitiram, em primeiro lugar, o acesso a assistência médica aos colonos e assimilados e, em segundo plano, à população local. Como refere Lock e Nguyen, o serviço missionário de salvar almas e curar corpos estava, intrinsecamente, ligado (2010: 162). Esta missão civilizadora no campo da saúde rejeitava e opunha-se ao uso da medicina tradicional, à consulta de curandeiros e à realização de cerimónias − aspetos centrais da cosmologia e filosofia da vida das populações locais. Desta forma, a igreja católica torna-se parte integrante e executora do projeto colonial.

Constatam-se relatos (Cruz e Silva, 1996: 264; Almeida, 1997: 24-25; Chidassicua, 2005: 28-31) de missionários portugueses que se manifestaram contra a política colonial e contra o modo diferenciador e explorador da população indígena, nos anos 40. Com a escassez de missionários portugueses e a entrada de missionários estrangeiros católicos, em Moçambique, o regime colonial português enfrentará a oposição, denúncia e um outro modo de cumprir a missão civilizadora, assente, agora, na defesa do uso da língua local, no

[255] Depois de complementarem os 3 anos da Escola Rudimentar, os alunos podiam continuar a frequentar o terceiro ano do ensino regular, Ensino Primário Elementar e, finalmente, o último e quarto nível primário, Ensino Primário Complementar (Cruz e Silva, 1996: 122).

acesso universal ao ensino e na formação do clero africano (Chidassicua, 2005: 24). Destacam-se as seguintes congregações missionárias: Sociedade dos Missionários de África (Padres Brancos) – que abandonaram Moçambique por discordarem da política colonial (Helgesson, 1994: 376-377), Padres de Verona (Missionários Combonianos) (Sundkler e Steed, 2000: 818), Missionários da Consolata e os Padres Burgos (Congregação S. Francisco Xavier de Burgos).

Quadro 8.1 - Bens da Igreja Católica em 1974

Dioceses	Hospitais	Maternidade	Posto Sanitário	Ensino primário	Ensino Liceal	Ensino Profissional	Ensino Normal
Lourenço Marques	3	4	19	264	15	7	2
João Belo[256]	0	4	15	402	3	3	0
Inhambane	2	7	12	418	3	6	1
Beira	4	12	26	434	11	8	2
Tete	0	7	9	468	4	3	1
Quelimane	9	13	27	1243	4	7	2
Nampula	7	13	34	881	7	3	2
Vila Cabral	0	7	9	318	6	4	1
Porto Amélia	0	0	9	600	5	3	1
Total	25	67	160	5028	58	44	12

Fonte: Pinheiro (1992: 556-557)

No que diz respeito ao Islamismo, Pinto refere que esta religião chegou a Moçambique, no século VII, levada por mercadores árabes e navegadores (Pinto, 2002: 64), devido ao amplo sistema comercial ao longo da costa oriental africana, com ligações a portos no oceano Índico. Segundo Macagno, as populações do litoral norte e centro de Moçambique (entre o rio Rovuma e Zambeze) constituíam a matriz das comunidades afro-muçulmanas que, posteriormente, se expandiram para o interior do país (Macagno, 2006: 29-30). Em 1840, grupos Yao e Macua já tinham adotado estilos de vida islamizados e, em 1870 e 1890, esta expansão coincidiu com a chegada de exploradores, administradores e missionários ao norte de Moçambique (Macagno, 2006: 30). A expansão do islamismo, também, ocorreu por via dos movimentos migratórios internos, pelo que, no início do século XX, um elevado número de membros da etnia Macua viria a fixar-se no Bairro da Mafalala, na cidade de Lourenço Marques (Macagno, 2006: 143). Segundo Gonçalves, na década de 60, estimava-se que a população muçulmana se situasse entre os 700 mil e um milhão, em todo o território moçambicano (Gonçalves, 1962 *apud* Pinto, 2002: 70).

[256] Durante o período de ocupação colonial, o atual distrito de Chókwè pertencia à diocese João Belo.

À semelhança da reação com as igrejas protestantes, a administração portuguesa, temendo a influência islâmica, delineou quatro estratégias: " (…) a repressão policial e militar das lideranças islamitas, principalmente no norte, a supressão da educação islâmica e a proibição da língua árabe, o estabelecimento da educação e seu monopólio sob a alçada dos missionários católicos portugueses e, ainda, o isolamento forçado dos muçulmanos moçambicanos do resto do mundo islâmico" (Pinto, 2002: 76).

A Missão Suíça, também, se estabeleceu no sul de Moçambique, em 1878, e as autoridades coloniais recearam que os seus membros pudessem vir a fomentar o nacionalismo através das suas escolas e atividades pastorais (Cruz e Silva, 1996: 2). Por outro lado, a associação da matriz religiosa (protestante) a duas grandes potências económicas (ingleses e alemães) interessadas no território ocupado pelos portugueses adicionava outro elemento de desconfiança (Ngoenha, 1999: 431). Como refere Gonçalves: "(…) o protestantismo iniciou uma nova fase da sua implantação: começou, para tanto, a estabelecer mais profundos e vivos contactos entre os seus diversos ramos, preparou-se para suportar a reação das missões católicas e procurou enraizar-se, profundamente, no espírito dos africanos (…) " (1961: 85).

Em 1894, segundo Feliciano, existiam cinco delegações da Missão Suíça, no sul de Moçambique (Lourenço Marques, Ricatla, Magude, Mahotas e Catembe) demonstrando a progressiva expansão desta igreja protestante (Feliciano, 1998: 114). As relações entre a igreja católica e a Missão Suíça eram tensas e conflituosas, e a polícia colonial, frequentemente, prendia[257], vigiava e perseguia os membros dessa comunidade (Helgesson, 1994: 331, 369-370), ao mesmo tempo que legislava no sentido de retirar espaço de intervenção às igrejas protestantes, designadamente através da obrigatoriedade da língua de comunicação ser a portuguesa, da proibição do uso das línguas locais, incluindo em publicações, da limitação da idade de frequência do ensino, da certificação e autorização colonial dos professores e, por último, por apenas as escolas construídas com blocos de cimento e do conhecimento da administração local estarem autorizadas a receber alunos (Cruz e Silva, 1996: 81-82).

Nas atividades de prestação de cuidados médicos, a Missão Suíça, à semelhança da igreja católica, prestava assistência à população local, através de vários hospitais e centros de saúde construídos nas suas missões assim como através do apoio financeiro à formação de

[257] O exemplo mais ilustrativo da vigilância e terror exercidos pela PIDE e outras forças policiais coloniais refere-se à morte, na prisão, em 1972, de Zedequias Manganhela e José Sidumo, ambos membros de igrejas protestantes.

enfermeiros (Cruz e Silva, 1996: 104). Apesar dos conflitos e tensões entre estas duas igrejas serem inegáveis, ambas pretendiam converter e civilizar as população.

Para além da Missão Suíça, nos finais do século XIX oficializava-se, também, a entrada de outras igrejas protestantes, como a Igreja Metodista Episcopal, a Igreja Metodista Wesleyana (1883), a Igreja Anglicana (1893), a União Baptista (1897), a Igreja do Nazareno (1930) e a Igreja Adventista do Sétimo Dia (1935) (Morier-Genoud, 1996: 74; Gonçalves, 1960 *apud* Jessen, 1997: 15).

O incremento das igrejas protestantes, em Moçambique, deveu-se à ação dos missionários protestantes junto dos trabalhadores assalariados nas minas da África do Sul e às suas vivências em meio urbano (Feliciano, 1998: 113; Agadjanian, 1999: 416). Como Sundkler e Steed referem: "(…) *The mine in Johannesburg became a way out for these migrants? labourers. Remarkably the mine also provided unforeseen benefits by the "protestant compound rooms" with voluntary and informal education. (…) There were two great motives behind this literacy work in the compound: letter writing home to the family was one such hoped for skill. The other was the hope of reading one's own New Testament in one's own language. The New Testament in Tshwa was a constant best-seller in the compounds."* (Sundkler e Steed, 2000: 817-818).

A frequência de determinada associação religiosa, em solo sul-africano, levou a que muitos moçambicanos, no regresso às suas terras de origem, procurassem fundar uma nova igreja, inspirados por essa vivência.

> *" (…) Em primeiro lugar, eu fui crente da igreja, em 1964. Esta igreja recebi na África do Sul (…). Eu voltei da África do Sul para cá com essa igreja e, quando eu cheguei aqui, comecei a reunir com as outras pessoas. Lá na África do Sul eu aprendi isto, isto e isto e elas aceitaram. Não havia casa, não havia igreja era na minha casa. A gente vinha aqui fazer a oração da tarde, quando ia dormir e quando levantava. (…) No dia de domingo, também, chamava-os para virem para aqui fazer o trabalho de domingo do Senhor. Primeiro, orar e cantar e, depois, dar a pregação, dar a palavra de Deus, conhecer o que é Deus, o que é orar, o que é cantar. (…) Quando eu voltei para a África do Sul, trabalhei, trabalhei, trabalhei e posso dizer que Deus não gostou que eu trabalhasse, e fui atacado com muita doença até ficar no hospital. (...) E, quando voltei para aqui, em casa, e comecei mesmo a fazer o trabalho de Deus e não fui a nenhuma parte, não fui ao hospital. (…) Trabalhei como evangelista, trabalhei, trabalhei trabalhei até 2004. E, em 2004, tornei-me o pastor da igreja, até a este momento."* (#137, pastor, Macunene)

A igreja católica e as igrejas protestantes missionárias opunham-se às práticas terapêuticas, cerimoniais e preventivas realizadas pelos curandeiros, consideradas como obscurantistas e "primitivas". A adesão às igrejas missionárias pressupunha um corte com o passado e com uma vivência social quer com os antepassadosquer com atores sociais como os curandeiros.

A compartimentação da cosmovisão por parte das igrejas missionárias contribuíram, segundo Mazibuko, para a aculturação, a perda de espiritualidade e a desumanização da personalidade africana (Mazibuko, 1996: 252). Mas foi, também, com a adesão a estas igrejas que a população moçambicana teve o primeiro contacto com a biomedicina, suas terminologias, objetos, etiologias e rituais curativos. Aderir a estas igrejas implicava um corte com o passado e com a tradição e o assumir de uma nova identidade, pelo menos na esfera pública.

> *"Nasci em 1944. Como o meu pai era pastor da Missão Suíça, sempre íamos ao hospital, davam injeção e meu pai não gostava de ir ao curandeiro. Nasci na aldeia de Mahela, Mapulaguene, na província de Maputo." (#105, pastora, Cumba)*
>
> *"Sempre que ficasse doente, os meus pais, como eram crentes, não gostavam de raízes. Apenas íamos ao hospital. O meu pai rezava na igreja Católica. Por isso, eu, até hoje, sempre que fico doente, vou para o hospital. Eu vivia em Chalocuane." (#96, pastora, Nwachicoluane)*

Para as autoridades coloniais portuguesas, a valorização do africano e da sua cultura constituíam-se como entraves à missão civilizadora e à ordem[258] (Seibert, 2001: 234). O carácter emancipatório e político das igrejas africanas independentes (incluindo as igrejas ziones) durante as lutas anticoloniais é amplamente destacado (Bompani, 2008: 667; Kealotswe, 2004: 214; Feliciano, 1998: 115; Cavallo, 2013: 18-19) na prossecução de um objetivo único: África para os africanos.

8.2 As igrejas independentes africanas e as igrejas missionárias

Para além da presença do islamismo e das igrejas missionárias (protestantes estabelecidas[259] e católica), a partir do século XX, assiste-se ao surgir das igrejas africanas independentes ou, como alguns autores, também, designam as igrejas indígenas (Oosthizen e Hexham, 1992) ou iniciadas em África (Westerlund, 2006: 191). Oosthizen faz, também, uma distinção entre o conceito de Igrejas africanas independentes e indígenas/iniciadas, considerando que as primeiras se referem-se a igrejas dissidentes das protestantes

[258] "*Even if the African population understood nothing of what certain scientists wrote about the depths of African philosophy, it created in them, however, big dreams of importance, and when they in their catechisms canonized their own culture, as expressed in customs and folklore, hopes were lit in them of a future black Christ, already painted and sculptured in some churches (…) when confronted with the demands of Catholic moral, sects, which could be characterized as a kaffir Christianity, like Zionism and other bewildered sects of a similar nature. Bizarre syncretism of Christian beliefs, welded to animism and Native magic, pompous hierarchies and rituals mixed with magic and dancing, which exercize an irresistible fascination over the Native, attracting baptized Christians and enticing many away from the mission catechism classes*" (Helgesson, 1994: 292).

[259] Igreja Presbiteriana (Missão Suíça), Igreja Luterana, Igreja Anglicana e Igreja Metodista (dissidente da Igreja Anglicana).

mainline/estabelecidas e as segundas foram criadas no seio das sociedades africanas, sem nenhuma filiação a outras igrejas (Oosthizen 1999: 158).
Num contexto em que o cristianismo é transmitido e difundido através da ação missionária estrangeira, as igrejas africanas independentes multiplicam-se pelo sul de Moçambique e procuram uma identidade africana, que se expressa através da ênfase dos símbolos, da poesia, da música e da dança, procurando enquadrar o contexto socioeconómico e as vivências da população nativa na experiência religiosa que, segundo Oosthizen e Hexham, estava reduzida à ideologia ocidental de um cristianismo empacotado e subjugado ao papel de colonizador (Oosthizen e Hexham, 1992: 4).

As igrejas africanas independentes são consideradas como mediadoras da vida social, onde os "benefícios horizontais são socializados e os benefícios espirituais são individualizados" (Oosthizen e Hexham, 1992: 6) e onde ocorre uma constante reinterpretação e fusão entre o cristianismo e a tradição africana. Enquanto as igrejas missionárias baseavam a expressão e a vivência religiosa nas referências ocidentais, apesar de os missionários terem introdução as línguas locais, nas igrejas iniciadas assistimos a um sincretismo entre a cosmovisão africana (e suas diferentes expressões simbólicas e culturais) e o cristianismo missionário. No entanto, essa combinação deve ser entendida à luz do fenómeno da circulação (West e Luedke, 2006: 8), em que os elementos da tradição africana e os elementos da modernidade são reconfigurados, apropriados, manipulados ou rejeitados pelos atores sociais. As práticas e conhecimentos religiosos tornam-se, assim, plásticos e permeáveis à influência de fatores externos e internos às próprias sociedades.

O sincretismo entre o cristianismo e a cosmovisão africana valoriza a abordagem holística do bem-estar das pessoas e será um dos principais fatores de atração de crentes. Por outro lado, Oosthuizen sustenta que a feitiçaria e os maus espíritos foram, amplamente, negligenciados nos seminários e nas faculdades de teologia das igrejas estabelecidas (protestantes estabelecidas e católica) (Oosthuizen, 1992: 179).

As igrejas missionárias emergiram num contexto de afirmação do indivíduo, com a separação entre o corpo e a mente e em que as doenças do corpo pertencem à esfera de intervenção da biomedicina. Na presença de problemas de ordem económica, política e social, as respostas devem ser procuradas nessas mesmas esferas. Esta abordagem contrasta, fortemente, com a cosmovisão africana.

As igrejas africanas independentes tiveram uma grande adesão por parte da população moçambicana, num contexto de luta pela independência, de reintegração social do pós-guerra (Honwana, 2002: 16; Mahumane, 2004: 9) e na valorização e afirmação da agência

das populações africanas. Em 1968, segundo Sundkler e Steed, contabilizavam-se 5000 igrejas africanas independentes e, uma década mais tarde, esse número ascendeu às 10 000 (Sundkler e Steed, 2000: 1032). Em 1978, é criada, no Cairo, uma organização das igrejas africanas independentes (Sundkler e Steed, 2000: 1033).

8.3 Movimento pentecostal carismático

O movimento pentecostal carismático foi criado no início do século XX, nos Estados Unidos da América[260], tendo um cariz de contracultura e integração das minorias raciais. Segundo Anderson, buscava uma abordagem inter-racial e intercultural, o empoderamento de minorias socialmente excluídas e, na sua expansão missionária, uma forte sensibilidade quanto ao contexto social e cultural de implantação do movimento apostólico (Anderson, 2007: 10). As igrejas pentecostais distinguem-se pela cura espiritual, o batismo através do Espírito Santo e a utilização de várias línguas.

Segundo van Djik, estas igrejas carismáticas caracterizam-se: "*In calling themselves "charismatics", these churches emphasize highly personalized and individualistic religious notions of inspiration, revelation, moral and lifestyles which they seek to propagate. Leadership also is highly personalized, which means that secessions occur easily. Most importantly, as an ideology Pentecostalism itself is based on the notion of charismata, the gifts of the spirit, which are believed to become present in practices of healing, speaking in tongues, deliverance, prophetism and the like"* (van Djik, 1999: 7*9).*

O movimento pentecostal e as igrejas africanas independentes surgem como uma resposta às religiões estabelecidas quer nos países considerados do ocidente quer nos continentes asiático e africano, em que o espírito evangélico e o contexto sociocultural reconfiguram as práticas religiosas.

A expansão das igrejas africanas independentes na África do Sul contribuiu, em grande medida, para a sua criação e propagação, em Moçambique, devido ao contacto estabelecido pelos emigrantes moçambicanos a trabalhar no sector mineiro (Agadjanian, 1999: 416; Seibert, 2001: 226). Pfeiffer enfatiza o contexto de instabilidade política e social, a falta de meios de sobrevivência, a inflação dos custos dos cuidados biomédicos e tradicionais (através dos curandeiros) como motivos de deterioração das condições de vida da população, fomentando a adesão a estas instituições religiosas (Pfeiffer, 2005: 263) o que não teria sido possível sem uma progressiva abertura das autoridades estatais à

[260] O movimento pentecostal é proveniente da *Apostolic Faith Church*, *Azusa Street* em Los Angeles, fundada em 1906 pelo afro-americano William Seymour.

liberdade de culto e de associação (Agadjanian, 1999: 417). As igrejas africanas independentes assumem-se como "igrejas de pretos", que incorporam a cosmovisão africana e destacam a sua agência na construção e transmissão doutrinal, em oposição às "igrejas dos brancos", associadas à sua génese, ao período de ocupação colonial e ao facto de serem descontextualizadas da realidade onde se implantaram (Agadjanian, 1999: 420).

8.4 A formação do "Homem Novo" e as igrejas criadas na clandestinidade

Com a independência surge uma nova ideologia que pretende formar o "Homem Novo", valorizando o trabalho disciplinado, o despojamento material, o comportamento moral irrepreensível, a superação de antigas lealdades étnicas, religiosas e raciais e a valorização do coletivo sobre o individual, aspetos que deveriam orientar a vida dos moçambicanos (Thomaz, 2008: 179). Todos aqueles que não contribuíssem para o sucesso e reprodução deste modelo ou que o contestassem eram considerados improdutivos, inúteis e potenciais sabotadores[261], sendo necessário serem reeducados[262] ou reprimidos. Todos deveriam ter uma ocupação e contribuir, produtivamente, para a economia nacional, tendo sido as mulheres as principais vítimas: se não eram casadas ou não podiam provar que o eram, se os seus maridos não estavam presentes porque trabalhavam na África do Sul ou tinham sido deslocados para outras regiões do país, se eram viúvas ou domésticas, facilmente, eram acusadas de prostituição e forçadas a serem evacuadas para os campos de trabalho (Machava, 2011: 608).

Estima-se que 7000 moçambicanos seguidores da igreja Testemunhas de Jeová tenham sido, massivamente, obrigados a viver em campos de reeducação e a realizar trabalhos forçados, nas províncias da Zambézia e Niassa (Machava, 2011: 603). Um pastor dessa igreja deu-nos o seu testemunho sobre o recrutamento e o dia-a-dia num campo de reeducação na Zambézia:

> *"Comecei a rezar nesta igreja, em 1975. Já sabe, depois da independência, já sabe, houve coisas políticas. Havia reuniões nos bairros e é lá onde nós fomos presos, era no bairro, era no serviço... Eu fui preso com a minha mulher no bairro, com o meu filho, e levaram-nos todos para lá. Muitas, milhares… (pessoas da igreja levadas). Era vida do campo, transformei da vida de burocracia para ser agricultor. Quer dizer, vivíamos da nossa própria subsistência, cultivávamos o campo. (…) Bem, o propósito do governo era de desterrar as Testemunhas lá [Zambézia], quer dizer, isolar das outras pessoas e, quando ele desterra, você já sabe qual é a intenção. Havia lá outras Testemunhas do Malawi e também o Banda tinha banido lá [Malawi]. Então, quando o governo entrou e soube… o governo da Frelimo, não é? Soube que lá havia Testemunhas, permitido pelos portugueses, então nós fomo-nos juntar a eles.*

[261] Vulgariza-se o termo *Xiconhoca* em referência aos indivíduos sabotadores. Expressão corrente utilizada no sul de Moçambique.
[262] Expressão utilizada no discurso político.

Levaram-nos para aquele sítio, porque já sabiam que lá havia outras Testemunhas. Digo que eram milhares, porque eram malawianos e moçambicanos… Uns saíram via terrestre para Maputo até lá. Outros foram de avião. Eu fui de camião (…) Havia escolas. Mais tarde, o governo mandou fazer escolas e centro de saúde havia só um. Só machambas, cada qual construía a sua própria casa. Vieram os da Frelimo a dizer que a partir de agora a religião estava banida e ninguém conseguia rezar. Fazíamos à nossa maneira, não é? Alguns até já morreram, outros foram levados de lá para o Niassa, foram torturados e lá alguns morreram. Lá mesmo, no mesmo ano em que nós fomos, morreu um por pancadaria. Eu fiquei até 1981, por causa do estado da minha esposa [portadora de deficiência física], devido à condição dela fomos até ao hospital e o médico disse que não podíamos permanecer lá." (#156, pastor, 1º bairro da cidade de Chókwè)

Para além da perseguição aos membros da igreja Testemunha de Jeová, os bens patrimoniais das missões católicas foram nacionalizados e os próprios religiosos e religiosas foram perseguidos e presos, uma vez que eram instituições ligadas ao regime colonial e à sua missão civilizadora (Morier-Genoud, 1996: 25).

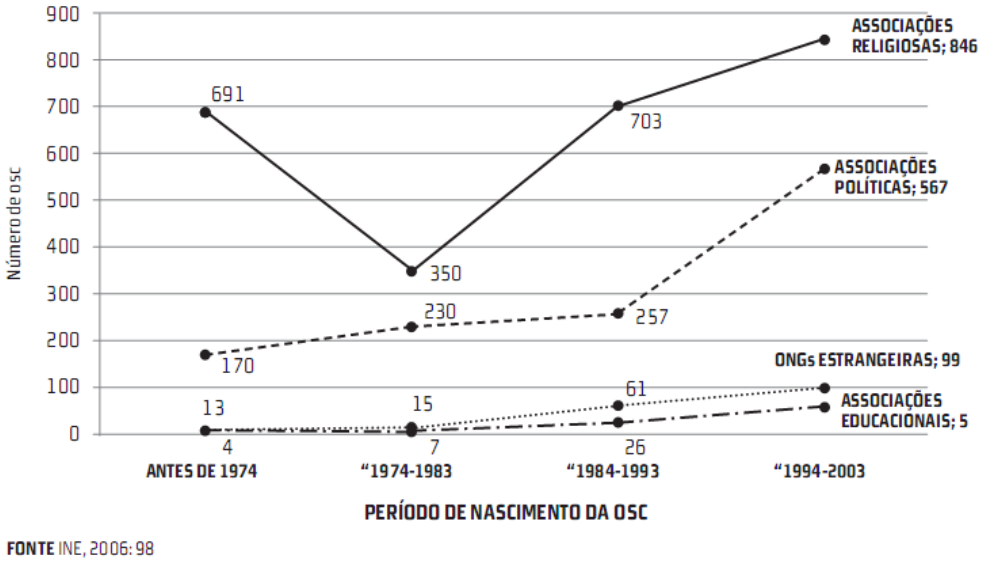
Na procura do número das congregações religiosas existentes em Moçambique, constatou-se que o contexto histórico (colonial e pós colonial) condicionou, fortemente, as estatísticas oficiais. No período colonial, observa-se a hegemonia da igreja católica e a ameaça que os restantes credos constituíam à imposição das autoridades coloniais. No pós-independência, assistimos a uma política de perseguição religiosa e anticlerical. Desta forma, poderá justificar-se a sub-representação do número de igrejas registadas pelo Ministério da Justiça e mencionadas por Seibert (2001: 235), em que, no momento da independência de Moçambique, estavam oficializadas 45 igrejas[263]. Entre 1975 e 1986, referenciavam-se 15 novas congregações e, no ano 2000, existiam 456 − 344 delas registadas após 1992 (Seibert, 2001: 235). Estas conclusões resultam da confrontação com os dados apresentados pelo recenseamento realizado pelo Instituto Nacional de Estatística às organizações sem fins lucrativos. De acordo com o INE, as associações religiosas, no período colonial, representavam um quarto do total das contabilizadas até 2004/2005 (691 igrejas) e, apesar do clima antirreligioso vigente no pós-independência, um número significativo de instituições de culto foram criadas na clandestinidade e à margem das autoridades e registos oficiais (INE, 2006 *apud* Francisco, 2009: 63).

Tal como apresenta a Fig. 8.1, entre 1984 e 1993 dá-se uma inversão da tendência decrescente do número de congregações criadas, face não só a uma progressiva abertura

[263] A título de exemplo, o Conselho Cristão de Moçambique (CCM) foi criado em 1948, na sequência do Conselho Mundial das Igrejas Protestante e, em 1974, congregava 10 igrejas. No pós-independência, o CCM trabalhou em estreita ligação com o governo e providenciou ajuda humanitária não só para apoiar materialmente e evangelizar as populações, como para alterar as posições do regime quanto à religião (Morier-Genoud, 1996: 38-40).

do Estado ao exterior, à pressão e mediação das igrejas no fim do conflito civil como também à aprovação da lei da associação pelo parlamento moçambicano (1991).

Figura 8.1 – Organizações sem fins lucrativos e período de nascimento, Moçambique 2004/2005



Fonte: INE (2006 *apud* Francisco, 2009: 63).

Em 2012, 57 instituições de culto encontravam-se registadas no Departamento de Assuntos Religiosos da Conservatória Distrital de Chókwè[264]. No entanto, este número é superior, uma vez que os pastores das igrejas adiavam o seu registo devido às distâncias e custos subjacentes assim como à desconsideração do registo como uma prioridade para uma recém-criada comunidade religiosa.

Ao longo desta investigação, a caracterização e a categorização das igrejas existentes no distrito de Chókwè foram um grande desafio, devido ao carácter único e exclusivo de cada fé[265]. Nas igrejas ziones, com uma multiplicidade de denominações[266] que se estende a um

[264] Ver lista no anexo 6.1.
[265] Quanto às igrejas com práticas terapêuticas, essa caracterização e categorização nunca foi completamente conseguida. A título exemplificativo, as igrejas ziones, enquanto igrejas africanas independentes e pentecostais, estão, inevitavelmente, associadas à realização de terapias e de curas espirituais. Contudo, esta conclusão não deve ser generalizada para o universo das igrejas ziones.
[266] Constatam-se inúmeras denominações de igrejas ziones, designadamente: Igreja União Zione, Igreja Santa Luz Zione, Igreja Nova Filadélfia de Cristo, Igreja Zione Apostólica de Moçambique, Igreja África Apostólica Zione Jerusalém de Moçambique, Igreja S. Filipe de Moçambique, Igreja Zione Etíope de Moçambique (a palavra etíope pretende apelar à criação de uma igreja nacional africana (Cavallo, 2013: 240), entre muitas outras.

pluralismo de práticas terapêuticas e de curas espirituais, cada pastor incorpora rituais e significados muito variáveis entre si, dependendo do seu carisma e liderança. Neste sentido, a conceção generalizada de que as "igrejas ziones curam doenças", deve ser questionada, na medida em que existem vários pastores de igrejas ziones que não realizam nenhum tipo de cura espiritual ou prática terapêutica e outros que querem distanciar-se do rótulo de provedores de cuidados de saúde.

> *" (…) Há diferenças nas igrejas ziones. O facto de ser zione não quer dizer que todas as igrejas ziones curem doenças. Por isso é que eu disse que não sei as outras igrejas, mas a minha não cura. Para dizer que há diferenças entre as igrejas ziones, por exemplo, cada casa tem as suas regras e leis dentro da família. Isso é como os ziones. É o nome apenas, mas nem todos curam doenças. Pode existir noutras aldeias ou mesmo aqui em Xilembene, podem existir igrejas que curem doenças." (#112, pastor, Xilembene)*

As fronteiras e denominações ambivalentes entre as instituições religiosas e as suas práticas terapêuticas, também, se apresentaram no caso de um pastor de uma igreja pentecostal não zione (e que, em princípio, seria habitualmente excluída do universo de cura espiritual) que realizava terapias semelhantes às dos pastores ziones. Desta forma, os conhecimentos e rituais curativos não são exclusivos de uma determinada fé, podendo coexistirem práticas terapêuticas e lógicas comunitárias únicas.

Quadro 8.2 - Distribuição dos agregados familiares segundo a religião, no distrito de Chókwè

	Distrito de Chókwè (em percentagem)
Sião / Zione	37,9
Evangélica	18,9
Católica	16,9
Sem religião	16,1
Outra religião	7,4
Anglicana	1,1
Islamismo	1,0
Desconhecida	0,7

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2012: 18).

Para efeitos analíticos e atendendo ao contexto, a categorização das igrejas contactadas no distrito de Chókwè será subdividida em cinco grandes grupos: as igrejas missionárias protestantes estabelecidas, a igreja católica, a comunidade islâmica, as igrejas pentecostais e as igrejas ziones. Nas igrejas pentecostais serão incluídas todas as igrejas africanas independentes, assim como as que emergem do fenómeno transnacional do pentecostalismo carismático, como a Igreja Universal do Reino de Deus[267]. As igrejas ziones, apesar de serem pentecostais, serão analisadas como um fenómeno distinto, dada a

[267] Ver van de Kamp (2011) sobre a Igreja do Reino de Deus em Moçambique e em África (Corten e Marshall-Fratani, 2001).

sua preponderância (quadro 8.1 do Instituto Nacional de Estatística) e relevância nas práticas terapêuticas do distrito de Chókwè.

8.5. O perfil dos pastores

Durante o trabalho de campo no distrito de Chókwè, vários pastores (28 homens e 13 mulheres) foram entrevistados, recorrendo-se a uma amostragem por bola de neve ou intencional. Recolhemos testemunhos de um número semelhante dos das igrejas ziones e pentecostais (evangélicas), seguidos dos ligados à igreja católica, protestante estabelecida e Islamismo (ver quadro 8.3).

Quadro 8.3 - Religião praticada pelos pastores em 2011-2012

Categorias	Frequência
Islamismo	1
Protestante Estabelecida	3
Católica	6
Ziones	15
Igreja Pentecostal	16
Total	41

Em relação ao grau de escolaridade dos pastores entrevistados, não se regista uma diferença significativa entre os das igrejas ziones e os pentecostais. No entanto, Cavallo, que realizou trabalho de campo na cidade de Maputo, refere que há uma opinião geral de que os ministros do culto ziones são iletrados e pobres (Cavallo, 2013: 55-56), o que contrasta com a realidade encontrada num distrito rural como Chókwè. É de destacar que todos os pastores das igrejas católicas e protestantes estabelecidas possuem um grau de escolaridade básico.

Quadro 8.4 - Grau de escolaridade dos pastores, por religião praticada em 2011-2012

		Religião praticada					Total
		Católica	Protestante Estabelecida	Islamismo	Zione	Pentecostal	
Escolaridade	Nenhum	0	0	0	6	5	11
	Ensino básico de 1ºGrau	6	3	0	8	9	26
	Ensino básico de 2ºGrau	0	0	0	1	2	3
	Ensino secundário ou mais	0	0	1	0	0	1
Total		6	3	1	15	16	41

Quanto ao nível etário dos pastores entrevistados, a maioria tem mais de 50 anos de idade, se bem que o pastor mais jovem tivesse 34 anos e o mais velho 92.

Quadro 8.5 – Grupo etário dos pastores, por religião praticada em 2011-2012

		Religião praticada					Total
		Católica	Protestante Estabelecida	Islamismo	Ziones	Igreja Pentecostal	
Grupo de Idade	31-50	1	0	1	3	2	7
	51-60	0	0	0	3	5	8
	61-70	2	2	0	5	8	17
	71-80	3	1	0	0	0	4
	+81	0	0	0	1	0	1
	NS - Período Colonial	0	0	0	2	0	2
Subtotal		6	3	1	14	15	39
Missing Values (NA)		0	0	0	1	1	2
Total							41

O facto de os pastores em questão terem, na sua maioria, mais de 60 anos de idade, exclui-os do trabalho assalariado formal. Apesar de alguns se dedicarem à venda informal de produtos alimentares, a maior parte ocupa-se do trabalho agrícola, na machamba.

Quadro 8.6 – Principal ocupação/ fonte de rendimento dos pastores entrevistados, por religião praticada, em 2011-2012

		Religião Praticada					Total
		Católica	Protestante Estabelecida	Islamismo	Ziones	Igreja Pentecostal	
Principal ocupação/fonte de rendimento	Sem ocupação	0	0	0	1	0	1
	Vendedor/a	0	0	0	3	4	7
	Camponês	6	3	0	11	11	31
	Trabalhador assalariado	0	0	0	0	1	1
	Outro	0	0	1	0	0	1
Total		6	3	1	15	16	41

Não existe diferença assinalável no perfil sociodemográfico dos pastores contactados, mas destacam-se as características pessoais e prestígio e ascendente que cada um consegue

acumular e fazer uso no seu quotidiano. Este carisma e liderança permitem-lhes atrair mais membros para a sua igreja e elevar o seu estatuto social na comunidade local.

No caso dos pastores ziones que realizam curas espirituais, o seu capital social e simbólico de contacto e manipulação do invisível amplia a sua projeção junto das famílias que os procuram, assim como de algumas instituições públicas[268].

8.6 O papel das igrejas e a sua centralidade

"Mas que tipo de gente pode morar numa aldeia que nem uma igreja tem?" [269]

A expansão do cristianismo e do islamismo criou comunidades africanas cristianizadas e islamizadas, em que a presença dos antepassados, a relação com o meio e as afinidades entre as pessoas foram negociadas, em concordância com as igrejas frequentadas. Houve circunstâncias em que o pertencer a uma comunidade religiosa foi desafiada por ocorrências familiares que requeriam "respostas tradicionais" criando, assim, identidades mais fluídas e inclusivas. É nesta interface de múltiplas lealdades e sentidos de comunidade − linhagem, grupo da igreja, grupo da OMM (Organização das Mulheres Moçambicanas), entre outros − que devem ser entendidas as comunidades africanas cristianizadas.

A ligação a uma associação religiosa e a experiência comunitária que daí advém não se limita à partilha dos momentos de culto, mas exige um envolvimento e comprometimento mais amplo. Assim, na sociedade de Chókwè, para além dos rituais, em que se conta com a participação de todos os membros da igreja, existem, igualmente, encontros por grupo etário

[268] A título de exemplo, existe um pastor zione que está em permanente contacto com o técnico de psiquiatria do Hospital Rural de Chókwè referindo doentes para acompanhamento psiquiátrico e partilhando as suas experiências terapêuticas com este provedor biomédico. Ver também Cavallo (2013: 123)

[269] Citação de uma informante qualificada referindo-se à aldeia de Maloluane, local que se apresenta como um caso excecional, no distrito de Chókwè. No primeiro encontro realizado com uma das autoridades locais, foi-nos explicado que, desde 2010 até àquele momento, a aldeia não tinha um líder comunitário, uma vez que os episódios da morte dos três dirigentes anteriores eram, localmente, interpretados como decorrentes de ações de feitiçaria − o primeiro morreu vítima de doença, o segundo foi assassinado quando viajava de Macarretane para Maloluane e o terceiro faleceu no Hospital do Carmelo, após, alegadamente, ter misturado medicamentos do hospital com medicamentos tradicionais. Os membros da família do regulado, que deveriam assumir o papel de líderes, receavam pela sua integridade física. Para além da inexistência de um líder comunitário, Maloluane foi a única aldeia contactada onde não foram realizadas entrevistas aos chefes religiosos, porque não há igrejas, como refere o testemunho apresentado *(#114, homem, Maloluane*): "*Como é que uma pessoa não vai à igreja e não reza? Que tipo de pessoas são estas*?" (resumo do diário de campo, dias 21 e 25 de Outubro de 2011)

e género e outras atividades como a participação no coro e a limpeza do espaço envolvente da igreja. As visitas ao domicílio a membros que estejam doentes ou tenham passado por algum episódio pessoal de grande importância (nascimento de um filho, uma graduação ou o falecimento de um familiar próximo) são, frequentemente, acompanhadas por contribuições em géneros (lenha ou dinheiro) ou pelo apoio na realização de tarefas domésticas, para além dos momentos de cariz religioso. A indumentária comum a todos os crentes reforça, igualmente, o sentido de grupo e pertença.

Para além das contribuições que poderão ser entregues a membros com algum tipo de necessidade, nas igrejas, também, são criados vários fundos com outros propósitos: celebração de uma data especial, construção de novas infraestruturas nas igrejas, compra de alguns bens para usufruto comunitário, visita a outras aldeias que professem a mesma crença ou, ainda, um fundo de maneio destinado a jovens.

As cerimónias, no momento da morte, constituíram um forte motivo de adesão às igrejas, principalmente por parte dos curandeiros nos últimos anos da sua vida, com o objetivo de terem alguém a presidir às suas cerimónias fúnebres. Nestas alturas, é habitual a contribuição monetária dos crentes para a compra da urna e para ser doada à família do falecido.

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).

Na sociedade de Chókwè, as mulheres estão sobre-representadas devido à emigração masculina para a África do Sul. Elas constituem o principal grupo a fazer parte dos cultos e demais atividades das igrejas. A participação dos homens está, principalmente, associada a cargos hierárquicos.

As sociedades do sul de Moçambique são patrilineares e com residência patrilocal. Frequentemente, as mulheres não estão acompanhadas pelos maridos (emigrados na África do Sul), mas pelas sogras, colocando-as numa situação de maior vulnerabilidade e isolamento. Neste sentido, o pertencer a uma igreja está, fortemente, associada à proteção tanto dos maus espíritos como de atos de feitiçaria e, ainda, de ser-se acusado de provocar infortúnios a outrem. Quanto maior e mais ativo for o envolvimento de um crente na sua igreja, tendencialmente maior reconhecimento receberá dos seus pares e comunidade vizinha, evitando assim acusações de feitiçaria.

O cristianismo e a inclusão numa comunidade religiosa integram a vida social e espiritual dos indivíduos e são considerados imprescindíveis, mesmo que a relação com os antepassados e a "tradição" seja ambivalente e regulada em função dos infortúnios experienciados no quotidiano.

O sentido de pertença e a importância das igrejas são extensíveis ao papel dos pastores como mobilizadores das comunidades. O seu reconhecido capital social e simbólico e a sua capacidade de mobilização têm sido instrumentalizados por organizações não-governamentais e governamentais, que procuram, através deles, transmitir mensagens às comunidades religiosas. Como veremos adiante, no ponto 9.9, para o desenvolvimento de ações preventivas da malária foi constituído um movimento ecuménico, o PIRCOM (Programa Inter-Religioso contra a Malária), em que existe a expectativa de que os líderes religiosos assumam o papel de promotores de mensagens de saúde para a sua comunidade.

8.7 A formação de um líder religioso

Os relatos sobre as motivações e percursos pessoais que estão na génese da formação dos líderes religiosos são muito diversas e estão, fortemente, ligadas à história de Moçambique e à mobilidade das suas populações, resultante da emigração, das deslocações internas e das relações sociais estabelecidas. Importa destacar, nos testemunhos recolhidos, alguns padrões, nomeadamente: o contacto prolongado com a doutrina e os membros da sua igreja, a dissidência ou conflito entre membros, a resposta a uma experiência religiosa noutro espaço geográfico que é, assim, replicada na aldeia de origem e a cura de uma enfermidade que originou numa presença mais ativa como membro da igreja.

> *" (…) Desde criança que estou nesta igreja. Em 1992, eu fundei esta igreja, aqui em Maxinho. Eu é que trouxe de Chókwè, quando sai de Chókwè para Maxinho." (#84, pastor, Maxinho)*

> *" (…) Rezo nesta igreja, há 10 anos. Entrei nesta igreja, porque tinha problemas de saúde. Andei muito doente e tinha problemas de maus espíritos da casa dos pais e entrei nesta igreja onde fazíamos orações e onde tudo desapareceu, até hoje. Quem estava à frente desta igreja era o meu marido. Depois do meu marido morrer, eu continuei o seu trabalho". (#163, pastora, Matuba)*

> *" (…) Eu rezo na igreja presbiteriana. Eu comecei a rezar desde criança. Nasci e os meus pais rezavam nessa igreja e eu casei-me nesta igreja. Para eu me tornar líder da igreja, como eu já conhecia a palavra de Deus e algumas coisas da igreja, os outros crentes votaram e fui eleita." (#201, pastora, Chiguidela)*

Figura 8.2 - Igreja construída[270] pela congregação União Sagrada, com apoio financeiro das filiais da África do Sul e Estados Unidos da América.



O mesmo pragmatismo e agenciamento que caracteriza a formação de um líder espiritual aplica-se às identidades religiosas fluídas dos membros, adaptadas à sua vivência na congregação, às suas necessidades e aspirações. Episódios de "doença do hospital" sem cura alcançada[271] ou de "doença da tradição" e feitiçaria são fortes motivações para que o crente decida aderir a uma nova igreja que realize tratamentos espirituais eficazes e práticas terapêuticas.

> *" (…) Primeiro rezava na Missão Suíça e mais tarde o meu pai levou-me à escola. Aí passei a rezar na católica por causa da escola, e o meu professor era um padre. Depois, quando estava no lar, rezei na metodista por causa do problema que tinha para engravidar. Entro na igreja Assembleia de Deus, em 1990, e, em 1991, fui batizada. Fiquei lá até hoje." (#105, pastora, Cumba)*

> *" (…) Eu comecei a rezar nesta igreja zione em 1962. Tudo isto partiu da minha esposa que não engravidava. Esta igreja tem ajudado muita gente, dá remédios às pessoas para tomar e poderem curar-se. Para me tornar líder desta igreja, eu rezava numa outra igreja e aí, em 1980, o pastor morre e não havia outra pessoa para dirigir a igreja. Os outros crentes escolheram-me para estar à frente desta igreja." (#204, pastor, Hókwè)*

Caso um membro de uma determinada igreja não encontre uma filial no local de residência[272] ou trabalho, pode optar por frequentar outra congregação. A partilha de práticas religiosas, nas quais a cura espiritual e rituais terapêuticos se incluem, são um motivo de escolha para crentes de igrejas ziones. Os membros das comunidades pentecostais podem integrar-se noutras igrejas pentecostais.

[270] A dimensão e imponência desta igreja contrastam, enormemente, com a tipologia das habitações existentes na aldeia de Macunene e com a sua localização tão periférica de Chókwè (40km/aproximadamente 80 minutos de carro).
[271] Ver também Seibert (2001: 237).
[272] Estratégia adotada, frequentemente, por funcionários do Estado, destacados para trabalhar nas áreas mais remotas.

" (…) A minha igreja é a Evangélica Completa de Deus. Existe em muitos lugares. Mas a forma de trabalhar é a mesma coisa que a Assembleia de Deus. Um indivíduo da Assembleia, quando está na nossa igreja, ele é a mesma coisa de quando está na Assembleia de Deus. Como nós, também, quando vamos à Assembleia é a mesma como se estivéssemos na igreja Evangélica Completa. Não há nenhuma diferença, é tudo igual. Ser pastor dali e daqui. Se é um evangélico ali, aqui também é. Não existe nenhuma diferença". (#64, pastor, Zuza)

" (…) Aqui temos a igreja metodista, a igreja católica e a Assembleia de Deus. Eu como sou da Assembleia de Deus tenho tido dias em que, às vezes, não consigo chegar lá, onde sempre vou rezar. Então participo na católica, participo na metodista". (#109, provedor biomédico)

O fluxo de fiéis e a permeabilidade das crenças entre igrejas cristãs e entre igrejas ziones demarcam linhas identitárias ténues e adaptadas às circunstâncias familiares e pessoais dos praticantes. Nesta investigação, as fronteiras religiosas com maior expressão ocorrem entre igrejas com práticas terapêutico-espirituais e as restantes igrejas cristãs e entre aqueles que aceitam o conhecimento médico moderno e os que o complementam com práticas tradicionais e espirituais.

A liderança de uma igreja e da sua comunidade religiosa, quer tenha ocorrido por via fundacional ou por eleição confere aos líderes religiosos um estatuto e reconhecimento público − com oportunidades de ascensão religiosa, social e política – que lhes advêm das suas características carismáticas e da ampla participação na vida comunitária, reforçados pelo papel mobilizador e educador que as igrejas, paulatinamente, assumem na vida social e política do distrito de Chókwè.

Por outro lado, a proliferação de pequenos locais de culto pentecostais e ziones, em áreas rurais remotas, constituem uma estratégia empreendedora e inovadora (Luedke, 2006: 46), geradora de espaços de reconhecimento, de ascensão social e de expansão das relações com a comunidade.

Nos percursos identitários destes pastores não foram encontradas nenhumas sobreposições ou interesse pela atividade ou contacto com os *tinyanga*, ao contrário do que Luedke observou na província de Tete, onde um profeta zione presidia à AMETRAMO, e em Angónia, em que vários pastores ziones possuíam um espaço para realizarem as suas práticas terapêuticas (semelhante a uma *ndhumbha)* e outro para a celebração do culto religioso e descreviam a sua experiência de aprendizagem dos conhecimentos médicos de um modo muito semelhante ao relatado pelos curandeiros (Luedke, 2006: 47-59).

8.8 As igrejas ziones

As igrejas ziones têm a sua origem na cidade Zion, no estado de Ilinóis, nos Estados Unidos da América, onde a *Christian Apostolic Catholic Church* deu origem a este ramo do pentecostalismo, fundado por John Dowie, em 1896. Estas igrejas não possuem qualquer ligação ao movimento político e filosófico designado de sionismo[273].

Em 1897, esta instituição religiosa (*Christian Apostolic Catholic Church*) chega à África do Sul através do reverendo Buchler *(*Oosthizen, 1999: 160- 161). Segundo Feliciano, em 1931, a igreja zione estava implementada no distrito de Manjacaze[274] e, em 1941, já existia em Lourenço Marques, com membros ativos contra a ocupação colonial e partidários da "África para os africanos" (Feliciano, 1998: 114-115). Em 1961, Gonçalves, na sua obra *Síntese Religiosa de África,* enuncia várias igrejas zionistas[275] (expressão utilizada pelo autor) como " (...) *leaders* do separatismo religioso afro-protestante" (1961: 89-90).

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 esta denominação.

Enquanto igreja africana independente, a sua pluralidade constitui a expressão mais visível do sincretismo religioso dinâmico: o mundo africano tradicional e o cristianismo, com especial ênfase na cura, na glossolalia (dom sobrenatural das línguas), nos sonhos (Oosthizen, 1992: 175), nos rituais de purificação, nos tabus alimentares (Oosthizen, 1992: 186), nos jejuns por parte dos membros e dos pastores dessas igrejas, na aceitação da presença dos espíritos dos antepassados e dos espíritos malignos, bem como da feitiçaria. Ao mesmo tempo que é reforçada a ligação à "tradição" e ao mundo dos antepassados, estas igrejas caracterizam-se, segundo Niekerk, pela forte integração do grupo, sendo uma sociedade de pequena escala (1992: 288), em que as pessoas experienciam novas relações sociais. Por vezes, estas comunidades religiosas de reduzido número de membros subsistem em torno de um líder carismático e aquando do seu desaparecimento, várias cisões e fusões poderão ocorrer, caso na sua linhagem não se encontre ninguém capacitado para assumir a liderança (Grundmann, 2006: 257).

[273] Ver Gifford (2001: 74).
[274] Distrito próximo do distrito de Chókwè, pertencente, igualmente, à Província de Gaza.
[275] "Igreja Sião União Apostólica Cristã dos Negros Portugueses da Província de Moçambique, Chembitas ou Nagaritas, Igreja Sião União Apostólica dos Indígenas Portugueses da Província de Moçambique, Igreja Fé dos Apóstolos de Moçambique", entre outras (Gonçalves, 1961: 90).

A vulnerabilidade e a necessidade de melhorar a saúde ou inverter um infortúnio pessoal criam fortes ligações entre os crentes ziones, uma vez que a comunidade religiosa tem um papel muito ativo ao realizar visitas ao domicílio, ao cantar e dançar nas cerimónias de holocausto, purificação, entre outras. Desta forma, a sua adesão e continuação na igreja pode ser instrumental, de acordo com as suas necessidades e grau de satisfação (Agadjanian, 1999: 417).

> *" (…) Até aqueles que não são crentes desta igreja, quando são de uma outra igreja a gente recebe, pode não ser da zione – os presbíteros, os nazarenos, os da assembleia de deus. Aqueles que também não são crentes, mas não têm condições, a gente recebe. Porque o que é que nós temos de fazer é utilizarmos a bondade. Eles hão de se converter à igreja, quando quiserem. Quando não quiserem, há de acontecer-lhes o mesmo que a Jesus: curou pessoas que não quiseram voltar para dizer obrigado. Não foi por causa dele." (#131, pastor, 5º bairro da Cidade de Chókwè)*

As estruturas destas igrejas são compostas por vários elementos hierarquicamente relacionados e com funções estabelecidas: conselheiro (primeiro nível), evangelista, diácono (auxiliar do pastor), pastor, superintendente e bispo. Os estatutos de cada igreja zione determinam as funções dos seus membros.

A indumentária dos filiados das igrejas ziones distingue-se pelo uso de batas e capas de variadas cores, consoante o cargo e nível hierárquico. O bispo veste uma túnica branca, presa com vários cordões na cintura e em torno do pescoço. As batas variam entre as cores verde e azul, com cruzes e estrelas vermelhas ou brancas bordadas. As capas de cor vermelha e com cruzes brancas foram utilizadas pelos tocadores de batuques. No seguimento das conclusões apresentadas por Cavallo e no reforço da interação com o mundo imaterial, os espíritos indicam que cor o pastor deve usar durante as cerimónias de cura (Cavallo, 2013: 228).

Os cultos religiosos realizados, regularmente, nas igrejas ziones incluem, sempre, momentos relacionadas com a purificação e com a cura espiritual. Recorrendo à categorização de Grundmann (Grundmann, 2006: 260) e à própria pesquisa de campo, destacam-se quatro momentos estruturais do culto: a abertura com cânticos de louvor ao som dos batuques, a confissão individual simultânea e realizada em voz alta, o sermão[276] proferido por um elemento da hierarquia da igreja, que não necessariamente o pastor e, por fim, a cerimónia de cura, ao mesmo tempo que os crentes cantam e dançam em movimentos circulares e, no centro desse círculo, membros da hierarquia da igreja impõem as mãos sobre os crentes que se ajoelham à sua frente (*diliza*). Segundo Jean Comaroff, a

[276] No primeiro sermão em que participámos, a oradora gritava muito alto e de forma bastante teatralizada. Com o tempo habituei-me a este modo de pregar.

dança circular tem, sobretudo, a função de criar um momento de unificação entre os elementos presentes (1985: 233).

Figura 8.3 - Culto religioso realizado numa igreja zione: momento da confissão individual



Figura 8.4 - Culto religioso realizado numa igreja zione: momento do sermão



Figura 8.5 - Culto religioso realizado numa igreja zione: momento da cura



Para além dos cultos regulares realizados aos domingos de manhã, as igrejas ziones comemoram várias datas religiosas especiais quer do calendário cristão (Natal e Páscoa) quer da história da própria igreja, particularmente a data da sua fundação e a celebração do nascimento do seu fundador.

- **8.8.1 Narrativas de diagnóstico**

Neste subcapítulo sobre as narrativas de diagnóstico dos pastores ziones serão apresentados os meios e os processos, através dos quais eles adquiriram os seus conhecimentos terapêuticos e o modo como realizam o diagnóstico.

Edwards, citando West, refere que existem duas categorias de membros religiosos de acordo com as suas práticas curativas: o *faith-healer* e o profeta. O *faith-healer* é um cristão que pode pertencer a uma missão ou igreja independente. O seu poder para curar crê-se que advém de Deus e pode ser necessária, ou não, a existência de um período de formação. O profeta é encontrado, principalmente, nas igrejas apostólicas e ziones e tem a capacidade de profetizar (prognosticar) e curar. Apesar de, em muitos casos, o poder advir da divindade, pode existir, também, uma agência direta de algumas entidades ancestrais (West, 1975: 98 in Edwards, 1996: 144). Como veremos adiante, as características referidas quanto ao papel do profeta, também, foram identificadas na sociedade de Chókwè, com algumas diferenças.

Os relato de diagnóstico partilhados pelos pastores apontam para três tipos de fontes de conhecimento: alguns referiram que aprenderam as suas práticas terapêuticas durante a sua formação, outros afirmaram tê-lo feito ao longo das suas atividades religiosas junto de outros pastores ou de pessoas conhecedoras do uso de plantas medicinais (incluindo os *tinyanga*) e, por fim, outros declararam realizar os seus rituais de tratamento de acordo com os seus "dons espirituais" e sonhos premonitórios.

Estes três meios de aprendizagem podem ter ocorrido de forma isolada (quando apenas uma via de transmissão de saberes se destaca), simultânea (na presença mais que uma situação, em momentos distintos) e sobreposta (quando, num dado momento, ocorre mais do que um meio de obter). A mediação e aquisição de conhecimento dependem dos casos de doença e infortúnio que o pastor procura solucionar e do seu capital social, enquanto capacidade de aceder a diferentes provedores de outras etnomedicinas ou conhecimentos leigos com resultados terapêuticos positivos, como o testemunho, de seguida, apresentado:

> *" (…) Veja que, na semana passada, a minha mulher sofria de tensão sempre altíssima, mas alguém deu-me um medicamento e disse para pôr na água, e para a minha mulher tomar.: « - Ela vai curar-se para sempre! ».E está lá ela, está boa, não tem mais tensão." (…)* ([Sobre como decorre a formação dos pastores da igreja] *Aprendem diretamente aqui, porque eu tenho um dom que foi adquirido ao longo deste 25 anos, fabricação de medicamentos tradicionalmente, assim como profecia e outras situações. Eu fui adquirindo essa experiência ao longo destes anos, porque ninguém me ensinou, mas o espírito mostrou-me que para eu poder curar uma pessoa faz isto assim e assim. E eu faço e resolvo." (#131, pastor, 5º bairro da Cidade Chókwè)*

> *" (…) Alguém chega aqui, vê que este está doente e, se conhecer alguma raiz que cura aquela doença, ele arranja as raízes e dá à pessoa a tomar. Assim, fico com um ensinamento e a conhecer aquela raiz e planta que, um dia, curou aquela pessoa que estava doente. É assim que eu fui conhecendo as raízes e plantas para curar as doenças. Não aprendi ou tive uma formação para curar". (#204, pastor, Hókwè)*

A utilização de plantas medicinais está relacionada com o período pré-colonial e colonial, altura em que os interlocutores afirmavam a elas ter recorrido, com o auxílio de um curandeiro ou por iniciativa dos próprios familiares, circunscrevendo-se, assim, ao uso doméstico e privado da medicina tradicional. No caso das igrejas ziones, são incorporados, ao mesmo tempo, elementos religiosos e característicos das práticas ziones, nomeadamente a junção de água com sal e cinza como símbolos de purificação, cura e proteção contra os maus espíritos e a bênção do medicamento a ser administrado (Goudge, 2009: 13).

O recurso aos "dons espirituais" no processo de diagnóstico e terapia foram apresentados, ao longo do todo o trabalho de campo, com uma grande ambiguidade e evasão. Se, por um lado, os pastores ziones afirmavam distinguir-se dos curandeiros pela não integração da ancestralidade no campo religioso, por outro lado houve pastores que revelaram "trabalhar com os seus espíritos" – expressão, frequentemente, utilizada pelos *tinyanga*.

> *" (…) Primeiro faz-se uma consulta através dos espíritos para ver o que tem. Então se observarem que tem inchaço nos pés irão procurar saber a causa das doenças, porque nós somos da raça negra, pode ter aquela doença de cutxinga". (#60, pastor, Zuza)*

> *" (…) Quem diz qual é a doença é o espírito que sai nela* [*outro elemento da igreja*]*. O espírito é que diz qual é a linha que devemos usar e o tratamento. Ela não aprendeu com ninguém". (#69, pastor, Machua)*

> *" (…) Na minha igreja como usamos espíritos, os espíritos é que dizem que tipo roupa devo vestir para curar as pessoas, e a maneira de tratar. Na minha igreja uso linhas. (#84, pastor, Maxinho)*

A invocação do espírito santo e a aquisição por via divina dos dons espirituais para a realização de práticas terapêuticas no âmbito das "doenças da tradição" e feitiçaria,

também, foram referidas. O limiar entre estas duas entidades (os seus espíritos e o espírito santo[277]) é muito poroso e ambivalente no discurso dos meus entrevistadores.

> *" (…) Quando a pessoa chega a minha casa com maus espíritos, não os vejo logo. Mas, quando estamos a rezar, aí sai esses espíritos que estão escondidos. Ao pôr a minha mão sobre a cabeça dessa pessoa, os espíritos saem. Isso sempre acontece no momento das orações, missas e principalmente quando fala da palavra de Deus, a pregar, mesmos nas cerimónias". (#99, pastor, Cumba)*

> *" (…) Podia-se considerar isso, porque tudo aquilo que fazemos e curamos as pessoas é através dos dons espirituais, mas esse nome de curandeiro aqui na igreja não. (…) Já somos muitos. Já somos mais de 40 com esta dádiva. Cada paróquia já tem pessoas que podem curar doenças. Sabem que, quando aparece tal doença, tem de utilizar tal medicamento, depois abençoa ou administra certa quantidade do medicamento, acompanha a evolução da situação da doença, cura-se". (#131, pastor, 5º bairro da Cidade de Chókwè)*

Transversal a estes processos de diagnóstico (através dos "dons espirituais", dos conhecimentos adquiridos durante a formação ou durante as suas atividades como pastores) está a profecia, o "conseguir ver" ou profetizar, uma capacidade exclusiva dos membros mais avançados da hierárquica da igreja, recorrentemente designados de profetas.

A ambiguidade e fluidez das narrativas de diagnóstico assentes na oralidade voltam, assim, a reforçar o carácter subjetivo e único do fenómeno da doença, das suas interpretações e respostas locais. Ao contrário do praticante biomédico, os profetas e *tinyanga* experienciam e agenciam processos de diagnóstico e terapêuticos únicos, imateriais e irrepetíveis. Nesta dimensão oculta da realidade, a subjetividade dos significados atribuídos ao episódio de enfermidade reside na agência dos doentes, familiares, crentes e outros membros da igreja.

- **8.8.2 Práticas terapêuticas**

As igrejas ziones utilizam plantas e raízes nas práticas terapêuticas. A sua preparação pode assumir a forma de uma infusão, que é entregue ao paciente para toma regular ou serem fervidas juntamente com linhas, por vezes, misturadas com cinza e sal e que, posteriormente, são amarradas ao corpo do doente, servindo de amuleto protetor. Segundo Kiernan, os recursos terapêuticos dos curandeiros e dos pastores ziones distinguem-se, na medida em que os primeiros recorrem a elementos da terra, como ervas e raízes, consideradas quentes, que cozem e tratam alterando a sua natureza, enquanto que os pastores ziones utilizam a água, o sal e as cinzas que são considerados elementos frios (Kiernan, 1976 *apud* Cavallo, 2013: 251).

[277] Dada a polissemia e ambivalência destas entidades – *meu espírito, espírito santo, os maus espíritos* (incluindo os espíritos dos antepassados) – o termo *espírito santo* será escrito com a inicial em minúsculo.

" (…) Esse é um tratamento que eles fazem e, às vezes, mesmo para fazer a medicação é um problema. Diz que não pode tomar medicamento, porque tem aquela fita amarrada ou amarram aqui no braço ou no pescoço. Às vezes, tem-se observado mais em crianças. As mães é que fazem isso nas crianças. Amarram aquilo e dizem que aquilo é medicamento e que já não podem tomar mais medicamento". (#158, provedor biomédico)

" (…) Com as linhas faço orações e o nosso remédio de sal, cinza e água que mergulhamos usamos para curar as doenças. A pessoa fica com as linha durante muito tempo, até a linha sair por si e se desmanchar". (#69, pastor, Machua)

Um pastor afirmou que a utilização das linhas[278] é fundamentada, entre outras passagens bíblicas, no livro dos Atos dos Apóstolos (Capítulo 21, versículo 8[279]), mas que qualquer objeto pode ser utilizado em sua substituição.

" (…) Aquelas linhas são como qualquer objeto. Esta folha pode-te curar, se no teu espírito e na tua vontade e no meu espírito e na minha vontade houver uma concordância comum em que você saiba que esta palavra caída nesta folha pode abençoar e as linhas são uma dádiva e um dom da igreja zione que utiliza. Abençoa-as primeiro, que é para afugentar os demónios. Quando a gente vê que você tem um demónio a sair do teu corpo, da tua alma, a gente pega na linha, abençoa, põe no sal e fervemos (…) O poder da linha não é diferente da água". (#131, pastor, 5º bairro da cidade de Chókwè)

As linhas são marca distintiva das igrejas ziones, símbolo de que um membro da igreja, por algum motivo de enfermidade ("doença do hospital", "doença da tradição" ou feitiçaria) ou para proteção, procurou ajuda junto dos pastores da sua igreja. Em termos comparativos, tal como as escarificações realizadas pelos *tinyanga* para "vacinarem" o doente, as linhas são um símbolo exterior da procura do provedor de cuidados médicos.

- **8.8.2.1 A cura da malária**

Nas entrevistas realizadas junto de pastores e quando questionados sobre a realização de práticas terapêuticas relativas à malária, à exceção de algumas igrejas ziones, o discurso foi tendencialmente consensual quanto à categorização da *malária* como uma "doença do hospital" e, por isso, só tratada por provedores e recursos biomédicos. Estes testemunhos, também, sublinham a ideia apresentada anteriormente de que a malária é uma "doença do hospital", tratada pela biomedicina.

[278] Sobre o significado das cores das linhas utilizadas numa comunidade zione zulu, ver Kiernan (1991: 28-30) e sobre as igrejas ziones em Maputo ver Cavallo (2013: 233-236)

[279] "*Partindo no dia seguinte, chegamos a Cesareia e ficamos na casa de Filipe, o evangelista, um dos sete.[9] Ele tinha quatro filhas virgens, que profetizavam. [10] Depois de passarmos ali vários dias, desceu da Judeia um profeta chamado Ágabo. [11] Vindo ao nosso encontro, tomou o cinto de Paulo e, amarrando as suas próprias mãos e pés, disse: "Assim diz o Espírito Santo: 'Desta maneira os judeus amarrarão o dono deste cinto em Jerusalém e o entregarão aos gentios' ".[12] Quando ouvimos isso, nós e o povo dali rogamos a Paulo que não subisse para Jerusalém.[13] Então Paulo respondeu: "Por que vocês estão chorando e partindo o meu coração? Estou pronto não apenas para ser amarrado, mas também para morrer em Jerusalém pelo nome do Senhor Jesus"*. (Atos 21: 8-14)

" (…) Nós dificilmente… podemos suspeitar, mas diagnosticar não é fácil. O diagnóstico da malária é feito, mesmo, com sangue e isto é uma questão do hospital, não pode ser nossa. Não temos meios para diagnosticar a malária. A maior prova é fazer o diagnóstico no hospital… do sangue". (#131, pastor, 5º bairro da cidade de Chókwè)

" (…) Pela lei da saúde não é aceite que, quando a pessoa esteja doente, faça alguma coisa em casa. Tem que se dirigir, imediatamente, ao hospital, seja longe ou não. Têm que arranjar meios para chegar ao hospital. Depois de regressar é que já pode fazer outro tratamento em casa, enquanto está a receber o tratamento do hospital. Mas não pode tomar remédio tradicional com comprimidos, ao mesmo tempo. O que tenho feito são, sempre, orações". (#44, pastor, Changulene)

A exceção registada refere-se a algumas igrejas ziones que, apesar dos seus líderes reconhecerem que a malária é do âmbito "do hospital", em certas circunstâncias os sintomas e sinais não são suficientemente conclusivos para fazerem a referência deste crente para a unidade sanitária mais próxima, e os pastores procuram aplicar os seus conhecimentos médicos à enfermidade encontrada no paciente.

" (…) Há pessoas que chegam altas horas da noite, enquanto estão muito doentes. A malária tento mas não consigo. Só atenuo e, mais tarde, mando para o hospital. Quando for grave, mando para o hospital. Há malárias que curo e as pessoas nem vão ao hospital. Só que, como a malária é diferente, há pessoa a quem dou raízes. Toma e ficam melhor. Quando não fica melhor, mando para o hospital". (#84, pastor, Maxinho)

" (…) Levo a raiz de uma flor, esmago e o suco dou para a pessoa tomar. Mesmo quando tiver cólera, ajuda a acalmar até chegar ao hospital". (#88, pastor, Maxinho)

" (…) Como não há enfermeiro, fervo água com cinza, sal e açúcar e a criança bebe, enquanto fazemos as orações. Nos adultos, dou o mesmo tratamento, fazem bafo[280] e orações que estão na Bíblia. Muitos dos sintomas depois do tratamento atenuam-se, e depois as pessoas deslocam-se ao centro de saúde". (#8, pastora, Tlhawene)

" (…) O que cura a malária são os comprimidos que apanham no hospital. Faz-se orações, ferve-se algumas raízes e toma-se". (#2, pastora, 2º bairro da cidade de Chókwè)

À semelhança do discurso e práticas dos *tinyanga*, os conhecimentos médicos dos líderes religiosos integram outras etnomedicinas, como a biomedicina, reconhecendo a sua autoridade terapêutica e política. Estas conclusões, no caso das igrejas ziones, diferem, em grande medida, da investigação de Grundmann, em que a autoridade dos conhecimentos residia, de forma absoluta, na Bíblia, com a recusa do uso de qualquer medicamento ou consulta médica (Grundmann 2006: 260).

[280] Inalações.

- **8.8.2.2 A cura de outras enfermidades**

Para além da malária, foram referidas outras enfermidades que os pastores das igrejas ziones curam. As circunstâncias que levam à procura destes provedores são muito distintas, incluindo episódios ligados à saúde e sofrimento físico, relacionados com a incapacidade de gerar descendência, de ter sucesso pessoal e outras perturbações de ordem espiritual. Essas enfermidades abrangiam as designadas "doenças do hospital", os males do âmbito espiritual e ancestral, as "doenças da tradição" e feitiçaria. Para além da descrição das enfermidades que eram curadas, alguns profetas, também, relataram o modo de preparação dos medicamentos ou a descrição das cerimónias a realizar.

À semelhança dos curandeiros, os crentes que realizam tratamentos com os pastores ziones poderão permanecer hospedados na casa dele ou na igreja, durante o tratamento, ou realizá-lo nos seus domicílios, com visitas regulares ao provedor. Esta decisão depende do grau de gravidade da enfermidade do crente, da capacidade da sua família de lhe prestar cuidados e acompanhamento[281] e da distância da sua residência à do pastor.

Apesar da fronteira de significados entre "doenças do hospital" e as restantes serem bastante ténues e ambíguas, de seguida serão referidos os testemunhos de alguns pastores sobre as "doença do hospital" que são capazes de curar:

> *" (…) Curamos problemas de vista, em que a pessoa tem uma sensação de areia. Há um remédio que preparamos para fazer a lavagem da vista e fazemos orações. Os problemas de aquecer o pé e este ficar com pintas pretas, há um remédio para o pé voltar ao normal e deixar de aquecer". (#198, pastor, Chiguidela)*
>
> *" (…) Há que fazer um outro tratamento de raízes para quando as pessoas têm cólicas, não consegue engravidar. Então fazemos esse medicamento e salvamos a pessoa. Fervo as raízes e, por exemplo, aquelas pessoas que não conseguem engravidar, bebem o chá e, mais tarde, conseguem conceber". (#2, pastora, 2º bairro da cidade de Chókwè)*
>
> *" (…) Há várias doenças como a dor de barriga em que ponho água no copo com cinza e sal. A pessoa toma e fica melhor. A pessoa não leva muito tempo connosco, depois das orações e de tomar água com cinza e sal. Depois perguntamos como ela se sente, a pessoa diz que está mais ou menos e já não vai ao hospital". (#32, pastor, Bombofo)*
>
> *" (…) Há medicamentos que são antirretrovirais tradicionais. Aquele medicamento que utilizamos e chamamos muringa. Aquela muringa, quando você toma, o vírus* [*VIH*] *ainda não*

[281] Na aldeia de Maxinho, um pastor zione tinha, na sua casa, um doente que se converteu à igreja zione e que já lá vivia, há 7 meses. Conta o paciente: *"Voltei do serviço. Chegado em casa a descansar e, de repente, comecei a sentir-me muito estranho. Aí não conseguia mexer os meus membros, não sentia as pernas e os braços. Depois levaram-me, com carrinha de mão, até aqui. Não andava, nem fazia nada, apenas falava. Comecei com os tratamentos e este senhor ajudou-me muito e tem ajudado muita gente. Por isso agradeço muito a ele que cuidou de mim."* (*#84_2, homem, Maxinho*)

tomou proporções graves. Atrasa o vírus e, também, há outros medicamentos". (#131, pastor, 5º bairro da cidade de Chókwè)

" (…) Rezo na igreja zione, onde já curei um problema de asma. Deram-me medicamentos com raízes que ferveram e aí tomei, tipo chá. E há outras raízes, que mergulham na água, e toma-se. Fiz o tratamento durante dois meses". (#121, mulher, Xilembene)

" (…) Doença como a dor de cabeça e tonturas, arranjamos remédio para ferver e fazer bafo. A dor de cabeça muito forte chama-se ximawa. Mesmo tomando os comprimidos, não passa. Dor de cabeça acompanhada por sair sangue no nariz, também curamos – usa-se uma raiz que se inala. Mesmo aqui, na minha igreja, curamos isso. (…) Eu curo a pessoa que seca as pernas − isso é feitiço. Curo, faço orações e usamos remédio tradicional. Faço um tratamento em casa (dos crentes). (…) O que não faço é usar capulanas, lançar as pedras e falar com os espíritos dos antepassados. Isso não faço[282]. (#60, pastor, Zuza)

Uma vez que as igrejas independentes africanas, e especialmente as igrejas ziones, integram elementos da tradição africana, entre crentes e pastores é comum a adesão a esta comunidade por motivos de enfermidade de origem ancestral ou por feitiçaria. Uma vez que a opção pelos *tinyanga* implica gastos maiores no diagnóstico, tratamento e acompanhamento[283], muitos doentes e seus familiares optam pela adesão às igrejas ziones, mesmo que tenham de suspender o seu culto noutra congregação da sua preferência.

" (…) Dizem que tenho de fazer cerimónia para os meus familiares, mas de forma simples. Porque, se fosse aos curandeiros, poderia gastar muito. Então, eu gosto daquela igreja, porque gasta-se menos, não muito como nos curandeiros. (…) A cerimónia faz-se em casa. Você pede a eles para fazer. Na igreja, gasta-se menos. Porque ali só pode gastar a comprar coisas, bem alimentícios para aquele grupo que há de vir fazer o trabalho. Enquanto, no curandeiro, você terá de tirar muito dinheiro, muito dinheiro mesmo. Só mesmo para a consulta são 100 meticais". (#114, homem, Maloluane)

" (…) Rezo na igreja zione e já fui à igreja para curar uma doença. Estava com uma dor de cabeça muito forte e, na igreja, fizeram orações, arranjaram muita coisa que só eles é que sabem, puseram água na bacia e fiz bafo 5 vezes. Na igreja não paguei, tudo é de borla". (#91, mulher, Maxinho)

A continuação da permanência na igreja zione dependerá dos resultados terapêuticos alcançados e da identificação dos crentes com este culto. Nesse sentido, as narrações dos filiados e pastores sobre as "doenças tradicionais" e atos de feitiçaria são um elemento constante num diálogo com membros destas igrejas.

" (…) Tratamos problemas com maus espíritos. Basta a pessoa dizer que precisa de rezar. Primeiro, ponho a pessoa no meio e faz orações. Em seguida, vou para casa dela para ver o que tem, se há maus espíritos, ou não. Se houver, ponho a pessoa no meio para rezar, cantamos e os maus espíritos saem. Pedimos a Deus para perdoar os seus pecados e a pessoa fica livre. Em seguida, arranjo maneira para estes espíritos não voltarem mais. (…) Depois de toda a cerimónia, vamos para o rio e é lá onde tudo termina e desaparece, com a água do rio ou mar." (#60, pastor, Zuza)

" (…) As doenças são diferentes. Há doença que precisa de ir ao hospital, há doenças que não é necessário, como por exemplo, quando uma pessoa seca um membro do seu

[282] Uma referência à atividade dos *tinyanga*.
[283] Ver subcapítulo 8.10 : Discurso sobre o papel dos *tinyanga*.

organismo, quando são coisa feita por uma outra pessoa, como feitiço. Este tipo de doença não vai ao hospital. Mesmo assim, depois de receber o meu tratamento, vai ao hospital e volta cumprir com o meu tratamento". (#84, pastor, Maxinho)

" (…) Curo feitiçaria em que alguém fica com a sensação de ficar com a comida no trato digestivo. Mas não leva muito tempo de baixa, quando alguém seca um membro ou braço". (#198, pastor, Chiguidela)

A relação entre os pastores ziones e os espíritos é bastante complexa e não foi um tema muito desenvolvido neste estudo[284]. A luta contra os maus espíritos é materializada, entre outras práticas, na cerimónia do Holocausto, em que a vítima (de feitiçaria ou maus espíritos) deve reunir um conjunto de bens, designadamente ovelhas, cabritos, farinha de milho branco (para desenhar um altar no chão onde a cerimónia se desenrola), óleo de cozinha, bacias, incenso, sal, lenha, velas e uma quantia monetária suficiente para o aluguer de uma carrinha. Os recursos envolvidos, o número de participantes, a obrigatoriedade da presença dos familiares e a duração do ritual refletem não só o investimento do doente e seus familiares mais diretos em pôr um termo aos infortúnios e enfermidades mas também a sua gravidade e persistência. Segundo o pastor que presidiu à cerimónia[285], ela tem como base uma passagem bíblica do Levítico (Capitulo 1 a Capitulo 5[286]).

Na esperança de evitarem enfermidades e infortúnios que dão origem às cerimónias do holocausto, os praticantes das igrejas ziones realizam alguns rituais de purificação dos maus espíritos e dos seus pecados, associados a períodos de jejum (Oosthuizen, 1992: 170) e restrições alimentares (Grundmann, 2006: 263). O cerimonial que decorre, habitualmente, no final do ano designa-se de *Zimzela*[287].

[284] Sobre este tema, ver Cavallo (2013).

[285] Esta cerimónia foi realizada porque à Josefa, uma crente da igreja zione, tinha sido diagnosticada (por um *nyanga*) a necessidade de ser formada como curandeira. Durante o período de formação, o seu marido falecera e a sua ausência do lar (vivia na casa do *nyanga* que a estava a formar) estava a colocar em causa a sobrevivência dos filhos e o seu acompanhamento, que segundo a mesma "estavam a começar a ficar indisciplinados". Decidiu, juntamente com a sua família, que não poderia continuar a formação como *nyanga*, e a celebração da cerimónia de holocausto seria um modo de compensar os espíritos pelo abandono da formação. Vários familiares de Josefa estiverem presentes e em jejum durante 24h, enquanto a cerimónia decorria na sua casa. Cânticos, leituras bíblicas, o sacrifício de uma ovelha e um cabrito, a angariação de donativos junto de familiares e a libertação de um cabrito no mato com o dinheiro conseguido constituem a síntese de um cerimonial que começou ao pôr-do-sol e terminou ao nascer do dia seguinte. (Diário de Campo, Maxinho, 20 e 21 de Setembro de 2011).

[286] Breve excerto: "*Se a sua oferta for holocausto de gado, oferecerá macho sem defeito; à porta da tenda da congregação a oferecerá, de sua própria vontade, perante o Senhor. E porá a sua mão sobre a cabeça do holocausto, para que seja aceite a favor dele, para a sua expiação. Depois degolará o bezerro perante o Senhor e os filhos de Arão, os sacerdotes, oferecerão o sangue e espargi-lo-ão em redor, sobre o altar que está diante da porta da tenda da congregação. Então esfolará o holocausto e o partirá nos seus pedaços. E os filhos de Arão, o sacerdote, porão fogo sobre o altar, pondo em ordem a lenha sobre o fogo*". (Levítico 1:3-7)

[287] "Chegámos perto das 3h20m às margens do rio Limpopo, perto com a fronteira com o distrito de Guijá. Soubemos que estávamos no sítio certo, quando observámos umas dezenas de pessoas a

Figura 8.6 - Cerimónia de *zimzela* realizada nas margens do rio Limpopo, Chókwè



Em suma, as igrejas ziones, em que se realizam práticas terapêuticas, têm, no seu quotidiano, cultos e atividades de cura de enfermidades dos seus filiados, manutenção e incentivo a comportamentos (por exemplo, as restrições alimentares e as relações sociais com outros crentes) e cerimónias que previnam e protejam contra problemas e aflições. O tratamento de "doenças do hospital", "doenças da tradição" e feitiçaria assim como a "prevenção espiritual" são práticas e temas que estão no centros destas igrejas e constituem não só o seu principal catalisador como também fator de atração de adeptos e de visibilidade nas comunidades[288].

- **8.8.3 Donativos e pagamentos**

A retribuição ou pagamento dos cuidados prestados no tratamento da enfermidade ou infortúnio surge como um dos principais elementos diferenciadores entre quem decide

dirigirem-se para a estrada onde nos encontrávamos. (…) O grupo era, maioritariamente, constituído por mulheres e crianças, cerca de 50. Os únicos homens presentes estavam ligados, de alguma forma, à própria estrutura da igreja, sendo isso evidente pelas suas vestes e pela forma como mobilizavam e organizavam os postulantes. Estes guias da igreja entraram num lago e procuraram uma zona com profundidade. Bateram uma cana contra a água, várias vezes, para afugentar os crocodilos. Depois de uma breve leitura e oração, os crentes entraram, um a um, na água gélida, ao som de cânticos acompanhados por batuques (*xibugo*). Os seus corpos foram imersos sete vezes pelos responsáveis da comunidade religiosa. O choque térmico e os movimentos violentos de imersão dos fiéis originaram a falta de oxigénio de algumas mães e crianças, que começaram a esbracejar e a gritar. No final, depois de todos terem sido purificados, ajoelharam-se e rezaram, durante breves minutos." (Diário de Campo, Cidade de Chókwè, 17 de Dezembro de 2011)

[288] Ver, também, a investigação de Cavallo, num bairro dos subúrbios da cidade de Maputo sobre a conversão e purificação dos espíritos ancestrais ao cristianismo (2013).

recorrer aos profetas ziones ou aos *tinyanga*. Como foi atrás exposto, os *tinyanga* apresentam-se, atualmente, como provedores de cariz privado, numa sociedade de mercado em que se desenvolvem estratégias de captação de clientes. Neste sentido, os *tinyanga* esperam ser monetariamente recompensados pelos seus conhecimentos médicos, pela "vocação imposta" (Granjo, 2010) que tiveram de seguir.

Os profetas ziones, quando questionados sobre os valores cobrados aos pacientes, foram todos unânimes em responder que não exigem nada e que as motivações e o enquadramento religioso em que as práticas terapêuticas ocorrem são para o bem-comum, mesmo que quem recorra aos seus cuidados não seja um membro da sua igreja. Pfeiffer sobre a distinção entre curandeiros e profetas ziones afirma: "(…) *In direct contrast, church treatments are not purchased, and the lack of payment is cited by help-seekers as an indication of authenticity and good intentions. Perhaps even more important, pastors and prophets are keenly aware of the ambivalence many feel about curandeiros and stress that the holy spirit is an entirely different healing power in continual struggle with the harmful occult forces that traditional healers engage*" (Pfeiffer, 2005: 83).

O contributo de Pfeiffer é adequado à realidade encontrada na sociedade de Chókwè, mas esta perspetiva é, apenas, partilhada pelos próprios profetas e pelos membros das suas igrejas. Para a restante comunidade, os pastores ziones são percecionados como "curandeiros com Bíblia", e os seus dons para curar e lidar com os maus espíritos e espíritos ancestrais têm por base a mesma experiência dos curandeiros.

Por outro lado, vários entrevistados (não pertencentes a estas igrejas) afirmaram que nem sempre as terapias ministradas pelos pastores são gratuitas, sendo negociadas, em privado, com os doentes e seus familiares. Os vários membros das igrejas ziones que tinham aderido a estas igrejas por questões de saúde e alguns doentes sob cuidados desses pastores afirmaram que nunca tinham pago nenhum montante. Em suma, os tratamentos proporcionados pelas pastores ziones nem sempre são gratuitos, ao contrário dos testemunhos recolhidos em relação aos curandeiros, para os quais o pagamento é fundamental.

Apesar de os pastores ziones poderem prestar cuidados de saúde gratuitos, esta situação não invalida o papel ativo que cada filiado tem na sua igreja, seja através de donativos monetários ou de outros compromissos financeiros. Ao longo das celebrações de fim de semana, era frequente a passagem de um cesto de palha entre os presentes, no qual, cada um depositava o seu contributo. No final da celebração eram anunciados os montantes recolhidos e a finalidade a que se destinavam.

Ao contrário da consulta dos *tinyanga* e sequentes cuidados prestados, a frequência das igrejas ziones até alcançar os resultados esperados pelo doente ou vítima de infortúnio pode ser estendida durante vários meses ou anos e, durante esse período, todos devem contribuir financeiramente. Dá-se uma troca personalizada, segundo Van Djik, em vez de um pagamento subjacente a uma lógica de mercado (van Djik, 1999: 80). Em suma, diretamente não é paga nenhuma recompensa monetária pelos medicamento ou pelas cerimónias realizadas pelos pastores ziones, mas indiretamente todos são chamados a participar e a contribuir.

8.9 O Programa Inter-Religioso Contra a Malária (PIRCOM)

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde, a UNICEF, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Banco Mundial (BM) viriam a criar o *Roll Back Malaria Partnership* (RBM). O Programa Inter-Religioso Contra a Malária (PIRCOM) surgiu em Moçambique, em 2006, e a sua criação está associada à parceria Fazer Recuar a Malária (*Roll Back Malaria*). Esta iniciativa ocorreu em novembro de 1998, tendo sido uma das mais representativas apresentadas pela campanha de Gro Harlem Brundtland ao cargo de Diretora-Geral da Organização Mundial de Saúde, para o qual foi eleita em Maio de 1998 (*Roll Back Malaria*, 2002: 5). De acordo com o seu mandato, esta parceria pretendia ter um enquadramento global na implementação de ações coordenadas contra a malária, mobilizar recursos e construir consensos entre os parceiros, com o objetivo de, até 2010, reduzir para metade as mortes por esta doença.

O período de 2001 a 2010 foi declarado pela Organização das Nações Unidas como a década para Fazer Recuar a Malária. Nesse espaço de tempo, o financiamento destinado ao controlo dessa doença ascendeu de US$100 milhões, em 2000, para US$1.84 mil milhões, em 2012 (OMS, 2012: ix). Ao longo dos 10 anos, o RBM foi adquirindo maior visibilidade e atraindo um número maior de organizações. Em 2013, o *Fazer Recuar a Malária* contava com mais de 500 parceiros, designadamente representantes de países em que a malária é uma doença endémica, agências multilaterais (UNICEF, PNUD, BM), agências bilaterais, sector privado, Organizações Não Governamentais, organizações de base comunitária, fundações, instituições académicas e de investigação.

Em 2002, o governo de Moçambique aderiu a esta iniciativa, após um convite endereçado pela Organização Mundial de Saúde ao bispo da Igreja Anglicana, D. Dinis Sengulane, que viria a ser o líder do movimento, em Moçambique. Nesse mesmo ano, com o objetivo de dar

maior visibilidade ao impacto que a malária tinha na sociedade moçambicana e promover a mudança de comportamentos em relação ao uso de medidas preventivas, vários encontros foram realizados entre o Ministério da Saúde, o representante da parceria em Moçambique, representantes de várias religiões, partidos políticos (especialmente através das organizações da juventude e mulheres), a Associação dos Praticantes de Medicina Tradicional, os *media*, a banca e instituições públicas. Segundo D. Dinis Sengulane, o principal objetivo do Fazer Recuar a Malária em Moçambique é alertar a opinião pública para as medidas preventivas da enfermidade e para o impacto nefasto de uma doença curável e "facilmente prevenível". No âmbito do Fazer Recuar a Malária, foram distribuídas redes mosquiteiras, e alguns distritos receberam equipamento laboratorial para o seu diagnóstico. No entanto, o grande destaque dado a esta iniciativa, com recursos financeiros muito exíguos, são as atividades de divulgação e apelo.

> " (…) *Continuemos a ser ruidosos, visíveis onde for possível e procuremos ter um impacto mensurável, coisas concreta que tentemos fazer. Não fazer da malária uma campanha, não deve ser uma campanha, deve ser um movimento e esse movimento que continue rumo à eliminação total. É possível eliminar a malária*". (Dinis Sengulane, 07.06.2012)

O envolvimento de algumas igrejas nos Acordos de Paz (1992), o papel de D. Dinis Sengulane, como representante da parceria Fazer Recuar a Malária, e a experiência inter-religiosa contra essa doença, na Nigéria, foram o mote da criação do PIRCOM, em abril de 2006, de acordo com os testemunhos do bispo D. Dinis Sengulane e do bispo Matsolo (Diretor Executivo do PIRCOM).

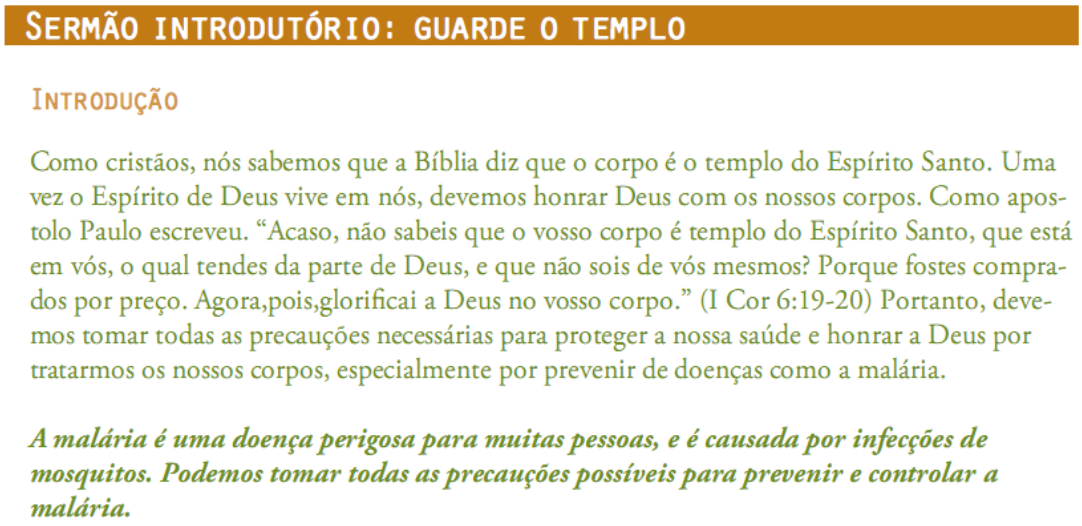
O PIRCOM foi constituído como Organização Não Governamental e tem como objetivo mobilizar os líderes religiosos de diferentes confissões para a transmissão de mensagens de prevenção da doença. Segundo Matsolo, várias religiões e confissões religiosas estiveram na fundação do PIRCOM, nomeadamente as Islâmica e Hindu, a fé Bahai, a igreja Anglicana, a Igreja Adventista do 7º dia, a Igreja Metodista Unida, a Igreja Assembleia de Deus, entre outras. À medida que o Programa foi tendo maior visibilidade a nível nacional e provincial, outras instituições aderiram como membros do PIRCOM, designadamente as igrejas Metodista Livre e Metodista *Wesleyana* (Matsolo, 28.05.2012).

Desde a sua criação que o PIRCOM teve o apoio financeiro da Iniciativa Presidencial da Malária, através de fundos da USAID e apoio técnico na capacitação institucional através da ONG ADRA (*Adventist Development and Relief Agency*), nos primeiros três anos, e da organização C-Change, até meados de 2012.

As principais atividades desenvolvidas pelo PIRCOM direcionaram-se para a formação de líderes religiosos e voluntários (representantes de uma confissão religiosa) na transmissão

de mensagens de prevenção da malária, tendo por base os livros sagrados (Alcorão e a Bíblia), "nos cultos, no púlpito com a audiência e qualquer que seja a oportunidade para falarem com as suas comunidades religiosas" (Matsolo, 28.05.2012).

Figura 8.7 - Amostra dos materiais de mobilização comunitária e educação para a saúde utilizados pelos líderes religiosos cristãos



SERMÃO INTRODUTÓRIO: GUARDE O TEMPLO

INTRODUÇÃO

Como cristãos, nós sabemos que a Bíblia diz que o corpo é o templo do Espírito Santo. Uma vez o Espírito de Deus vive em nós, devemos honrar Deus com os nossos corpos. Como apostolo Paulo escreveu. "Acaso, não sabeis que o vosso corpo é templo do Espírito Santo, que está em vós, o qual tendes da parte de Deus, e que não sois de vós mesmos? Porque fostes comprados por preço. Agora,pois,glorificai a Deus no vosso corpo." (I Cor 6:19-20) Portanto, devemos tomar todas as precauções necessárias para proteger a nossa saúde e honrar a Deus por tratarmos os nossos corpos, especialmente por prevenir de doenças como a malária.

A malária é uma doença perigosa para muitas pessoas, e é causada por infecções de mosquitos. Podemos tomar todas as precauções possíveis para prevenir e controlar a malária.

Fonte: PIRCOM (2010: 12).

Nesse sentido e contando com o apoio técnico do CIFA (*Center for Interfaith Action against Global Poverty*), foram criadas e adaptadas mensagens dos livros sagrados, às quais se juntaram as de prevenção da malária.

> " (…) *Nós trabalhamos como implementadores diretos, porque nós é que providenciamos o treinamento dos líderes religiosos e dos voluntários, mas em colaboração com a Saúde. Portanto, durante as sessões de treinamento, há um espaço reservado com um tema para o pessoal técnico da saúde poder falar da malária, com dados concretos de cada distrito. São os nossos parceiros diretos e trabalhamos com eles*" (Vilanculos, 28.05.2012).

Em 2012, o PIRCOM desenvolvia ações regulares nas províncias de Zambézia, Nampula, Sofala e Inhambane, onde possuía um coordenador provincial a trabalhar a tempo inteiro. Para além destes quatro elementos técnicos a operarem nessas províncias, na sede do PIRCOM em Maputo, havia uma equipa composta por cinco elementos (Vilanculos, 28.05.2012).

Em setembro de 2011, o PIRCOM é lançado na província de Gaza (distrito de Chókwè) com o apoio financeiro de uma organização não-governamental internacional que formou 30 líderes religiosos. Devido à conclusão da sua intervenção em dezembro de 2012 e à inexistência de recursos financeiros por parte do PIRCOM para contratar um coordenador provincial e replicar a intervenção que decorre nas outras províncias, não são realizadas atividades adicionais (acompanhamento, monitoria e formação) com os líderes religiosos recém-formados.

Figura 8.8 - Lançamento do PIRCOM, na Província de Gaza, com a presença de vários representantes das confissões religiosas fundadoras do PIRCOM e elementos da Direção Provincial de Saúde



A génese do PIRCOM e a sua associação à campanha global de luta contra a malária estão ligadas a atores que replicam mensagens e abordagens relacionadas com a biomedicina. Ao questionar os interlocutores sobre as práticas terapêuticas realizadas pelos pastores ziones e se eles integravam o PIRCOM a nível local, a reação predominante foi de desconhecimento e de "não estarmos preparados para intervir nesse campo" (#26/ 28.05.2012).

Em suma, as práticas terapêuticas fora da esfera biomédica são relegadas para o campo do privado, fora de uma regularidade que não é reportada em relatórios internacionais, em investigação académica e aplicada, uma vez que decorre fora dos centros de referência das instituições públicas e organização do sector não lucrativo. No entanto, como veremos de seguida, ao nível das sociedades locais, este conhecimento é partilhado e negociado, diariamente, nas estratégias de manutenção da saúde que as comunidades adotam e nos critérios de seleção dos seus provedores.

8.10 Discurso sobre os pastores das igrejas ziones – "Curandeiros com Bíblia?"

"*Asked to name the decisive difference of Zionist Prophet-Healers from the traditional diviner (isangoma) and witch doctor (nganga), people replied: 'prophets go to church, pray and use holy water, whereas diviners use traditional herbs, bones and killing medicine*" (Grundmann, 2006: 263).

Apesar das igrejas ziones terem, nas suas práticas religiosas, elementos da "tradição" africana, integrarem e reconhecerem a existência dos antepassados e de espíritos malignos assumem uma total rejeição dos curandeiros, uma vez que eles personificam a maldade e a desgraça, sendo considerados a antítese de Deus, da harmonia e da saúde.

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

> *" (…) Por parte dos curandeiros não posso responder, isto é outra coisa, é outro partido e não combinam. Os curandeiros fazem o trabalho deles e as igrejas fazem o seu. Eu não gosto de curandeiros". (#21, pastor, Lionde)*
>
> *" (…) Na minha igreja, há ex-curandeiros, mas, quando chega lá, tem de deixar essa coisa. Deixar aquilo tudo aí. A gente queima aquilo, ele fica só pessoa. Não admitimos. Porque a nossa forma de rezar não admitimos a pessoa que tem espírito mau, nós aquilo consideramos um espírito mau. Então, nós lutamos contra espíritos maus". (#64, pastor, Zuza)*
>
> *" (…) Sobre os médicos tradicionais não sei nada. Também não é permitido ir ao curandeiro". (#5, pastora, 4º bairro da cidade de Chókwè)*
>
> *" (…) Não tenho nenhum curandeiro como crente. Os curandeiros é que não vão, porque os espíritos que os curandeiros têm são maus. Há uma que estava na minha igreja, mas era curandeiro e o espírito mau saiu e ela continua a rezar lá. Os curandeiros gostam mais de ir rezar para o maziones, porque usam os mesmos espíritos. (…) Os maziones dizem-se crentes quando são curandeiros. Porque uma pessoa pode ir lá, quando secou um dos seus membros, e curam-no e dizem que era a pessoa X é que estava a enfeitiçá-lo. Há anos atrás, os maziones e curandeiros eram boas pessoas, mas nos dias de hoje não". (#133, pastora, Macunene)*

Vários interlocutores referiram que os *maziones*[289] curam enfermidades relacionadas com a feitiçaria, "matam pessoas", utilizam plantas e raízes nos seus tratamentos, utilizam cinza e

[289] Expressão utilizada na gíria local e em *xiChangana* para se referirem aos membros da igreja zione e seus pastores.

raízes. Os membros das igrejas ziones souberam, unanimemente, declarar a realização de práticas terapêuticas e curas espirituais.

> *" (…) Eles* [membros da igreja Zione] *fazem o tratamento daquilo que o curandeiro também faz. Eles ocupam duas pastas: pegam na bíblia e depois pegam no medicamento. Talvez eles têm algumas vantagens, porque têm duas pastas, não sei". (#125, homem, Xilembene)*
>
> *" (…) Eles procuram mais raízes no mato que o curandeiro. Os ziones têm quase a mesma técnica que os curandeiros". (#139, grupo focal, Macunene)*
>
> *" (…) A igreja que cura doenças é a zione, mas o único problema desta igreja é que mata pessoas". (#110, mulher, Mapapa)*
>
> *" (…) Quando eu cheguei aqui, as pessoas disseram que as pessoas daqui não queriam igreja. É por essa razão que aqui não há igreja. Dizem que existiram uns maziones, aqueles gajos que batem batuques e depois começam a dançar…. Na altura, os gajos faziam asneiras aqui e matavam pessoas. Então os curandeiros viram que aqueles gajos não eram bons, apesar de se chamarem religiosos. Os princípios usados não comprovavam isso, porque estavam a matar pessoas. Então, começaram a proibir". (#114, homem, Maloluane)*
>
> *" (…) Os maziones, também, usam raízes, plantas e folhas de árvores para curar as pessoas". (#81, homem, Massavasse)*
>
> *" (…) A única igreja que conheço que cura doenças é a igreja zione. Doenças como a feitiçaria, as pessoas têm dito que cura". (#38, mulher, Chiaquelane)*
>
> *" (…) Os maziones tratam de algumas doenças como o aquecimento dos pés com pintinhas e feitiçaria. O pastor da igreja é que faz as curas. Queima as raízes que ficam em cinza, depois põem na água, toma-se e ficas melhor". (#11, mulher, Tlhawene)*

Num contexto em que os serviços biomédicos de saúde têm uma reduzida cobertura, as distâncias e os custos associados à receção de cuidados biomédicos são elevados. As igrejas ziones apresentam-se como a melhor solução local: forte ligação comunitária com resultados terapêuticos a baixo custo.

As vantagens do sincretismo 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 curandeiros, 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.

Esta comunidade religiosa com práticas terapêuticas é, comummente, conhecida entre a população local, ainda que, por vezes, possa existir um desconhecimento dos seus rituais. Nas entrevistas realizadas aos 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 curandeiros 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.

À semelhança dos outros interlocutores, cerca de metade dos técnicos de saúde entrevistados identificam os *maziones* como atores com práticas na área da saúde, comparáveis aos curandeiros. Estes funcionários da administração pública, representantes dos serviços biomédicos, com uma área de intervenção delimitada e responsáveis pela prestação de cuidados de saúde às populações circundantes acabam por reduzir as suas funções ao perímetro do centro de saúde. Daí que as reuniões com a comunidade, os conselhos de líderes comunitários (onde têm assento representantes das igrejas, AMETRAMO, setor da educação, saúde, entre outros) e o interconhecimento com os outros provedores de cuidados de saúde não sejam promovidos nem participados por estes elementos. Existem profissionais de saúde que conhecem e tomam parte nas atividades da comunidade e outros que optam por não o fazer.

A sua presença na aldeia não implica, necessariamente, interesse e participação na vida comunitária nem diálogo com os restantes provedores etnomédicos. Vários técnicos de saúde justificaram a sua ausência de eventos da comunidade devido à sobrecarga de serviço, uma vez que, em muitos centros de saúde, havia apenas um técnico[290]. De acordo com o trabalho de campo realizado, esta sobrecarga só pode ser explicada nas primeiras horas de serviço e nos centros com maternidade, uma vez que a grande maioria, nas áreas remotas, fecha ao público assim que as consultas terminam[291].

Os seguintes testemunhos recolhidos expressam um conhecimento superficial deste grupo de provedores que não demonstra qualquer abertura e interesse no estabelecimento de um diálogo ou colaboração:

> *" (…) De vez em quando, quando se faz um encontro com os líderes da Ametramo e da igreja, uma vez por ano, às vezes esqueço, porque aparecem outras coisas. Assim, já reunimos com eles há 3 anos, mas, por falta de um apoio, não temos como reunir". (#56, provedor biomédico)*
>
> *" (…) Não fazemos nenhum trabalho com os curandeiros ou maziones. Só reunimos com os líderes dos comités de saúde". (#119, provedor biomédico)*
>
> *" (…) Contacto assim direto nunca tivemos. Só que existem igrejas que se dizem curar algumas doenças como, por exemplo, estes da igreja universal e zione. São as duas igrejas que dizem que curam doenças. (…) Mas um diálogo assim direto com eles nunca tivemos". (#124, provedor biomédico)*
>
> *" (…) Não, não tenho assim. Só tenho ouvido alguns pacientes que chegam aqui e diz, porque há uma igreja chamada zione, que depois amarram algumas cordas depois diz que não pode tirar aquilo porque a igreja diz que aquilo é um tratamento que está a fazer. (…) Talvez porque, também, não tenho assim muito contacto com as tais igrejas. Só tenho conhecimento através dos doentes, quando vêm para aqui". (#158, provedor biomédico)*

[290] Esta realidade começou a mudar durante o ano de 2012, quando foram destacados mais técnicos sanitários para os centros de saúde onde apenas existia um .
[291] Ver capítulo III sobre Discursos sobre praticantes biomédicos.

" (…) Os curandeiros em (…) já são poucos. Os que costumam fazer confusão são os maziones. Costumam baixar doentes. Nós temos de intervir, ir até à casa deles à procura de doentes. Mas curandeiros são poucos. Mas mesmo esses maziones, falando com eles, eles deixam de baixar os doentes, mas faziam. Tem muitas igrejas maziones. Eles não dão nada, só põem aquele fios e dão cinza e não sei o quê, aquela água que eles preparam e dão à pessoa para ir tomar." (#171, provedor biomédico)

" (…) Em termos da relação igreja-hospital não conheço nada, é mais com os curandeiros. E aqui o objetivo principal é de resgatar o doente que está no curandeiro e o curandeiro não está a perceber o que se está a passar. (…) Nesta igreja o pastor é o curandeiro, a salvação, todo o mundo quer a salvação e do outro lado, a entidade omnipotente, que está do outro lado, são os espíritos, razão pela qual a população diz que não há diferença entre a igreja e o curandeiro. A igreja a que me refiro, neste caso é a igreja zione". (#210, provedor biomédico)

Numa conversa informal com um dos responsáveis pelos cuidados de saúde biomédicos que são prestados no distrito de Chókwè e no âmbito da apresentação dos objetivos desta investigação, 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[292], que se pensou ser um curandeiro.

Os testemunhos recolhidos que evidenciam algum interconhecimento e abertura para as práticas dos outros provedores de cuidados de saúde remetem-nos para técnicos de saúde que procuraram integrar-se na comunidade onde estão a trabalhar, intentando encontrar algumas sinergias com os outros atores, apesar das diferenças existentes.

" (…) Há igrejas que curam doenças, como os maziones. Há umas mulheres grávidas que, quando demoravam a dar parto, vão chamar uma crente/pastora mazione que cura o recém-nascido e, depois, a mulher dá parto. Ajudam a saúde". (#40, provedor biomédico)

" (…) Também há maziones e curandeiros que acompanham os doentes". (#56, provedor biomédico)

Em suma, curandeiros e pastores ziones possuem relatos e histórias de vida muito distintos e as suas práticas terapêuticas e narrativas de diagnósticos são facilmente distinguíveis. No entanto, as sociedades locais, onde estes 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. Os serviços biomédicos e os seus técnicos exercem a sua atividade entre quatro paredes, envolvendo-se pouco e mal conhecendo outros provedores de saúde que possam existir no perímetro da sua ação. As outras organizações internacionais desconhecem estes atores e mantêm-se fiéis a uma cartilha de intervenção que desconsidera as dinâmicas e especificidades locais.

[292] Segundo o técnico de saúde em questão, ocorreram vários internamentos por anemia grave em crianças que foram retidas na casa de um curandeiro (pastor zione), tendo este técnico apresentado uma reclamação junto dos seus superiores.

Síntese

As práticas terapêuticas e o papel dos provedores de cuidados de saúde têm sido moldados pelos fatores políticos, económicos, sociais, culturais e espirituais que integram a história de Moçambique. Este poder de atração e protagonismo das igrejas ziones só podem ser compreendidos no contexto de valorização das crenças e atores sociais tradicionais.

As igrejas e os profetas ziones, como novos provedores 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 e de como as sociedades de Chókwè se adaptaram à expansão do cristianismo e à modernidade, à qual aspiram aceder (Cavallo, 2013; 59). Se a pertença e *praxis* religiosa é uma garantia de proteção das aflições, maus espíritos, feitiçaria e enfermidades, as igrejas ziones, à semelhança dos *tinyanga*, apresentam-se como o expoente máximo dessa realização, ao efetuarem curas espirituais, ao utilizarem a medicina tradicional e ao reinterpretarem os saberes cosmológicos. Estas práticas terapêuticas e cerimoniais de cura, tendo lugar num contexto de fortes laços comunitários, reforçam as relações com base no consolo e reciprocidade, consideradas práticas antigas.

Capítulo IX Discursos e práticas locais sobre a malária: etiologia e prevenção

O presente capítulo tem como principal objetivo analisar os discursos dos interlocutores sobre as causas da malária e a realização das suas práticas preventivas (primeira parte), debruçando-se, mais atentamente, sobre o recurso às redes mosquiteiras e à pulverização intradomiciliária (segunda parte).

No âmbito das intervenções de saúde pública sobre a mudança de comportamentos, a divulgação de conhecimentos biomédicos entre a restante população evidencia-se como um processo lento, cadenciado pelas dúvidas e saberes locais pré-existentes ou em construção.

Atualmente, multiplica-se o número de publicações sobre conhecimentos e práticas relacionados com a malária. A maioria destes estudos de análise quantitativa apoiam instituições públicas na tomada de decisão sobre a aceitabilidade de determinado método de prevenção ou tipo de mensagens de educação para a saúde a ser transmitido. A integração de conhecimentos biomédicos no quotidiano da população é considerado um elemento fundamental no controlo da doença.

Num momento em que novos atores locais participam na divulgação de mensagens de saúde, em particular os líderes religiosos, a iniciativa PIRCOM e, mais recentemente, os curandeiros (#28/31.05.2012), interessa-nos compreender as racionalidades e atuações de alguns deles. Nesse sentido, ao longo deste capítulo, a apresentação dos resultados será diferenciada por grupos, isto é, serão discriminadas as respostas dos curandeiros, pastores de igrejas e outros entrevistados.

Adicionalmente, serão discutidas as vantagens de uma análise qualitativa no tratamento dos dados recolhidos, em detrimento do uso desadequado de métodos quantitativos.

Por último, procura-se salientar que os conhecimentos e práticas de prevenção da malária são, também, influenciados pelas estratégias de controlo da doença, pela experiência cumulativa dos indivíduos, pelas relações e desempenho dos profissionais do sector da saúde, pelas relações e tomada de decisão de atores não estatais internacionais (Cliff *et al.*, 2010: 381) e pelo próprio dinamismo e constante (re)construção dos saberes e procedimentos locais.

9.1 Conhecimentos etiológicos e práticas preventivas da malária

- **9.1.1 Etiologia da malária**

A malária é considerada uma "doença do hospital", na medida em que os pacientes e seus familiares valorizam as práticas e sucesso terapêutico alcançados pela biomedicina. No entanto, importa, também, conhecer quais as causas que são atribuídas à doença e que noções cada grupo de entrevistados possui deste assunto.

A identificação do mosquito como estando na génese da malária foi, amplamente, apontada pelos inquiridos (62%) [293], sendo os curandeiros o grupo que mencionou menos vezes esta etiologia. Ao contrário dos resultados obtidos por Muela, em que os seus interlocutores referenciavam o parasita e sabiam a distinção entre o mosquito *Anopheles* e o *Culex* (Muela, 2010: 64-65), neste estudo, apenas doze entrevistados identificaram o transmissor da malária como um "mosquito específico", tendo quatro referido que agente infectante é fêmea.

Quadro 9.1 – Respostas múltiplas sobre a etiologia da malária

Categorias	Pastores	Homens e Mulheres	Curandeiros	Total
Mosquito	30	56	22	108
Exposição ao sol	3	14	8	25
Inadequado saneamento do meio	4	6	5	15
Sujidade	6	6	1	13
Consumo de água imprópria	4	6	1	11
Falta de higiene no domicílio	8	2	0	10
Trabalhos pesados	3	4	1	8
Alimentação insuficiente	4	2	1	7
Falta de higiene pessoal	2	0	3	5
Águas estagnadas	4	0	0	4
Exposição ao frio	1	3	0	4
Falta de latrina	1	3	0	4
Consumo de mangas	0	3	0	3
Causa sobrenatural	1	1	0	2
Falta de higiene dos alimentos	1	0	1	2
Falha da toma de remédio tradicional	0	0	1	1
Não responde	3	2	0	5
Não sabe	3	9	7	19

[293] Ver, também, outros estudos em que os mosquitos foram identificados como a causa mais referida: Okrah *et al.* (2002: 245); Essé *et al.* (2008: 6); Deressa *et al.* (2008: 122); Rodrigues (2009: 32); Udonwa, Gyuse & Etokidem (2010: 2); Shey *et al.* (2011: 297); Aderaw e Gedefaw (2013: 5); Mwanje (2013: 44); Singh (2014).

O segundo argumento mais referido foi a exposição direta ao sol[294] quer por adultos enquanto desenvolvem as suas atividades diárias (buscar água, trabalho agrícola na machamba, corte de lenha e queima de carvão) quer pelas crianças enquanto brincam ao sol.

O consumo de água imprópria[295], a ausência de higiene pessoal, os alimentos e o saneamento do meio foram, também, referidos como geradores da malária. Estas ilações estão relacionadas com as campanhas de educação para a saúde, promovidas pelos técnicos dos centros de saúde, APE, voluntários e funcionários de Organizações Não Governamentais.

A relação entre a dureza do trabalho desempenhado (Muela, 2000: 67) e a alimentação inadequada[296] foram tidas em conta por 8 e 7 interlocutores, respetivamente. À semelhança de outros estudos (Okrah *et al.*, 2002: 243; Aderaw e Gedefaw, 2013: 5), a exposição ao frio foi, igualmente, mencionada, bem como o consumo de mangas[297], que ocorre na época das chuvas, e, ainda, as causas sobrenaturais. Por último, cerca de 11% dos interlocutores desconhecem a origem da malária.

- **9. 1. 2 Limitações metodológicas e a escolha de métodos de recolha de dados não adequados**

Ao perguntarmos aos interlocutores o que tinha provocado a enfermidade, era comum referirem-se à negligência de um comportamento preventivo e não ao agente ou motivo que estaria na sua origem. O esclarecimento desta diferença é fundamental, porque pode induzir ao enviesamento das conclusões. A título ilustrativo, a falta de limpeza do quintal e das áreas com água estagnada foi, recorrentemente, referida como estando na base da infeção (Nichter, 2008: 48), mas só o desenvolvimento da conversa permitiu aceder às racionalidades dos entrevistados, quando estes relatavam que, nos locais de água estagnada, se concentram os mosquitos. Por outro lado, muitos dos inquiridos que respondiam "Não sei", ao longo da entrevista, viriam a apontar o que, especificamente, consideravam ser a causa da malária.

[294] Muela, 2000: 67; Essé *et al.*, 2008: 6.
[295] Aderaw e Gedefaw, 2013: 5; Mwanje, 2013: 44.
[296] Aderaw e Gedefaw, 2013: 5; Deressa et al, 2008: 122.
[297] Aikins, Pickering e Greenwood, 1994: 83; Okrah *et al.*, 2002: 243; Mwanje, 2013: 44. Num distrito a norte da província de Gaza, também, recolhi relatos sobre o consumo de melancia (fruto da época das chuvas) apontado como causa da malária.

"(...) Bom, eu não sei de onde vem a malária ou a origem da malária, porque mesmo eu, que sou curandeiro, fico doente. A picada do mosquito provoca malária e ele é o principal causador da malária. A sujidade é que provoca o mosquito, porque é lá onde ele se reproduz. (#95, curandeiro, Nwaxicoluane)

(...) Não tenho a certeza, sujidade ou outro tipo de comportamento. Mas do que sei pode ser sujidade. Devido às chuvas e como aquece muito, há muitos mosquitos. Também há muitos mosquitos nas águas estagnadas." (#29, pastor, Bombofo)

A título de exemplo, das 108 frequências relativas ao mosquitos 28 recorreram ao desenvolvimento do argumento inicial da água estagnada e um interlocutor mencionou a má conservação da casa, para se referir à entrada de mosquitos por buracos que pudessem existir nas paredes.

O questionamento da adequabilidade dos instrumentos e o registo e recolha de informação para além das categorias constantes nos guiões e questionários alerta-nos para os enviesamentos apontados pelos investigadores. Esta constatação, transversal a todos os que foram contactados, questiona a adequação dos instrumentos de recolha de dados quantitativos e o modo como a diversidade da experiência e discursos dos meus interlocutores podem, nesse instrumento, ser incorretamente conciliados. A desconsideração destes dois elementos refletir-se-ia negativamente nos dados apresentados, subvalorizando os conhecimentos dos entrevistados.

- **9. 1. 3 Práticas de prevenção da malária**

Este subcapítulo debruça-se sobre as práticas de prevenção da malária. Algumas delas remetem-nos para o período pré-colonial, altura em que a expurgação com base em plantas e alimentos era uma prática recorrente, como foi, anteriormente, referido. Esta análise não incluí os rituais de proteção espiritual, visto estarem mais relacionados com as "doenças da tradição" e feitiçaria. Os entrevistados afirmaram ter recorrido, várias vezes, a medidas para a eliminação de mosquitos, a par das de prevenção da malária.

A compreensão das medidas de prevenção estaria incompleta se não fosse feita a reflexão sobre o uso de redes mosquiteiras e sobre a adesão às atividades de pulverização intradomiciliária[298], dado que alguns dos interlocutores não referiram estes dois métodos na resposta relativa às medidas de prevenção da malária. Importa saber se estas diferenças são justificadas pela relativa discrepância entre os conhecimentos e as práticas e, em particular, pela familiaridade com os mosquitos ou se estes dois procedimentos são subvalorizados face à realização de outras práticas locais de prevenção. Nenhum dos

[298] Ver subcapítulo 9.2.1 e 9.2.2.

entrevistados referiu o Tratamento Intermitente Preventivo como forma de prevenção da malária[299].

Ao serem questionadas sobre as suas práticas preventivas da doença, o número de pessoas que referem recorrer à rede mosquiteira é cerca de metade em comparação com os resultados daquelas que respondem que a usam ou já a usaram (76 pessoas e 153 respetivamente). Deste universo de utilizadores, 60 declararam ter comprado a sua rede[300].

Quando analisadas as respostas por grupo de inquiridos, os curandeiros[301] são o corpo com menor frequência de respostas, seguido pelos pastores e pelos restantes inquiridos.

Quadro 9.2 - Respostas múltiplas sobre práticas de prevenção da malária

	Pastores	Homens e Mulheres	Curandeiros	Total
Usa/já usou rede mosquiteira (Q.6)	20	42	14	76
Não refere rede mosquiteira na Q. 6, mas afirma usar/ter usado rede mosquiteira na Q. 12	16	41	20	77
Comprou a rede mosquiteira	14	27	19	60
Não responde	6	5	0	11
PIDOM (Q.6)	0	4	2	6
Não refere PIDOM na Q.6, mas afirma ter aceite a atividade na Q.13	40	76	35	151
Não sabe se pulverizaram	0	4	0	4
Não responde	6	5	0	11
Cuidados de higiene com a casa e quintal	16	23	10	49
Consumo de água limpa e cuidados com água	2	7	2	11
Fumigação	2	5	3	10
Higiene pessoal	3	3	1	7
Baygon / Espiral de Fumo *(coils)*	1	5	0	6
Cuidados de higiene com os alimentos	0	2	3	5
Comprimidos do hospital	2	0	2	4
Procura de sombra e evitar exposição solar	0	4	0	4
Uso de repelente	1	2	0	3
Consumo de anti-maláricos	1	1	1	3
Higiene com a roupa	0	2	0	2
Fecho de portas e janelas ao entardecer	0	2	0	2
Consumo de remédio tradicional	0	0	2	2
Consumo de mistura de cinza, sal e açúcar	2	0	0	2

[299] Gross *et al.*, 2011: 9; Pell *et al.*, 2013: 5.

[300] Ver também Abate *et al.* (2013: 3); Aderaw e Gedefaw, 2013: 4; Udonwa, Gyuse & Etokidem, (2010: 3); Singh, 2014.

[301] Ver também Gessler *et al.* (1995: 125).

Não partilha de água e comida	0	1	0	1
Distância entre o curral e a habitação	0	1	0	1
Evitar o contacto das crianças com a lama	0	1	0	1
Uso de roupa com mangas compridas	0	1	0	1
Uso de plantas piladas espalhadas pelo quintal	0	0	1	1
Ter uma alimentação adequada	1	0	0	1
Ter uma casa de alvenaria	0	1	0	1

A reduzida frequência de respostas que referenciam a PIDOM como uma atividade de prevenção da malária vai ao encontro do desconhecimento da população [302] de que ela está, diretamente, destinada à eliminação do mosquito transmissor da malária, como será, adiante, apresentado nos discursos sobre a adesão e a recusa da PIDOM. Os resultados da presente investigação podem equiparar-se aos reduzidos dados finais de Aderaw e Gedefaw na Etiópia, com 5,37% de respostas (2013: 5). Importa destacar que, noutro local de estudo, também na Etiópia, foram obtidas 78,9% (Abate *et al.*, 2013: 3).

Os restantes métodos de prevenção vão ao encontro das causas relacionadas com o saneamento do meio [303], a higiene pessoal e a fumigação [304], recorrendo a vários comburentes, como o capim, as velas, as caixas, as casca de ovos e os caroços de maçaroca.

Nas últimas décadas, a capacidade de adquirir inseticidas aerossóis, espirais de fumo (*coils*) e repelentes aumentou significativamente. Daí que alguns dos inquiridos tenham aludido à sua utilização [305]. No entanto, foram referenciados como um método de prevenção dispendioso. Considerando a exposição solar como a segunda causa de malária com maior número de respostas, as medidas preventivas para a evitar (Shey *et al.*, 2011: 297) foram, igualmente, referidas por quatro entrevistados, enquanto que a automedicação, através do consumo de antimaláricos[306] que restaram de um tratamento incompleto, foi apontada por três pessoas. Duas outras referiram o fecho de portas e janelas, ao entardecer[307].

[302] Ver, também, Instituto de Higiene e Medicina Tropical (2009: 19 [não publicado]).
[303] Essé *et al.*, 2008; Deressa *et al.*, 2008: 123; Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2009: 19-20 (não publicado); Udonwa, Gyuse e Etokidem, 2010: 3; Shey *et al.*, 2011: 297; Abate *et al.*, 2013: 3; Mwanje, 2013: 38.
[304] Abate *et al.*, 2013: 5; Mwanje, 2013: 35; Essé *et al.*, 2008: 6; Deressa *et al.*, 2008: 123.
[305] Mwanje, 2013: 35; Udonwa, Gyuse & Etokidem, 2010: 3; Aikins, Pickering e Greenwood, 1994: 84; Shey *et al.*, 2011: 297; Essé *et al.*, 2008: 6; Singh, 2014; Deressa *et al.*, 2008: 123.
[306] Udonwa, Gyuse & Etokidem, 2010: 3.
[307] Abate *et al.*, 2013: 5; Mwanje, 2013: 35; Deressa *et al.*, 2008: 123.

Dadas as características das práticas terapêuticas dos dois provedores em análise, vários curandeiros mencionaram o consumo de remédios tradicionais[308] e a sua dispersão pelo exterior da casa[309]. Alguns pastores ziones, também, aludiram ao consumo de uma mistura à base de cinza, sal e açúcar.

Em síntese, destaca-se o uso de redes mosquiteiras seguida de práticas locais relacionadas com a higiene pessoal, coletiva e o saneamento do meio como as práticas de prevenção da malária mais referenciadas pelos entrevistados.

9.2 Discursos sobre métodos de prevenção da malária: as redes mosquiteiras e a pulverização intradomiciliária

Este subcapítulo tem como objetivo apresentar e analisar os relatos sobre duas medidas de prevenção da malária: a pulverização intradomiciliária (PIDOM) e o uso de redes mosquiteiras. A decisão de analisar estes dois métodos, em detrimento do Tratamento Intermitente Preventivo (TIP) dirigido às mulheres grávidas, justifica-se pelas características da amostra (indiferente ao género e à idade reprodutiva) e pelo interesse na agência dos atores fora do contexto biomédico.

▪ 9.2.1 As redes mosquiteiras

Na África subsariana, estima-se que 54% dos agregados familiares tenham acesso a pelo menos uma rede mosquiteira (OMS, 2013: x). Nos últimos anos, as recomendações da OMS e do *Roll Back Malaria* têm advertido que as populações em risco devem ser protegidas através da PIDOM ou de redes mosquiteiras tratadas com inseticida (piretróide) de longa duração (REMILD) (*Roll Back Malaria*, 2011: 1[310]). A opção pelo piretróide impregnado na rede deve ser fundamentada em fatores entomológicos, epidemiológicos e operacionais, na distribuição e densidade da população anofelina, na sua sensibilidade aos inseticidas (OMS, 2013: 23) e nas dinâmicas de transmissão assentes nas práticas agrícolas, nas alterações ecológicas, nas iniciativas de desenvolvimento e no tipo de infraestruturas do SNS (Yadav, 2014: 198).

[308] Aderaw e Gedefaw, 2013: 5; Gessler *et al.*, 1995: 125.
[309] Okrah *et al.*, 2002: 244; Aikins, Pickering e Greenwood, 1994: 83; Shey *et al.*, 2011: 297.
[310] De acordo com o *Global Malaria Action Plan* (GMAP) e de modo a alcançar o objetivo principal de, até 2015, atingir um nível quase zero de mortes por malária, a iniciativa Roll Back Malaria propôs-se, até ao final de 2013, alcançar 100% de acesso e utilização de medidas preventivas às populações em risco. Ou seja, "(…) o acesso e utilização de todas as pessoas em risco a redes mosquiteiras tratadas ou o uso de um espaço protegido através da PIDOM e todas as mulheres grávidas em risco receberem pelo menos uma dose do Tratamento Intermitente Preventivo (TIPg), durante o segundo e terceiro trimestres" (Roll Back Malaria, 2011: 1-2).

Estas recomendações estão espelhadas no Plano Estratégico da Malária 2012-2016, em que o Programa Nacional de Controlo da Malária prevê, até 2014, expandir as intervenções do controlo vetorial (PIDOM, REMILD, controlo larval, pulverização extradomiciliária), com vista ao acesso universal a um dos meios de prevenção (REMILD e PIDOM), a pelo menos 80% da população em risco de contrair a doença (MISAU, 2012a: 26). A combinação destes dois métodos tem por objetivo a redução do ciclo de vida do mosquito (principalmente o endofílico), através da sua eliminação − enquanto repousam nas paredes rociadas ou nas REMILD − e da dissuasão das suas fontes de alimento (Okumu e Moore, 2011: 6; Yadav, 2014: 194).

Esta estratégia foi implementada na província de Gaza, entre 2008 e 2012, onde os distritos, a norte dela, tiveram acesso universal às REMILD. Ou seja, foram distribuídas REMILD suficientes para cobrir toda a população ali residente. Em 2009, Mabalane (no norte da província) foi um dos distritos-piloto desta nova estratégia, sendo testada uma metodologia de envolvimento comunitário e recenseamento de toda a população, de modo a alcançar uma cobertura universal[311]. Nos restantes distritos, a PIDOM foi realizada anualmente.

A distribuição de redes mosquiteiras é, provavelmente, uma das estratégias de prevenção da malária com maior difusão e visibilidade. Entre 2007 e 2010, o Ministério da Saúde distribuiu 7,6 milhões de redes tratadas com inseticida de longa duração (REMILD) (MISAU, 2012a: 18) e, em 2011, foram entregues e vendidas 3 244 164 unidades (OMS, 2012: Anexo 4). Vários estudos comprovam a eficácia das REMILD na redução da morbimortalidade por malária e anemia[312].

Em 2013, a Organização Mundial de Saúde recomendou a cobertura universal por REMILD, uma vez que, em contextos com elevada transmissão, existem evidências de que a aplicação combinada de REMILD e PIDOM podem ser mais eficazes na redução do ciclo de vida do mosquito do que o uso de apenas um dos métodos. Para as áreas com elevadas coberturas de REMILD, os inseticidas piretróides não deverão ser utilizados na PIDOM, na medida em que irá contribuir para a pressão seletiva devendo, assim, ser utilizado um

[311] Atualmente a metodologia proposta pela OMS atribui uma REMILD por cada duas pessoas (OMS, 2013: 5). No entanto existem outras abordagens que valorizam a necessidade de se realizar um re-censeamento populacional e conhecer os padrões de dormida mais comuns de uma determinada sociedade, de modo a calcular o número de redes mosquiteiras a serem distribuídas. Por exemplo, um agregado familiar composto por um casal (pais), dois filhos adolescentes (rapaz e rapariga) e uma avó receberia duas redes mosquiteiras segundo a primeira metodologia. A segunda abordagem pondera que, em termos locais, irmãos adolescentes de sexo diferente não dormem juntos e a pessoa idosa dorme sozinha, a menos que esteja acompanhada de uma criança. Neste caso, a segunda abordagem distribuiria 4 REMILD ao referido agregado familiar.

[312] Alonso *et al.*, 1993; Hawley *et al.*, 2003: 125-126; Nyarango *et al.*, 2006: 6.

inseticida não piretróide (OMS, 2013: 3-7). Para evitar o desenvolvimento de resistências, os Programas Nacionais de Controlo da Malária terão de desenvolver atividades de monitoria regulares (OMS, 2013: 7). Estudos sobre esta nova política têm manifestado algum ceticismo[313], assim como entraves ao seu apoio[314].

As redes mosquiteiras tiveram um grande desenvolvimento nas duas últimas décadas, ao nível dos inseticidas impregnados, adequabilidade cultural e resistência dos seus materiais. Nos anos 90, as redes tratadas com inseticida, distribuídas em campanhas massivas dirigidas a menores de cinco anos e a grávidas (Oliveira *et al.*, 2010: 1-2) ou vendidas a preços subsidiados necessitavam de ser retratadas, anualmente, representando um custo adicional para os agregados familiares. Atualmente, estas redes foram substituídas por REMILD, cuja eficácia do inseticida se pode prolongar por sete anos e a sua malha é mais resistente do que as tradicionais redes de poliéster retratadas (Tami *et al.*, 2004: 8).

Em Moçambique, atualmente, são distribuídas, gratuitamente, REMILD para as mulheres grávidas, nas consultas pré-natal. As crianças com menos de cinco anos, consideradas um grupo de risco, poderão receber, pontualmente, REMILD distribuídas por Organizações Não Governamentais. Segundo Grabowsky *et al.*, a primeira estratégia (distribuição a grávidas) alcança coberturas baixas e de modo lento, criando desigualdades no acesso (Grabowsky *et al.*, 2007: 815-816).

Apesar de existirem distritos com acesso universal às REMILD, as discrepâncias entre a posse e a sua utilização continuam a ser significativas. Num estudo realizado nas províncias de Manica e Sofala, durante a realização da campanha de imunização, em setembro de 2005, foram distribuídos *vouchers* para levantamento de uma REMILD, nos dois meses seguintes. Nos inquéritos realizados, 55,1% e 59,6% dos agregados familiares possuíam uma rede mosquiteira, na província de Manica e Sofala respetivamente. Destes resultados, 59,3% e 61,6% dos menores de cinco anos tinham dormido debaixo da rede mosquiteira na noite anterior (Oliveira *et al.*, 2010: 4). Em 2007, o Inquérito sobre os Indicadores da Malária, realizado a nível nacional, expressa esta distinção (ver quadro 9.3), em que menos de 50% dos agregados possuíam uma rede mosquiteira e, destes, apenas 21,3% dos seus membros dormiram debaixo dela na noite anterior à realização do inquérito (Ministério da Saúde, 2009a: 36-39). As crianças (0-4) e as mulheres em idade fértil que tiveram um parto nos últimos dois anos (grupos de risco) registaram valores abaixo da média nacional.

[313] Okumu e Moore, 2011: 7-8; Nyarango *et al.*, 2006: 127-8.
[314] Kleinschmidt *et al.*, 2009: 523; Fullman *et al.*, 2013: 6-8.

Quadro 9.3 - Informação sobre utilização de redes mosquiteiras

		Dormiram debaixo de uma rede mosquiteira[315] na noite anterior à realização do inquérito		
	Percentagem de agregados com uma rede mosquiteira	Percentagem de agregados	Percentagem de crianças (0-4 anos)	Percentagem de mulheres (15-49), que tiveram um parto nos últimos dois anos
Urbano	44,7	57,1	28	31,2
Rural	35,2	48,8	20,9	27,2
Província de Gaza	37,3	21,3	7,5	12,3

Fonte: Inquérito Nacional sobre os Indicadores de Malária (IIM-2007) (Ministério da Saúde, 2009a: 36-39).

Outro estudo realizado em quatro distritos[316] da província de Gaza, em 2009-2010, concluiu que 64,8% dos agregados visitados possuíam redes mosquiteiras que foram utilizadas por 29,2% das mulheres grávidas e 38,3% das crianças menores de cinco anos, na noite anterior ao inquérito (Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2009: 20.

Em suma, o acesso às REMILD, a cobertura dos grupos de risco (grávidas e crianças menores de cinco anos) e a utilização das redes continuam a registar resultados abaixo das metas propostas pela OMS e dos objetivos do próprio país. Vários estudos procuraram conhecer as barreiras socioculturais identificadas no uso das redes mosquiteiras, de modo a incluir esse conhecimento nas mensagens de educação para a saúde, assim como adaptar as características das redes às comunidades. A bibliografia consultada destaca algumas razões para a recusa e uso irregular ou parcial por parte dos elementos que compõe o agregado, nomeadamente: o surgir de alergias (Mwanje, 2013: 34), o calor e a reduzida circulação de ar[317], os constrangimentos financeiros[318], a inacessibilidade ao mercado[319], a sua cor e formato[320], a sua utilização para a pesca e captura de ratos[321], a perceção de que

[315] Rede mosquiteira não tratada (sem inseticida) e tratada (impregnada com inseticida).
[316] Incluindo o distrito de Mabalane que teve cobertura universal de REMILD, em 2009.
[317] Abate *et al.*, 2013: 4; Mwanje, 2013: 48; Ndjinga and Minakawa, 2010: 3.
[318] Aikins, Pickering e Greenwood, 1994: 84; Brentlinger *et al.*, 2007; Oliveira *et al.*, 2010: 5; Chase *et al.*, 2009: 7-9: 108; Chuma *et al.*, 2010: 5.
[319] Chuma *et al.*, 2010: 5; Chuma *et al.*, 2010: 9; Mwanje, 2013: 45.
[320] Chuma *et al.*, 2010: 7-8; Ndjinga e Minakawa, 2010: 3.
[321] Chuma *et al.*, 2010: 7-8; Udonwa, Gyuse & Etokidem, 2010: 2.

o seu uso pode comprometer as futuras gerações[322] e, por fim, o recurso à rede mosquiteira apenas quando há mosquitos, durante a época das chuvas[323].

⌘

Este estudo procurou analisar os testemunhos dos entrevistados sobre as redes mosquiteiras, sem dar especial ênfase aos constrangimentos quanto à sua aceitação e aquisição. Como foi apresentado no ponto 10.1.3 sobre as práticas de prevenção da malária, as redes mosquiteiras são, amplamente, conhecidas entre os interlocutores, sendo as cheias de 2000 o evento que demarca o início da sua utilização de modo massivo. Foi, frequentemente, mencionada a sua distribuição gratuita e a transmissão de mensagens de saúde preventiva por parte das voluntárias da ONGI *World Relief*, através do projeto designado Vuronga. Alguns dos inquiridos referiram, igualmente, que as redes mosquiteiras que possuíam remontavam ao período em que elas eram adquiridas, nos centros de saúde, a um preço subsidiado e que era necessário fazer o seu retratamento regular .

A maioria dos entrevistados sabe que a política nacional privilegia as mulheres grávidas e as crianças, que recebem as redes mosquiteiras de forma gratuita, nos centros de saúde ou através de algumas ONG (ver subcapítulo 5.10) e enfatizaram que essa estratégia discriminava os outros adultos que não se enquadravam nesse perfil.

> *"(...) há uma parte do governo que falha, porque só dá redes mosquiteiras às mães grávidas e crianças. E eu, que não faço filhos, como é que vou escapar do mosquito?! Eu é que fiz estes filhos que têm direito à proteção. Há uma falha do governo. Agora não tenho rede, nem uso." (#205, curandeiro, Hókwè)*

Face a esta discriminação positiva dos grupos de risco, um número significativo de respondentes (35%) referiu que, habitualmente, comprava as suas redes mosquiteiras no mercado ou aos vendedores ambulantes[324]. Estas conclusões reforçam os resultados obtidos no Inquérito Nacional dos Indicadores da Malária, em 2007, em que as redes mosquiteiras reportadas (respostas múltiplas) provinham, principalmente, do sector comercial (47,3%), sendo adquiridas nos mercados (66,9%), junto dos vendedores ambulantes (19,4%), em lojas e farmácias (13,7%) e, seguidamente, no sector público (40,0%) (MISAU, 2009a: 34). Noutro estudo realizado no sul de Moçambique, a vontade de pagar estava dependente da escolaridade formal, do conhecimento da existência de redes no mercado e do uso de métodos alternativos de prevenção (Chase *et al.*, 2009: 7).

[322] Ndjinga and Minakawa, 2010: 3; Chuma *et al.*, 2010: 8.
[323] Okrah *et al.*, 2002: 244; Oliveira *et al.*, 2010: 7.
[324] Ver, também, Nyarango *et al.* (2006: 6).

Figura 9.1 - Rede mosquiteira pendurada dentro de uma das casas visitadas



Várias pessoas referiram que enfrentavam dificuldades financeiras para a compra de uma rede mosquiteira, justificando, assim, o seu não uso, no momento em que a entrevista foi realizada.

> "(...) *Eu tinha uma rede mosquiteira que obtive no centro de saúde e os ratos roeram a rede antes de eu a usar. Agora, como não tenho dinheiro, não tenho como comprar.*" *(#41, mulher, Changulene)*

> *"(...) Compramos ou às vezes temos obtido as redes das outras pessoas. Por exemplo, na minha casa a pessoa com gravidez é-lhe dada uma rede no hospital, depois eu aproveito." (#86, homem, Maxinho)*

Também, foi declarado por vários interlocutores o uso da rede apenas quando há mosquitos, principalmente na época das chuvas[325], em que a densidade vetorial e o risco de transmissão são maiores.

[325] Só estando em Chókwè durante a época das chuvas é que conseguimos compreender o impacto da presença dos mosquitos no nosso dia-a-dia. Elevadas temperaturas durante a noite (25ºC-30ºC) e o esforço por usar calças e camisolas de mangas compridas, adicionando-lhes uma camada de repelente, não evitavam as picadas dos mosquitos. Sempre que pernoitávamos nas aldeias rodeadas pelo regadio, em que os mosquitos faziam nuvens por cima das nossas cabeças, o entardecer era passado na rua, a conversar, sentados numa esteira, a preparar o jantar ou as refeições para o dia seguinte, a ouvir música ou a jantar. À semelhança do que acontece durante o dia, a cozinha e a sala de estar são o quintal, onde todos cabem. Quando os adultos decidem ir dormir, porque entretanto as crianças já adormeceram na esteira, é nesse momento em que as redes mosquiteiras, caso existam e sejam utilizadas, poderão ser montadas, depois de já terem passado várias horas de exposição aos mosquitos, no exterior. Noutras circunstâncias e porque o calor é insuportável, dorme-se fora das casas, com ou sem rede.

À semelhança de outros estudos, foram testemunhadas situações de desvios das redes mosquiteiras para a pesca (tendo sido observadas estas práticas durante as inundações de Janeiro de 2012), para a cobertura de latrinas e para a proteção das árvores e canteiros dos cabritos (ver Figuras A9.1 nos anexos).

Em suma, as redes mosquiteiras são uma medida de prevenção da malária com uma boa aceitação por parte dos entrevistados, principalmente durante a época das chuvas, em que a densidade vetorial é maior. Apesar da sua aquisição nos canais comerciais ser uma prática instituída em alguns dos agregados visitados, o elevado custo das mesmas e a distribuição gratuita apenas aos grupos de risco foram apresentados como uma barreira à sua utilização.

- **9.2.2 A Pulverização intradomiciliária (PIDOM)**

Em Moçambique, as atividades da PIDOM tiveram o seu início no ano de 1946[326] com a introdução do DDT e BHC. Jessica Dionne, no seu estudo sobre os trabalhadores da malária, no sul de Moçambique, durante o final do período colonial, descreve as várias funções desempenhadas por estes funcionários do Ministério da Saúde (Dionne, 2011: 130-145), tendo constatado existir um grande paralelismo com o atual modo de implementação da PIDOM. Esta atividade consiste na aplicação de um inseticida de longa duração nas paredes interiores de uma habitação (rociamento), de modo a eliminar os mosquitos adultos que aí existam ou repousem nas paredes. Em 2012, 88 países, dos quais 40 situados do continente africano, recorreram à pulverização intradomiciliária (OMS, 2013: x-xii) e, destes, 9 utilizaram o DDT (OMS, 2013: 26).

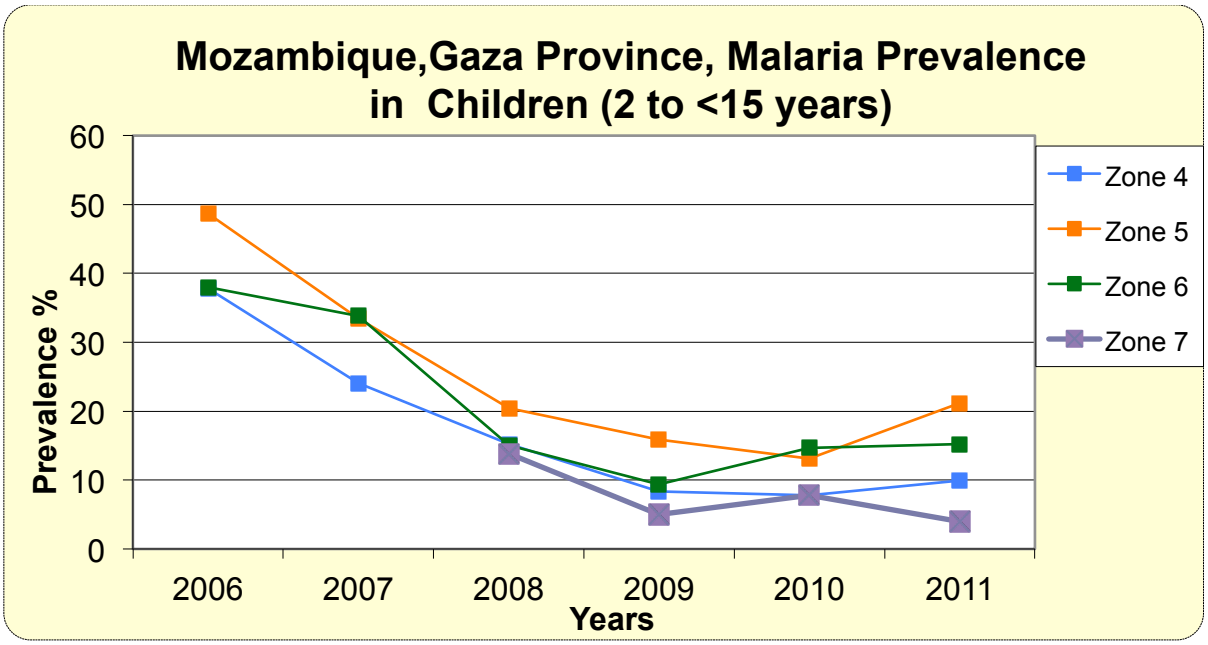
Em 2010, a PIDOM foi realizada em 62 distritos, cobrindo 64% da população total (MISAU, 2012a: 18), indo ao encontro do objetivo que definia que, até 2014, 80% da população deveria ter acesso a um dos métodos de prevenção da malária, no âmbito da estratégia de gestão vetorial integrada (MISAU, 2012a: 26). Em 2012, a cobertura da PIDOM era de 10% para os grupos com elevado risco (OMS, 2013: 77).

A PIDOM é considerada pela OMS como uma intervenção primária na redução ou interrupção da transmissão da malária para coberturas iguais ou superiores a 80%, nas comunidades abrangidas pela atividade (OMS, 2006b: 3). Os resultados mais imediatos da PIDOM referem-se ao encurtamento do ciclo de vida dos mosquitos e à redução da densidade vetorial, atuando de três modos no vetor endofílico: repele o mosquito (contato

[326] Ver capítulo IV.

físico com o inseticida inexistente), provoca irritação (depois do contacto com o inseticida) ou elimina-o de um compartimento. Estes três efeitos atuam de modo significativo na diminuição da transmissão do parasita e, consequentemente, no número de casos de malária reportados, tal como está expresso na Figura 9.2.

Figura 9.2 – Prevalência da malária em crianças entre os 2 e os 15 anos, na província de Gaza. A zona 4 corresponde ao distrito de Chókwè.



Fonte: Cortesia da DPS – Gaza.

De acordo com Kolaczinski *et al.*, a PIDOM, para ser eficaz, deve ser realizada com elevadas coberturas e qualidade, particularmente em contextos de elevada transmissão. Os mesmos autores destacam, como fatores importantes, a motivação e profissionalismo dos trabalhadores envolvidos, a permanente operacionalidade do equipamento, o apoio logístico, a fácil disponibilização dos fundos, a elevada aceitação pela comunidade e as boas acessibilidades às aldeias por estrada (Kolaczinski *et. al,* 2007: 853). Pela análise constante no subcapítulo 5.9 em relação aos trabalhadores envolvidos nesta atividade, aos desafios de financiamento do SNS, aos testemunhos sobre os fatores de adesão e não adesão à PIDOM, assim como à experiência de aceder às aldeias do distrito, concluiu-se que o quadro apresentado por Kolaczinski nos remete para uma realidade muito distinta da que encontramos, atualmente, no distrito de Chókwè e na maioria dos distritos com

características rurais. No entanto, na campanha da PIDOM de 2011-2012 foram reportadas coberturas médias de 82%-85% (#25, 23.05.2012).

Os inseticidas advêm de quatro grupos químicos, nomeadamente os organoclorados (DDT), os piretróides[327], os organofosfatos[328] e os carbamatos[329] (OMS, 2006b: 10). A utilização de DDT foi banida, sendo o único poluente orgânico persistente utilizado exclusivamente em saúde pública, estando esta aplicação regulada pela Convenção de Estocolmo (2001).

Segundo a OMS, a seleção dos inseticidas deve ser baseada em evidências, designadamente ter em consideração se os vetores de uma determinada região são reativos ao químico selecionado (monitoria da resistência e da alteração do comportamento vetorial induzido pelo inseticida[330]), se é considerada a segurança dos humanos e do ambiente, se é tida em conta a aceitação social (MISAU, 2005: 10) e se a relação custo- eficácia do inseticida é cabível (OMS, 2006b: 4-6).

No que se refere ao desenvolvimento de resistências aos inseticidas, no distrito de Chókwè foi realizado um estudo que as identificou em relação a piretróides e a carbamatos, em dois locais onde a informação foi recolhida (Casimiro *et al.*, 2007: 4).

Cabe ao Ministério da Saúde, em particular ao Programa Nacional de Controlo da Malária, decidir quantos ciclos de pulverização devem ser realizados por ano e quais os distritos onde ela deve ocorrer. Esta decisão tem em conta o tipo de transmissão existente no país (transmissão anual estável, com um incremento após a estação da chuvas), o inseticida utilizado, a sua duração e, por fim, o financiamento e/ou orçamento disponível (entre MISAU e outras fontes) para esta atividade.

[327] Os piretróides possuem um efeito de imobilização rápida do mosquito e existem algumas opções para a sua utilização em atividades de controlo da malária.
[328] Estes inseticidas são altamente tóxicos, mas o *pirimiphos-methyl* encontra-se entre aqueles que possuem uma baixa toxicidade, não causam a erosão dos bicos das bombas e não deixam marcas nas paredes, sendo, por isso, recomendados para atividades de PIDOM (MISAU, 2005: 12).
[329] " (...) O bendiocarb (FICAM) não tem propriedades corrosivas e não deixa marcas nas paredes. Em superfícies não absorventes pode ser usado em dose baixa, mas em superfícies porosas são requeridas doses altas. A sua persistência em superfícies à base de material orgânico é longa, mas muito curta em superfícies alcalinas" (MISAU, 2005: 12).
[330] Ver resultados de estudos realizados em Moçambique (Casimiro *et al.*, 2006; Casimiro *et al.*, 2006a; Casimiro *et al.*, 2007; Coleman *et al.*, 2008; Abílio *et al.*, 2011).

Figura 9.3 – Cargas de inseticidas utilizados na PIDOM e expostas ao público[331], no âmbito da comemoração do Dia Mundial da Malária, em Chókwè, a 30 de Abril de 2011



Desde 2000 que as políticas de prevenção da malária têm sido polarizadas entre as posições pró-PIDOM e pró-redes mosquiteiras. Os profissionais do Programa Nacional de Controlo da Malária não são alheios às opções e pressões de outros grupos de interesse, nomeadamente agências bilaterais e multilaterais, centros de pesquisa, indústria, algumas ONG e investigadores que procuram destacar as vantagens e riscos de um método em detrimento do outro. De modo exemplificativo, Cliff et al. apresentam o caso da *Medical Research Council,* cujos investigadores viriam a integrar *o South African Medical Research Council* e a reforçar as políticas pró-PIDOM, assim como o seu papel na constituição da *Lubombo Spatial Development Initiative* (LSDI), num momento em que há um incremento do financiamento disponível para o controlo da malária, através do Fundo Global (Cliff *et al.*, 2010: 376-378). Por outro lado, os mesmo autores destacam a posição de algumas ONG pró-redes mosquiteiras, justificando a sua incapacidade na implementação da PIDOM (Cliff *et al.*, 2010: 378).

A PIDOM é uma atividade que envolve muitos recursos financeiros, primeiramente aplicados à aquisição do inseticida (29%-45% do orçamento global da atividade), gestão (16% a 21%), recursos humanos (14% a 17%), equipamentos e veículos (9% a 13%), entre outros (Conteh *et al.*, 2004: 129). A seleção do inseticida pode representar uma elevada variabilidade nas

[331] Nesta exposição, foram, também, apresentados métodos de prevenção tradicionais da malária, como as folhas de cacana, mafureira, canhú e eucalipto para serem queimadas, assim como cascas de ovo e fezes secas de gado bovino.

despesas. O estudo de Conteh apresenta-nos o custo económico[332] para uma zona rural do sul de Moçambique de $2,77 por pessoa para o DDT, $3,00 para o ICON (Piretróide), $5,50 para o Proxupor (substituto do DDT) e $4,80 para o FICAM (Carbamato) (Conteh *et al.*, 2004: 130).

Neste sentido, o DDT é o inseticida com melhor custo-eficácia (duração do efeito residual e custo), podendo ter um efeito entre 6 a 12 meses, em comparação com os restantes inseticidas que possuem um efeito residual menor − entre 2 a 6 meses (OMS, 2006b: 6). Se articularmos o custo dos inseticidas com a nova política da OMS de acesso universal às REMILD (e combinação entre REMILD e PIDOM), concluímos que, no distrito de Chókwè onde estão registadas resistências a piretróides e a carbamatos, as atividades da PIDOM deveriam recorrer maioritariamente ao DDT e a carbamatos (nos locais onde não existem resistências registadas a este grupo químico), uma vez que o uso de piretróides é desaconselhado por integrar a composição das REMILD.

O debate internacional sobre o recurso ao DDT em países onde a malária é endémica fundamenta-se na posição favorável do seu custo e longa duração[333], partindo da premissa que a sua utilização é segura em termos de saúde pública[334] e que a contaminação ambiental é extremamente restrita (Shiff, 2002: 289).

Põe-se em dúvida se estes países estarão reféns da seleção do DDT devido ao seu custo-eficácia ou se optariam por outros inseticidas (Roberts *et al.* 1997: 301). Anne McGinn questiona: *"in order to control a disease, why should we poison our soils, our waters, and ourselves*?" (McGinn, 2002: 7), enfatizando os efeitos da bioacumulação do DDT no meio ambiente, amplamente reportados no últimos 40 anos[335]. Estudos em contexto de prolongada exposição apontam para a poluição por DDT encontrada no ar, solos e animais (galinhas), com concentrações superiores às orientações da OMS (Van Dyk *et al.*, 2010: 7).

Experiências que procuram medir o impacto das alternativas ao DDT, também, têm sido realizadas. Entre 2003 e 2008, oito países da América Latina (Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Panamá), em 202 comunidades, implementaram um programa regional que explora as alternativas sustentáveis ao DDT nas atividades de controlo vetorial. Em termos globais, houve uma redução média de 63% dos casos de malária (em El Salvador constataram-se localidades com uma diminuição de

[332] Os custos económicos não incluem os ganhos ao nível da saúde.
[333] Packard, 2007: 164; Sibanda *et al.*, 2011: 10.
[334] OMS, 2011: 16, 25, 86-87, 103, 121, 127.
[335] O'Shaughnessy, 2008: 1940-1946.

100%)[336] e 86,2% dos casos de malária por P. *falciparum* (PAHO/WHO, UNEP, GEF, 2008: 53). Em termos do controlo vetorial integrado , recorreram à destruição dos criadouros de mosquitos através de peixes larvicidas e bactérias, à distribuição pontual de redes mosquiteiras e ao uso da pulverização intradomiciliária com piretróides (PAHO/WHO, UNEP, GEF, 2008: 31). O relatório final destaca que a participação social e o envolvimento comunitário foram o eixo central deste programa regional (PAHO/WHO, UNEP, GEF, 2008: 32-36).

As estratégias de controlo vetorial adotadas por um país e a qualidade e continuidade do seu desempenho não influenciam, apenas, dentro dos limites da sua implementação, mas estendem-se à região em que estão inseridos. A África do Sul e a Swazilândia são países considerados de baixa transmissão da malária, com algumas áreas livres da doença. O caminho para a sua anulação, de acordo com a Iniciativa Regional Eliminação 8 (E8) (OMS, 2013: 58), é interdependente das atividades e resultados do controlo da enfermidade, alcançados em Moçambique (#23, 25.04.2011).

9.2.2.1 A implementação

O recurso à pulverização Intradomiciliária apresenta vários desafios logísticos, humanos e operacionais. Entre eles, destaca-se o facto de cada distrito recrutar rociadores, chefes de equipa e chefes de brigadas que, posteriormente, são formados em regime de internato, durante vários dias, idealmente durante o mês de setembro, para que a campanha possa decorrer antes do início da época de elevada transmissão (#25, 23.05.2011). Para além das questões organizacionais e remuneratórias referidas no subcapítulo 5.9, toda a campanha requer um elevado grau de organização e monitorização diária dos resultados.

A campanha de PIDOM dura 90 dias e é executada por rociadores locais (recrutados nas aldeias onde residem) e por outros que, diariamente, são deslocados da cidade de Chókwè para a aldeia onde a atividade foi desencadeada. Os chefes de brigada, chefes de equipa e o supervisor distrital que a superintendem garantem que todos os rociadores têm cargas de inseticida suficientes para cumprirem o seu plano de trabalho, assim como equipamento de proteção completo. No final do dia, ou dias, apresentam a sua folha de serviço com o número e localização dos compartimentos pulverizados, tendo em vista a comparação com o número de cargas de inseticida entregues.

[336] PAHO/WHO, UNEP, GEF, 2008: 13.

Dado o elevado grau de toxicidade desses químicos, os rociadores são industriados para estarem totalmente cobertos com equipamento de resguardo − fato-macaco, chapéus de aba larga, luvas, botas, máscaras e visores. A proteção é necessária, sempre que manuseiam as bombas e as cargas de inseticida, no momento em que as transportam e quando realizam a sua manutenção e lavagem.

Figura 9.4 – Rociadores equipados durante o lançamento da campanha da PIDOM, distrito do Guijá, aldeia 7 de Abril, a 1 de Agosto de 2011

.



Quando um rociador chega a uma habitação, espera-se que os residentes já tenham sido informados da pulverização pelas autoridades locais, para estarem presentes e retirarem, para o exterior, todos os alimentos, roupas, utensílios de cozinha e água. O mobiliário mais pesado deve ser colocado no centro da divisão, devidamente tapado, de modo a que as paredes estejam livres para poderem ser rociadas. Por motivos de segurança, todos os animais domésticos devem estar presos, de modo a não ingerirem nenhum outro animal que possa ter escapado da casa e morrido com o inseticida. Os compartimentos devem permanecer fechados e desabitados durante duas horas (mínimo), após as quais, um adulto deve abrir as janelas e portas, procedendo, posteriormente, à sua limpeza e enterrando o lixo recolhido.

- **9.2.2.2 Discursos sobre a PIDOM: fatores de adesão e críticas**

A pulverização intradomiciliária não é uma atividade nova para a população do distrito de Chókwè, uma vez que remonta ao período colonial e, atualmente, tem vindo a ser realizada, desde o ano de 2006. Durante o trabalho de campo, todos os interlocutores sabiam a que processo de pulverização nos referíamos, ideia, igualmente, partilhada por vários dos meus informantes qualificados.

Apesar dos interlocutores questionarem alguns resultados da PIDOM, a maioria aceita a sua realização[337] e reconhece as suas vantagens.

> *" (...) Este ano, ainda não fizeram a pulverização, mas, nos anos passados, já pulverizaram. Mesmo eu procurei saber porque é que o pessoal da pulverização não apareceu. Têm ajudado muito. Sempre que há campanha, permaneço em casa, para pôr as coisas no bom sítio." (#112, curandeiro, Maloluane)*

> *" (...) Fazem a pulverização para matar os mosquitos, baratas. Mas o principal é para matar mosquitos. Só que as baratas, também, morrem. Depois da pulverização, os mosquitos morrem e diminuem." (#122, pastor, Xilembene)*

No entanto, esta análise destaca que o saber-se da existência dessa atividade e do seu modo de implementação não pressupõe o conhecimento do motivo biomédico pelo qual ela ocorre. Muitos dos meus interlocutores referiram que a PIDOM é realizada para eliminar um conjunto de insetos, em que se incluem os mosquitos, as baratas, as pulgas (Kaufman *et al.*, 2012: 9) e, ainda, pequenos répteis e roedores. Ou seja, não existe um entendimento imediato de que o rociamento das paredes interiores com inseticida se destina, diretamente, à eliminação do mosquito *Anopheles,* que transmite a malária.

> *" (...) Já pulverizaram e o remédio é bom. Mata baratas, formigas e outros insetos." (#192, mulher, Manjangue).*

> *" (...) Já vieram pulverizar e o remédio é muito bom. Mata tudo o que estiver dentro de casa. Tiro tudo o que estiver dentro de casa para fora e fazem a pulverização." (#186, homem, Manjangue)*

> *" (...) O remédio é bom, porque, quando fazem a pulverização, ficamos mais de uma semana sem mosquitos e insetos. Só mais tarde é que aparecem." (#181, homem, Kotsuane)*

> *" (…) Já vieram pulverizar e o remédio é muito bom, porque mata baratas e mosquitos. Só que o que tem morrido mais são as baratas e não os mosquitos. Eu fico sem mosquitos, só no primeiro dia de pulverização. Nos restantes dias, há muitos mosquitos." (#180, mulher, Kotsuane)*

> *" (...) Já vieram pulverizar. O remédio é bom para matar baratas, mas o mosquito não. Fico 4 meses sem baratas." (#173, mulher, Matuba)*

[337] Beisel, 2010: 155; Munguambe et. al., 2011: 6; Kaufman *et al.*, 2012: 2.

Apesar das críticas ao reduzido efeito residual sobre os mosquitos, mantém-se o reconhecimento e o interesse no controlo de outras pestes[338].

Como foi referido, a PIDOM destina-se à eliminação dos mosquitos *Anopheles* responsáveis pela transmissão da malária, tendo um efeito residual diminuto na eliminação de outros mosquitos, nomeadamente o *Culex*. Ou seja, no período que se segue à PIDOM, a transmissão da malária dentro de casa pode ter sido reduzida, mesmo que as pessoas continuem a constatar um elevado número de mosquitos (provavelmente Culex) (ver quadro 9.3). Apesar do risco de transmissão ser menor, a perceção da eficácia desta medida para a eliminação geral dos mosquitos é, constantemente, contestada.

A participação numa atividade de monitoria entomológica, através da técnica *flit,*[339] durante a época das chuvas, foi bastante esclarecedora da relação entre o número de mosquitos *Culex* e os *Anopheles* fêmeas.

Figura 9.5 – Mosquitos recolhidos num compartimento, após a utilização do método *flit (esquerda).* Compartimento a ser preparado para a monitorização entomológica com o mesmo método (direita), Fevereiro de 2012.



Os resultados obtidos durante esta operação demonstram que a existência de mosquitos numa casa não implica o insucesso da PIDOM, uma vez que ela se destina, especificamente, à eliminação dos *Anopheles*.

[338] Ver também Rodríguez *et al.* (2006: 322).
[339] Método apropriado para avaliar a densidade de anofelinos endofílico, que consiste no fecho de todas as janelas, portas e buracos que possam existir num compartimento, seguido da cobertura do chão com um lençol branco e aplicação de um *spray* piretróide. Passados alguns minutos, recolhem-se os mosquitos caídos no lençol. Com a total participação e consentimento dos proprietários das casas, as equipas preparavam os compartimentos das casas, aplicavam o *spray* e esperavam alguns minutos. Seguidamente, com uma pinça, recolhiam todos os mosquitos que caíam no lençol para uma caixa circular transparente, para que eles fossem, de seguida, enviados para laboratório e feita a sua identificação entomólogos, recorrendo ao microscópio.

A maioria dos participantes nestes estudo são recetivos à PIDOM e, atendendo ao que foi exposto no subcapítulo 5.9 e às condições de sucesso sugeridas por Kolaczinski *et al.* (2007: 853), considera-se que a justificação das reduzidas coberturas não deve cingir-se à crítica superficial de que a "população desconhece" ou a "população é difícil", diversas vezes referida ao longo da nossa permanência em Moçambique. A análise do papel das várias partes envolvidas nesta atividade, fatores estruturais ligados ao financiamento, assim como os conhecimentos e práticas que emergem da sucessiva realização destas campanhas permitirão uma noção mais profunda da realidade em que esta desinfestação é realizada.

Quadro 9.3 - Número de mosquitos recolhidos por tipologia, em diferentes casas visitadas

	Nº total de mosquitos	Nº total de *Anopheles*	Nº total de *Anopheles*-fêmeas
1ª Casa	9	1	1
2ª Casa	3	3	2
3ª Casa	14	10	7
4ª Casa	19	4	3
5ª Casa	8	3	3
6ª Casa	8	3	3
7ª Casa	12	9	8
8ª Casa	5	1	4
9ª Casa	1	1	1
10ª Casa	7	5	4

A sua elevada aceitação surge, também, associada a um grande ceticismo e a múltiplas críticas, que demonstram as racionalidades que emergem desta experiência. Os interlocutores reconhecem a validade da PIDOM, mas não deixaram de questionar o seu reduzido efeito residual, os efeitos secundários e o aumento de baratas e pulgas[340] que se verificou nas suas casas, após a pulverização.

> *" (...) Já pulverizaram 2 vezes. Tiro tudo para fora e fazem a pulverização. Mais tard*e, é que meto todas as coisas dentro de casa. Depois da pulverização, enche-se [a casa] *de baratas e provoca muita tosse. Levas alguns dias e depois desaparece." (#69, pastor, Machua)*

> *" (...) Ali, também, há alguns tabus, porque, quando se pulveriza, a casa tem tido muitas baratas." (#159, homem, Muianga)*

> *" (…) A pulverização é boa, mas tem efeitos. As baratas morrem, mas, passado algum tempo, fica tudo cheio de pulgas e baratas." (#39, curandeira, Chiaquelane)*

[340] Sobre o efeito do DDT no aumento da mobilidade deste parasita externo, ver Rafatjah (1971: 1-5).

Vários testemunhos sobre os efeitos secundários na saúde[341] dos residentes, também, constituem um fator de recusa.

> " (...) *Depois de fumigar, marcaram as horas em que tinha de abrir e deixar a porta aberta. Controlei as horas. Quando eram 17 e qualquer coisa, comecei a fazer a limpeza para entrar. Só que, depois dali, fiquei com comichão, toda a cara estava a arder. Então eu preferi não meter mais, porque só tenho uma única casa, não é? Que durmo lá… os meus filhos também. «Mamã, está a arder, está a aquecer». Então preferi não pôr mais. Nem fomos ao hospital por sabermos que era por causa daquele medicamento, mas eu preferi, mesmo, não pôr mais." (#153, mulher, 1º bairro da cidade de Chókwè)*

> *" (...) Aquele medicamento não é aquele dantes, que se utilizava e que matava. Aquilo aí só vai-te provocar intoxicação de andar a tossi, e, depois, não vai morrer nada." (#23, mulher, Lionde)*

> *" (...) Os mosquitos morrem, mas nós ficamos com tonturas com o remédio, durante dois dias. Ao terceiro dia, já estamos bem." (#45, homem, Changulene)*

Outros argumentos relacionam-se com o desempenho dos rociadores, nomeadamente a diluição do inseticida (Kaufman *et al.*, 2012: 13) e o seu o desvio para uso agrícola.

> *" (…) As pessoas que fazem a pulverização metem água e vendem o medicamento e escondem. Como vem nas caixinhas, tiram o medicamento do pacote e mergulham apenas o papel. Põe água e vendem o medicamento para outra pessoa. Podem sair com 20 pacotes mas vendem 15. Só este ano é que resultou, porque o medicamento estava a funcionar. As pessoas que compram usam o remédio na machamba. Na planta do tomate para as minhocas não consumirem as plantas. Mais tarde, quando o tomate está maior, utilizam fertilizante." (#19, homem, Lionde)*

> *"(...) Às vezes dizem que cria muitas baratas e nem mata nada, apenas fico cheia de sujidade na minha casa. Talvez podem ser os funcionários que não fazem bem a mistura e enchem de água e o outro remédio vendem. A própria população é que compra, mas isso é um segredo. Mesmo perguntando, nunca dizem. Usam para a agricultura." (#142, homem, Macunene)*

> *" (...) Às vezes fazem coisas... porque pode chegar aqui e perguntar «Não quer comprar?» Porque, se você tiver dinheiro, vai querer comprar. Isso significa que a quantidade que devia aplicar no seu pulverizador já não vai aplicar, se tira e vende. Fazem isso. Até tivemos problemas com o líder e outras pessoas, porque fazem isso. O líder tomou conhecimento, teve de suspender e convidou a equipa distrital a fazer um trabalho sobre isso." (#208, pastor, Chiguidela)*

A existência de casos de desvio de inseticida foi referida por vários líderes comunitários. Alguns residentes, por desconfiarem que o químico podia estar demasiado diluído, recusavam participar na atividade, a menos que testemunhassem a sua colocação na bomba.

> *" (…) Por isso, quando a pessoa chega à minha casa, dou-lhes água. E digo-lhes que o remédio que ele tem só dá para uma casa, aqui deve pôr outro remédio. E, se eles fazem a pulverização com a mesma quantidade de remédio que restou noutra e vai para outra casa sem ter posto outro remédio, provocará muitas baratas, porque o remédio que colocarão já não terá força. Por isso, sempre que chegam na minha casa, eu exijo que ponham o remédio ou façam a mistura do remédio na minha presença. E começam a pulverização, em todo o sítio da casa, até nas latrinas." (#143, curandeira, 5º bairro da cidade de Chókwè)*

[341] Rodríguez *et al.*, 2006: 320-321; Rodrigues, 2009: 33; Kaufman *et al.*, 2012: 6-7.

Existe um manual para os rociadores com instruções detalhadas sobre o modo de utilização de inseticidas durante a PIDOM, em especial o DDT, sobre a sua aquisição, transporte, armazenamento, controlo e destruição. No entanto, o desvio desses químicos é uma realidade e a sua aplicação na agricultura é um dos riscos existentes, principalmente no que se refere à utilização de DDT, uma vez que ele está proibido para fins agrícolas, devido ao elevado grau de toxicidade e aos seus efeitos de bioacumulação. Neste caso particular, foi referido o desvio e a venda de inseticida sem qualquer referência ao tipo e marca. No entanto, um informante qualificado esclareceu que o FICAM (carbamato) estaria a ser utilizado para casas de alvenaria e o DDT para as restantes.

O recurso aos pesticidas agrícolas para o rociamento das casas, de forma independente e individual, foi, também, mencionado, ao longo do trabalho de campo (Kaufman *et al*., 2012: 5).

Por último, importa analisar as estratégias compulsórias utilizadas por alguns líderes comunitários. As campanhas de pulverização intradomiciliária são consideradas uma estratégia primordial para o controlo da malária, em Moçambique, e os meios financeiros e logísticos envolvidos originam que as coberturas sejam elevadas. Apesar da aceitação cética e crítica desta atividade, existem pessoas que recusam a sua realização, confrontando, diretamente, as equipas de pulverização ou, simplesmente, ausentando-se do seu domicílio, quando elas passam pelo bairro (Dionne, 2011: 163).

Mediante o peso das recusas nos dados das coberturas, várias situações podem ocorrer, de acordo com o tipo de liderança comunitária e a existência de um técnico de saúde naquela aldeia. Em alguns casos, foi referida a sua participação na mobilização e esclarecimento das famílias que recusam a atividade.

> *"(...) A pulverização não correu bem, porque muitas das casas não aceitavam. E tentei saber os porquês, numa reunião, e responderam que era a forma deles pulverizarem. Eu chamei esses rociadores para saber se os bicos deles não estão em condições, porque diziam que, quando vão pulverizar, sujam a casa, em vez de limpar, porque aquele bico, quando está bem, (...) tem de usar o produto e não sujar. Por isso, abandonavam muito. Falei com eles e acho que minimizaram, porque, daí até aqui, já vai duas semanas e não vieram dizer nada." (#97, provedor biomédico)*

Noutros casos, a participação dos líderes comunitários quer com uma abordagem mais compreensiva quer sancionatória levava ao cumprimento, na íntegra, desta "atividade do governo".

> *" (...) Aquele remédio mata certos insetos como baratas, ratos e aumenta pulgas e insetos. Quase que não vejo utilidade nesse remédio. Uns aceitam, outros não. Como é a obrigação do governo, acabam aceitando. Para aqueles que não aceitam, o governo aparece na casa*

deles e, por medo, eles sempre dizem que não estavam em casa e abrem as portas para pulverizar." (#110, mulher, Mapapa)

" (...) Correu muito bem, as pessoas aderiram com muita força. Nós também colocámos uma lei como líderes que dirigem a aldeia: quem não quiser isto, vai ter de nos dizer porque é que não quer. Então fica ele criador de mosquitos. Nós na nossa aldeia não queremos criadores de mosquitos. Então vai-nos dizer onde é que quer ficar, para ele criar mosquitos sozinho. Toda a gente abriu as portas e pulverizaram." (#195, homem, Hókwè)

"(...) A pulverização é muito boa e não escolhem casas. O problema estava connosco mesmos, a população não abria as portas para fazer a pulverização. Eles dizem sempre que depois da pulverização, apareciam pulgas. Então os chefes castigaram as pessoas que não aceitaram a pulverização. O castigo que receberam era de ir capinar o centro." (#168, pastor, Matuba)

"(...) Das outras vezes que fizeram, com a pulverização surgiram muitas baratas e pulgas. Nunca negamos abrir a porta para fazerem a pulverização porque é uma lei do governo. O único problema está com as pessoas que fazem a pulverização, eles enchem com água." (#204, pastor, Hókwè)

Dada a insuficiente mobilização comunitária, educação e esclarecimento, os técnicos dos centros de saúde têm um papel central por saberem dar resposta às dúvidas da população e devido à proximidade e confiança com alguns residentes.

Sendo uma atividade de adesão voluntária, a imposição da pulverização intradomiciliária, por medo, sanção[342] ou autoridade não resolve a questão que subjaz à sua recusa. Pelo contrário, perpetua dúvidas quanto à motivação, implementação e resultados esperados pela realização da PIDOM.

" (...) *Não sei se o remédio é bom ou não, já que são os chefes que dizem que devemos abrir as portas para pulverizarem. Nem sei porque que fazem a pulverização. Eles dizem que é para matar ratos, baratas, mas o que acontece é que eles só sujam as paredes. Mesmo depois de ter pulverizado, as baratas e ratos não morreram. Nesta semana, matiquei a minha casa porque estava tudo branco."* (#102, curandeira, Cumba)

O cumprimento de uma atividade "da Saúde" ou "do Governo" apresenta-se, aqui, numa interface entre uma instituição que sabe o que é melhor para a sua população (Kaufman *et al.*, 2012: 13; Munguambe et. al., 2011: 35-37) e à qual é reconhecida e confiada essa autoridade e, por outro lado, aquela que a impõe e exerce coercivamente, retirando poder de decisão aos indivíduos, contornando os seus conhecimentos e questionamentos, definindo, assim, uma relação de poder, polarizada entre quem decide e quem deve obedecer.

⌘

Como foi partilhado por um supervisor distrital, para que a mobilização comunitária tenha sucesso é fundamental que os líderes comunitários tenham sido avisados da data em que a

[342] Ver também Kaufman *et al.* (2012: 11).

atividade seria realizada, de modo a que garantissem que, pelo menos um residente adulto estivesse presente durante o dia da visita dos rociadores. Isto significa que nem todos podem ir para a *machamba*, para as suas bancas no mercado ou para a sua atividade assalariada. A presença de um adulto é essencial para que a atividade se efetue . Se a informação sobre os dias em que a PIDOM se realiza não chega ao líder da aldeia e, por sua vez, ao chefes dos bairros e, consequentemente, aos habitantes, o mais frequente é que toda a gente parta para as machambas e para as suas ocupações profissionais e só regresse depois do meio-dia[343].

> " (...) *Aqui não há problemas, só que, prontos... tem havido problemas, quando não são avisados. Aí, o rociador chega lá e olha que as pessoas não estão preparadas. Por isso, agora, estão a fazer a correção. Já estão a passar por sítios onde passaram e não estava ninguém." (#124, provedor biomédico)*

Vários interlocutores referiam que, por vezes, as suas casas não eram pulverizadas, porque a população não era avisada (Hlongwana *et al.*, 2009: 7; Kaufman *et al.*, 2012: 13). Se o número de habitações por pulverizar fosse residual e a planificação das visitas não pudesse ser alterada, estas casas não seriam tratadas. No entanto, por vezes, o número era significativo. Então, os rociadores regressavam ao bairro ou aldeia para concluírem a operação.

Outro desafio referido sobre a mobilização social prende-se com a colaboração dos líderes comunitários, neste processo, na medida em que eles constituem o elo de ligação entre as instituições governamentais distritais e a população. A sua falta de disponibilidade, interesse e vontade para avisar a população (Dionne, 2011: 161; Hlongwana *et. al.,* 2009: 7), seja porta-a-porta ou através de uma concentração geral, coloca em risco o planeamento e logística desta atividade.

> *" (...) Contactávamos os líderes e apanhávamos os líderes, aqueles que são mais eficazes e têm mais dinamismo... Então, às vezes, tínhamos dificuldades. Tínhamos de fazer repetições às mesmas aldeias, para ver se conseguíamos fazer a cobertura. Porque, em termos de inseticida, equipamento, nós estávamos repletos… (...). Aí tínhamos de ir falar com os líderes dessas áreas. Por isso, dizíamos que os líderes deveriam ter um estímulo, para eles* colaborarem com o programa" *(#02, 12.01.2012)*.

Em suma, apresentaram-se como razões de adesão à PIDOM as boas experiências com as campanhas passadas em que ocorreu uma diminuição de insetos (incluindo mosquitos),

[343] À semelhança das atividades de pulverização, muitas vezes, fomos confrontadas com a ausência de residentes nas aldeias, uma vez que, antes do amanhecer, assim que o sol nasce, uma parte significativa das pessoas se dirige para as suas *machambas*, para iniciar os trabalhos agrícolas. No nosso caso, esta ausência requeria que nos deslocássemos a pé, com uma pequena mochila às costas, entre casas, à procura de residentes. Para os rociadores, implicaria caminharem com uma bomba às costas (que estando cheia de água e inseticida poderia pesar entre 12 a 15kg), um saco onde guardam as cargas de inseticida e outros utensílios e vestidos com um fato-macaco e botas de trabalho.

pequenos répteis e roedores, o cumprimento de uma orientação do governo e a intervenção e esclarecimento por parte dos líderes comunitários e técnicos de saúde. Por contraste, o ceticismo e algumas recusas foram justificadas pela ausência de uma notificação relativa à realização da operação, pela perceção de que os inseticidas promovem outras pragas, são ineficazes (existindo, mesmo, rumores quanto à sua diluição), têm efeitos secundários ao nível da saúde dos membros do agregado, constata-se desvio dos químicos para venda e as autoridades locais não se envolvem o suficiente.

Síntese

O presente capítulo procurou evidenciar uma relativa aquisição de conhecimentos biomédicos sobre a causa da malária e o uso de redes mosquiteiras como medida preventiva, a par de outras de higiene pessoal e coletiva. Neste âmbito, destacam-se os conhecimentos e práticas preventivas consideradas corretas por parte da população em geral, em detrimento dos grupos dos pastores e curandeiros (novos atores de promoção de saúde).

No distrito de Chókwè, verifica-se uma discrepância significativa quanto ao acesso, posse e uso de redes mosquiteiras, utilizadas, principalmente, na época das chuvas. Um casual número de respostas aponta para a sua aquisição no sector comercial.

A pulverização intradomiciliária é uma atividade como uma boa aceitação por parte da população para controlo da doença, ainda que a sua finalidade não seja, totalmente, compreendida e haja vários motivos de crítica baseados em experiências passadas.

Em suma, assistimos à acumulação de noções biomédicas por parte da população, mas subsistem críticas e dúvidas não esclarecidas quanto à implementação e resultado de atividades como a PIDOM. De acordo com o problematizado no subcapítulo sobre a introdução dos Testes de Diagnóstico Rápido, os novos referenciais e intervenções realizados pelas instituições biomédicas têm um impacto nos saberes previamente existentes. A menos que as pessoas vejam as suas questões esclarecidas, novos conhecimentos e práticas emergirão, com base nas experiências com os serviços biomédicos. Estes novos domínios poderão reforçar ou enfraquecer os serviços biomédicos prestados e os planos de controlo da malária existentes para determinada área.

Conclusão

"(…) *not a war to be won, but a moving target*".

Kelly and Beisel (2011: 84)

Ao longo da presente investigação foram analisados os conhecimentos e práticas das sociedades de Chókwè, em Moçambique, relativos à etiologia da malária, ao seu diagnóstico, prevenção e tratamento. Este estudo foi realizado sob uma perspetiva interpretativa e crítica, integrando fatores de ordem económica, social, política, organizacional e cultural que são, frequentemente, marginalizados na abordagem dessa enfermidade. Os doentes, os seus familiares e os provedores de cuidados de saúde, ao serem considerados numa teia de relações socioculturais, de ideologias, de políticas e abordagens, de vivências, de simbolismos, de fluxos de informação e de atores múltiplos, evidenciam a complexidade e a ambiguidade a que, muitas vezes, está sujeita a compreensão dos fenómenos da saúde e da doença. As atividades de controlo da malária e os processos de tomada de decisão são, assim, disputados, imprevisíveis, reativos e com centros de decisão partilhados e dispersos.

Os conhecimentos e práticas terapêuticas nas sociedades de Chókwè são permeáveis aos fenómenos macroestruturais e aos processos de mudança que ocorrem, na atualidade, e estão em constante relação dialética com os discursos e experiências dos membros da linhagem, com os seus saberes e com as relações sociais estabelecidas quer ao nível das igrejas quer de outros grupos de pertença.

Na Introdução desta tese foram enunciados os cincos objetivos orientadores desta investigação. No corrente capítulo final, proponho-me a apresentar as principais conclusões e evidenciar os contributos que entendo mais significativos para a compreensão das relações entre os diferentes provedores de cuidados de saúde, no contexto do controlo da malária.

Ao procurar compreender as várias interpretações locais sobre esta doença quer junto dos variados provedores de saúde quer junto dos indivíduos singulares (primeiro objetivo),

deparámo-nos com terminologias locais diversificadas: “doença do hospital”, “doença da tradição” e feitiçaria. A malária, cuja designação e diagnóstico atual se difundiu, no ano 2000, aquando das cheias no distrito de Chókwè e subsequentes fluxos de ajuda humanitária, é, presentemente, classificada como uma “doença do hospital” pela maioria dos interlocutores. No entanto, esta 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 económica, organizacional (etnomedicinas e provedores existentes) e relacional (estatuto social, prestígio e ligações políticas). O “contrato social” com os antepassados, as várias obrigações familiares e os fluxos de informação sobre saúde e doença, com múltiplas polaridades, condicionam a geografia dos conhecimentos e o seu campo lexical. A título de exemplo, destacam-se as mensagens difundidas pelos profissionais de saúde nas unidades sanitárias, pelos ativistas nas visitas domiciliárias, pelos pastores nas igrejas protestantes, os padres na igreja católica e os imãs na religião muçulmana bem como pelos pastores ziones, pelos curandeiros e pelos meios de comunicação social. Tal como ilustrámos através de vários testemunhos e no estudo de caso sobre a introdução dos testes de diagnóstico rápido da malária, a multiplicidade de etiologias e de significados atribuídos a esta doença pode originar distintos itinerários terapêuticos recorrendo a diferentes provedores.

As várias e imprevisíveis estratégias de procura da cura põem em questão não somente as terminologias locais da enfermidade (“doença do hospital”, “doença da tradição” e feitiçaria) como também o conceito biomédico e tradicional. A relação construída com os provedores médicos e as diferentes etnomedicinas suplanta dicotomias analíticas e gera um fenómeno de complementaridade terapêutica na construção dos saberes sobre saúde e doença.

Conhecer e compreender os testemunhos relativos aos cuidadores de saúde e ao discurso existente entre eles e ter a noção, de modo diacrónico, dos fatores económicos, políticos, sociais e históricos que poderão ter reconfigurado os conhecimentos e práticas respeitantes à malária e às relações dos provedores entre si e entre eles e a restante população (segundo e terceiro objetivo, respetivamente) são analisados ao longo de toda a dissertação, através da caracterização e discursos desses atores.

Os curandeiros foram os primeiros provedores de cuidados de saúde a quem as sociedades de Chókwè recorreram, sendo socialmente valorizados durante o período colonial e pós colonial como um elemento comunitário agregador e de elevado prestígio local.

Na atual conjuntura e com a expansão das igrejas cristãs que são contrárias à manutenção de crenças e terapias consideradas “tradicionais”, os curandeiros são diabolizados 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 humanidade 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. Adicionalmente, a crescente influência das igrejas cristãs produz, nas sociedades de Chókwè, um discurso de temor e rejeição dos curandeiros.

Os cuidados biomédicos que foram introduzidos com a ocupação colonial através dos missionários e da administração portuguesa permitiram, em primeiro lugar, o acesso à assistência médica a colonos e assimilados e, em segundo plano, à população local. A par da evangelização, a cura dos corpos expressava a missão civilizadora dos povos indígenas.

No pós-independência, a guerra civil originou a deslocação compulsiva da população residente nas zonas rurais para pequenos centros urbanos (vilas e sedes de distritos) onde a segurança era maior e onde eram prestados cuidados biomédicos. Durante esse período, os curandeiros viram as suas práticas serem descredibilizadas, repudiadas e perseguidas pela ideologia vigente. As constantes emboscadas nas zonas remotas inviabilizavam não só a captação e circuito de pacientes bem como a procura de plantas para a realização dos tratamentos. Nos anos 80 e 90, com o agravamento da situação humanitária e a adesão ao Banco Mundial e ao Fundo Monetário Internacional, vários atores multilaterais integraram a arquitetura do sistema nacional de saúde e a prestação de cuidados a nível local. A significativa alocação do orçamento de estado para a defesa e a implementação do PAE agravaram a falta de investimento no sector da saúde comprometendo a assistência terapêutica à população e restringindo o espaço de atuação das etnomedicinas.

Atualmente, a paisagem organizacional expandiu-se, como resultado do aumento dos fluxos de financiamento, existindo múltiplos centros de decisão e prestação de cuidados sanitários. No âmbito das políticas de saúde, assistimos, concomitantemente, à gestão e implementação das políticas em formato de programas verticais, em que entidades não estatais, nacionais e internacionais, desempenham um papel preponderante no financiamento, na tomada de decisão e implementação das atividades de controlo da malária.

A apresentação de vários estudos de caso, ao longo do capítulo V, pretendeu ilustrar a multiplicidade de atores existentes, o seu desempenho e impacto das suas práticas. A análise de algumas controlo da malária, à luz dos conceitos de espaços de poder, "parceria"

e *ownership,* sublinhou a problemática da descoordenação e liderança, da alocação insuficiente de recursos desde o nível central até à sua entrega a nível local e, ainda, a (re)distribuição desigual dos recursos financeiros.

Por fim, a expansão do cristianismo no sul de Moçambique está, intrinsecamente, relacionada com o crescente discurso de modernização e abandono de crenças e práticas consideradas tradicionais, difundidos desde o início da ocupação colonial até à atualidade. No pós-independência o sentimento emancipatório e de empoderamento saíram reforçados devido às redes de solidariedade e pertença e aos fortes laços comunitários criados. Atualmente, apesar da 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.

Estas igrejas valorizam as crenças tradicionais, reconhecem a importância da relação com os antepassados e reproduzem alguns dos tratamentos realizados pelos curandeiros. No entanto, distanciam-se deles, na medida em que invocam a ajuda do Espírito Santo e a aquisição, por via divina, dos dons espirituais. À semelhança das outras igrejas cristãs, também os pastores ziones condenam e desaconselham a ida aos curandeiros 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, estas instituições religiosas apresentam-se como a melhor solução local: forte ligação comunitária, consolo e reciprocidade e com resultados terapêuticos a baixo custo.

Não obstante a fronteira demarcada entre curandeiros e ziones, reafirmada por crentes e pastores, para a generalidade dos entrevistados, incluindo os curandeiros, os pastores ziones não passam de "curandeiros com bíblia" e a integração dos elementos religiosos apresentam-se como uma estratégia de atração de crentes, num momento em que aqueles são alvo de fortes críticas sociais.

De um modo geral, existe um interconhecimento entre a comunidade envolvente e os praticantes etnomédicos existentes no distrito de Chókwè. Presenciou-se, também, a complementaridade e aceitação de múltiplas práticas terapêuticas, entre os curandeiros e pastores ziones, face à biomedicina. Por outro lado, estes atores tradicionais consideram-se rivais, sendo que, apenas em casos pontuais, se assiste à sua cooperação. Os provedores biomédicos autoexcluem-se destas relações a nível local, tendo um conhecimento muito superficial e estereotipado das suas práticas.

Na atualidade, caracterizada por múltiplas etnomedicinas, em que os conhecimentos e práticas voltadas para a conservação e recuperação da saúde estão em constante questionamento e mudança, a comunicação efetiva e diálogo entre todos os provedores médicos existentes numa determinada área potencia a complementaridade e o reforço dos cuidados prestados.

Os saberes e as terapias ajustam-se às dinâmicas socioculturais, em estreita relação com os hábitos adquiridos. Os elementos de ordem económica, política, social e histórica, a par da implementação de políticas de saúde que não atendam à diversidade local, às relações de poder existentes e aos conhecimentos e práticas médicas podem enfraquecer os cuidados biomédicos prestados e fomentar conflitos locais entre os provedores e a população. Subscrevendo as conclusões de Kelly e Beisel, a malária deve ser gerida a nível local, se é que pode ser gerida (Kelly and Beisel, 2011: 84).

A valorização de uma perspetiva que enfatize o nível micro e as suas especificidades pressupõe uma descentralização da tomada de decisão do nível central e uma maior participação e envolvimento de atores locais, eliminando, assim, parte da entropia a que, atualmente, assistimos na prestação de cuidados de saúde.

A procura do conhecimento respeitante aos saberes e práticas preventivas da malária, sobretudo em relação à pulverização intradomiciliária e à utilização de redes mosquiteiras (quarto objetivo) reforçaram a análise, anteriormente, referenciada. Ambas as medidas são conhecidas pelos entrevistados, ainda que subsistam dúvidas não esclarecidas. Ao contrário de algumas estratégias de intervenção, que procuram privilegiar os líderes religiosos pelo seu estatuto social e saberes, concluiu-se que os conhecimentos e procedimentos de prevenção da malária, considerados corretos pela biomedicina, foram mais frequentemente mencionados pelos homens e mulheres entrevistados do que pelos pastores e curandeiros.

Uma comunicação efetiva e centrada no utente/paciente por parte de todos os atores envolvidos no planeamento e implementação de atividades de controlo da malária (políticas de saúde) poderá incrementar o grau de compreensão da enfermidade e permitir uma maior adequação entre a atividade *per si* (abordagem ao nível micro) e a realidade em que ela decorre. Com um diálogo constante entre os provedores biomédicos e a população, poderia dar-se um maior interconhecimento e integração dos novos referenciais na prática clínica.

Que contributos pode trazer aos estudos de Ciências Sociais sobre a malária um trabalho que se debruça sobre a relação entre provedores de cuidados de saúde, os seus conhecimentos e práticas curativas e preventivas?

A polifonia dos discursos e a multiplicidade de significados apresentados nestas páginas caracterizam a doença e as relações existentes em torno dela e vão muito além da complexidade biomolecular patente em publicações médicas ou da análise social parcial de uma das suas dimensões. Os sentidos fluídos e, por vezes, ambivalentes entre uma "doença do hospital", uma "doença da tradição" e um infortúnio causado por feitiçaria destacam não só a importância das relações sociais, em especial no seio da linhagem e junto dos provedores etnomédicos, como também a pertença religiosa. Deste modo e submetidos à influência de múltiplos fatores, os conhecimentos e práticas terapêuticos estão em constante (re)construção.

Ao longo da minha dissertação, foi, igualmente, destacada a multiplicidade de narrativas sobre a modernidade e a tradição que ora se caracterizam pela sua localização espacial e temporal ora pela sua fluidez e dinamismo. Em constante transformação, realçam o papel catalisador de novos saberes, práticas e relações terapêuticas que está associado à introdução de novas políticas e tecnologias, aos atores sociais, às relações de poder e às calamidades naturais. A produção de novos espaços e experiências incorporados pelos pacientes não se limitam às etnomedicinas tradicionais. São, também, extensíveis à produção e ao consumo dos saberes biomédicos.

As histórias de vida dos provedores de saúde tradicionais e os discursos sobre a sua identidade evidenciam não só os conflitos e as tensões existentes, mas também as tentativas de harmonização, cooperação e complementaridade terapêutica. Ao nível das políticas de saúde, os provedores tradicionais locais ora são desconhecidos e relegados à invisibilidade (pastores ziones) ora assumem um papel subalterno (curandeiros), alinhavado à medida dos interesses, das ideias vagas e dos preconceitos que os biomédicos possuem sobre estes provedores terapêuticos. O conhecimento superficial e uma aproximação motivada por agendas e atores externos dessocializa e reifica a prática biomédica reduzindo-a ao encontro clínico fugaz. No âmbito das atividades de controlo da malária, a exígua compreensão das dinâmicas sociais e terapêuticas existentes conduz à desadequação das mensagens de educação para a saúde transmitidas pelos profissionais assim como a um entendimento parcial das motivações respeitantes à escolha do provedor, às medidas preventivas utilizadas e ao tratamento domiciliário.

Advoga-se, neste estudo, que é fundamental um estreitamento das interfaces entre os provedores, os pacientes e as políticas de saúde, de modo a que as intervenções e tratamentos prestados sejam alicerçados em evidências com base local e não apenas em modelos e mensagens originados em instituições, nacionais e internacionais, que operam a nível vertical e central. Os casos apresentados, referentes à adesão à pulverização intradomiciliária, ao uso das redes mosquiteiras e à (des)coordenação e distinto *modus operandi* dos diversos atores biomédicos realçam a dissonância entre os saberes e práticas locais e as intervenções globais e seus pressupostos.

A abordagem multidisciplinar e a análise das experiências de saúde localizadas, respeitantes não apenas aos provedores etnomédicos e seus saberes mas também relativas às dimensões políticas, históricas, económicas e sociais de uma determinada geografia, devolvem a visibilidade à doença da malária como um fenómeno social dinâmico, fruto de múltiplos centros de tomada de decisão e da constante (re)adaptação de conhecimentos e terapias.

Do mesmo modo que o mosquito *Anopheles* resiste e se adapta às alterações do meio, também os conhecimentos, as práticas terapêuticas e as relações sociais sobre saúde e doença estão em constante mutação. Em ambos os casos, desconhecem-se as subsequentes modalidades e configurações.

Bibliografia

Abate, Andargie, Abraham Degarege, Berhanu Erko (2013), "Community knowledge, attitude and practice about malaria in a low endemic setting of Shewa Robit Town, northeastern Ethiopia", *BMC Public Health*, 13: 312, s/l: BioMed Central Ltd.

Abeku, Tarekegn *et. al.* (2008), "Determinants of the accuracy of rapid diagnostic tests in malaria case management: evidence from low and moderate transmission settings in the East African highlands", *Malaria Journal 7:202*, (Online).

Abílio, Ana *et. al.* (2011), "The emergence of insecticide resistance in central Mozambique and potential threat to the successful indoor residual spraying malaria control programme", *Malaria Journal*, 10:110, (Online).

Abrahamsson, Hans, Anders Nilsson (1994), *Moçambique em Transição – Um estudo da história de desenvolvimento durante o período de 1974-1992*, Maputo: Centro de Estudos Estratégicos e Internacionais/Instituto Superior de Relações Internacionais & *Peace and Development Research Institute Gothernburg University*.

Adam, Yussufo (2006) Cooperativização na Agricultura e Relações de Produção em Moçambique, Maputo: Promédia.

Aderaw, Zendiew, Molla Gedefaw (2013), Knowledge, Attitude and Practice of the Community towards Malaria Prevention and Control Options in Anti-Malaria Association Intervention Zones of Amahara National Regional State, Ethiopia, *Journal of Tropical Diseases*, 1: 118, (Online).

Agadjanian, Victor (1999), "As Igrejas Ziones no espaço sociocultural de Moçambique urbano (anos 1980 e 1990)", *Lusotopie*, s/l, s.n.

Aikins, M.K, H. Pickering, B.M. Greenwood (1994), "Attitudes to malaria, traditional pracrices and bednets (mosquito nets) as vector control measures: a comparative study in five West African countries"*, Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 97, (Online).

Akrong, Abraham (2007), A Phenomenology of Witchcraft in Ghana, em *Imagining Evil: Witchcraft Beliefs and accusations in Contemporary Africa*, Haar, G. (ed.), Eritrea: Africa World Press.

Alberti, Hugh, Boudriga, Nessiba, Nabli, Mounira (2007), "Primary care management of diabetes in a low/middle income country: A multi-method, qualitative study of barriers and facilitators to care", *BMC Family Practice*, 8:63, (Online).

Albrecht, Gary, Ray Fitzpatrick, Susan Scrimshaw (2003), *Handbook of Social Studies in Health & Medicine,* Londres: Sage.

Almeida, Fernando (1997), *A relação Estado e Igreja Católica: Da dependência aos acordos de Roma 1975-1992*, Tese de Licenciatura em História, Maputo: Universidade Eduardo Mondlane.

Alonso, Pedro *et. al.* (1993), "A malaria control trial using insecticide-treated bed nets and targeted chemoprophylaxis in a rural area of The Gambia, West Africa: 6. The impact of the interventions on mortality and morbidity from malaria", *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene,* 87:2, s/l: Elsevier Ltd.

Anderson, Allan (2007), "Spreading Fires: The Globalization of Pentecostalism in the Twentieth Century", *International Bulletin of Missionary Research*, vol. 31, 1, (Online).

Anheier, Helmut, Nuno Themudo (2002) "Organisational forms of global civil society: implications of going global", citado por Bebbington, Jan, David Collison, Rob Gray (2006), "NGO, civil society and accountability: making the people accountable to capital", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 19 (3), (Online)

Ansah, Evelyn *et. al.* (2013), "Even if the test result is negative, they should be able to tell us what is wrong with us": a qualitative study of patient expectations of rapid diagnostic tests for malaria", *Malaria Journal 12: 258*, (Online).

Appadurai, Arjun (1986), "Introduction: commodities and the politics of value" *em The Social Life of Things: Commodities in cultural perspective*, Appadurai, Arjun (ed.), Cambridge: Cambridge University Press.

Appadurai, Arjun (2000), "Grassroots Globalization and the Research Imagination" *em Globalization*, Appadurai, Arjun (ed.), Durham: Duke University Press.

Archambault, Julie (2013), "Cruising through uncertainty: Cell phones and the politics of display and disguise in Inhambane, Mozambique", *American Ethnologist,* 40 (1), (Online).

Arksey, Hilary (1994), "Expert and lay participation in the construction of medical knowledge", *Sociology of Health & Illness*, 16 (4), Oxford: Blackwell Publishers.

Arndt, Channing, Henning Jensen, Finn Tarp (2000), "Stabilization and Structural adjustment in Mozambique: an appraisal", *Journal of International Development*, 12 (3), s/l: John Wiley & Sons.

Asiimwe *et. al* (2012) "Early experiences on the feasibility, acceptability, and use of malaria rapid diagnostic tests at peripheral health centres in Uganda-insights into some barriers and facilitators", Implement Scoence 7(5), Online.

Assembleia Geral das Nações Unidas (1966), Resolução 2184.

Baer, Hans (1997), "Misconstruction of critical medical anthropology: a response to a cultural constructivist critique", *Social Science & Medicine*, 44 (10), (Online).

Baer, Hans, Merrill Singer (2007), *Introducing Medical Anthropology*, Londres: Altamira Press.

Baer, Hans, Merrill Singer, Ida Susser (2003), *Medical Anthropology and the World System*, EUA: Praeger Publishers.

Bagnol, Brigitte (2008) "*Lovolo* e espíritos no sul de Moçambique", Análise Social, vol XLIII (2º), (Online).

Baiden, Frank *et. al.* (2012), "Acceptability of Rapid Diagnostic Test-Based Management of Malaria among Caregivers of Under-Five Children in Rural Ghana", *PLoSONE 7 (9),* (Online).

Banco Mundial (1988), *World Development Report 1988*, New York: Oxford University Press citado por Diop, Francois, Hill Kenneth, Ismail Sirageldin (1991) *Economic Adjustment, Structural Adjustment and Health in Africa, Working Papers* – Population, Health and Nutrition, Washington: World Bank.

Banco Mundial (1990), *Mozambique Population, Health and Nutrition Sector Report, Report n. 7422*, s/l: Population and Human Resources Operation Division, Southern Africa Department citado por Abrahamsson, Hans, Anders Nilsson (1994), *Moçambique em Transição – Um estudo da história de desenvolvimento durante o período de 1974-1992*, Maputo: Centro de Estudos Estratégicos e Internacionais/Instituto Superior de Relações Internacionais & *Peace and Development Research Institute Gothernburg University*.

Banco Mundial (2005), *Roll Back Malaria: Global Strategy & Booster Programm,* Washington DC: Banco Mundial.

Banco Mundial (2009), *The World Bank´s Booster Program for Malaria Control in Africa: Intensifying the fight against malaria*, Washington DC: Banco Mundial.

Baquar, Syed (1995), "The role of Traditional Medicine on a Rural Environment *in Traditional Medicine em Africa"*, Sindiga, Isaac, Chacha Nyaigotti-Chacha, Mary Kanunah (eds.), Nairobi: East African Educational Publishers.

Bastos, Cristiana (2002), *Ciência, Poder, Acção: Respostas Globais à SIDA*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Bauch, Julie, Jessica Gu, Mwinyi Msellem, Andreas Mårtensson, Abdullah Ali, Roly Gosling, Kimberly A Baltzell (2013), "Perception of malaria risk in a setting of reduced malaria transmission: a qualitative study in Zanzibar", *Malaria Journal*, 12:75, (Online).

Baume, Carol, Deborah Helitzer, Patrick Kachur (2000), "Patterns of care for childhood malaria in Zambia", *Social Science & Medicine*, 51, (Online).

Bebbington, Anthony (2004), "NGOs and uneven development: geographies of development intervention", *Progress in Human Geography,* 28(6), (Online).

Bebbington, Jan, David Collison, Rob Gray (2006), "NGO, civil society and accountability: making the people accountable to capital", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 19 (3), (Online).

Beisel, Uli (2010), *Who bites back first?: Malaria control in Ghana and the politics of co-existence*, Tese de Doutoramento em Geografia Humana, s/l: The Open University.

Bénard da Costa, Ana (2002) Famílias na Periferia de Maputo: Estratégias de Sobrevivência e Reprodução Social, Dissertação de Doutoramento em Estudos Africanos, Lisboa: ISCTE.

Benedict, Ruth (1934), *Padrões de Cultura*, Lisboa: Livros do Brasil.

Berger, Peter, Thomas Luckmann (1966), *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*, Petrópolis: Editora Vozes.

Bingham, Allison *et. al* (2012), "Community perceptions of malaria and vaccines in two districts of Mozambique", *Malaria Journal*, 11: 394, (Online).

Binsbergen, Wim, Rijk van Dijk (2004), "Introduction" *em Situating globality: African agency in the appropriation of global culture*, Binsbergen, Wim, Rijk van Dijk (eds.), Leiden e Boston: Brill.

Bogart, Laura *et. al* (2009), "Barriers to care among people living with HIV in South Africa: Contrasts between patient and healthcare provider perspectives," *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 25:7,

Boland, Peter *et. al* (2002), Malaria Control during Mass Population Movements and Natural Disasters, Washington DC: National Academies Press.

Bompani, Barbara (2008), "African Independent Churches in Post-Apartheid South Africa: New Political Interpretations", *Journal of Southern African Studies*, vol. 34, n. 3, s/l: Routledge.

Bonnet, Doris (1986), *Représentations culturelles du paludisme chez les Moose du Burkina,* Ouagadogou: Institut Français de Recherche Scientifique pour le Developpement en Coopération.

Bourdieu, Pierre (2002), *Esboço de uma teoria da prática*, Oeiras: Celta Editora.

Brehm, Vicky (2004), *Autonomy or Dependence? Case Studies of North–South NGO Partnerships,* Oxford: INTRAC.

Brenner, Louis (2000), "Histories of Religion in Africa", *Journal of Religion in Africa*, XXX, 2, Leiden: Brill.

Brentlinger, Paula *et. al* (2007), "Lessons learned from bednet distribution in Central Mozambique", *Health Policy and Planning*, 22, (Online).

Brijnath, Bianca, Lenore Manderson (2011), "Appropriation and Dementia in India", *Culture, Medicine and Psychiatry* 35, (Online).

Brito, Luis (2009), "O Sistema Eleitoral: uma dimensão crítica da representação política em Moçambique", em *Desafios para Moçambique 2010*, Brito, Luís., Carlos Castel-Branco, Sérgio Chichava, António Francisco (eds), Maputo: IESE.

Bryant, Anthony, Kathy Charmaz (eds) (2007), *The Sage Handbook of Grounded Theory*, Londres, Sage.

Bulled, Nicola, Merril Singer (2011), "Syringe-Mediated Syndemics", *AIDS Behavior*,15, (Online).

Campbell, P. (1988) "Relations between Southern and Northern NGOs in the context of sustainability, participation and partnership in development. Unpublished discussion paper prepared by International Committee for Voluntary Agencies (ICVA). Working Group on Development Issues", citado por Lister, Sarah (2000) Power is partnership: an analysis of an NGO's relationships with its partners in *Journal of International Development*, 12 (2), (Online).

Carapinheiro, Graça (1986), "A saúde no contexto da sociologia", *Sociologia – Problemas e Práticas*, 1: s/l: CIES-ISCTE / CELTA.

Carter, Richard, Kamini Mendis (2002), "Evolutionary and Historical Aspects of the Burden of Malaria," *Clinical Microbiology Reviews*, 15: 4, (Online).

Carvalho, Clara (2012), "Guinean Migrant Traditional Healers in the Global Market", em *Medicine, Mobility and Power in Global Africa: Transnational Health and Healing*, Dilger, Hansjörg, Abdoulaye Kane, Stacey Langwick (eds.), Indiana: Indiana University Press.

Casal, Adolfo (1996), *Antropologia e Desenvolvimento: As aldeias comunais em Moçambique*, Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical.

Casimiro, Sónia *et. al* (2007), "Monitoring the operational impact of insecticide usage for malaria control on Anopheles funestus from Mozambique," *Malaria Journal*, 6: 142, (Online).

Casimiro, Sónia *et. al* (2006), "Insecticide resistance in Anopheles arabiensis and Anopheles gambiae from Mozambique", *Journal Medical Entomology*, 43(2), (Online).

Casimiro, Sónia *et. al* (2006a), "Insecticide resistance in Anopheles funestus (Diptera: Culicidae) from Mozambique", *Journal of Medical Entonology*, 43(2), (Online).

Castel-Branco, Carlos (2011), "Dependência de Ajuda Externa, Acumulação e *Ownership* - contribuição para um debate de economia política", *em Cadernos IESE,* nº 7/2011, Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos (IESE).

Castel-Branco, Carlos, Cramer, Christopher, Hailu, Degol (2001), "Privatization and economic strategy in Mozambique*, WIDER Discussion Papers* //", 2001/64, s/l: World Institute for Development Economics (UNU-WIDER).

Castel-Branco, Carlos *et. al* (2009), *Desafios para Moçambique 2010*, Maputo: Instituto de Estudos Económicos e Sociais.

Castillo-Riquelme, Marianela, Diane McIntyre, Karen Barnes (2008), "Household burden of malaria in South Africa and Mozambique: is there a catastrophic impact?", *Tropical Medicine and International Health*, 13 (1), (Online).

Cavallo, Giulia (2013), *Curar o passado: mulheres, espíritos e "caminhos fechados" nas igrejas Zione em Maputo, Moçambique*, Tese de Doutoramento em Antropologia, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

Centro de Integridade Pública (2006), *A Corrupção no Setor de Saúde em Moçambique* (Documento de Discussão n. 4), Maputo: CIP.

Chandler, Clare, Christopher Whitty, Evelyn Ansah (2010), "How can malaria rapid diagnostic tests achieve their potential? A qualitative study of a trial at health facilities in Ghana", *Malaria Journal 9: 95,* (Online).

Chase, Claire *et. al* (2009), "Determinants of household demand for bed nets in a rural area of southern Mozambique", *Malaria Journal*, 8: 132, (Online).

Chichava, Sérgio (2009), "Moçambique na rota da China: uma oportunidade para o desenvolvimento?", *em* Brito, Luís de., Carlos Castel-Branco, Sérgio Chichava, António Francisco (eds.), D*esafios para Moçambique 2010*, , Maputo: IESE.

Chidassicua, José (2005), *A Relação Institucional entre o Estado Novo e a Igreja Católica em Moçambique 1926-1974*, Tese de Licenciatura em História, Maputo: Departamento de História, Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane.

Chilundo, Baltazar, Johanne Sundby, Margunn Aanestad (2004), "Analyzing the quality of routine malaria data in Mozambique", *Malaria Journal*, 3:3, (Online).

Chuma, Jane *et. al* (2010), "Towards Abuja targets: identifying and addressing barriers to access and use of insecticides treated nets among the poorest populations in Kenya", *BMC Public Health*, 10:137, (Online).

Cimpric, Aleksandra (2010), *Children accused of witchcraft: An anthropological study of contemporary practices in Africa*, Dakar: UNICEF.

Cliff, Julie (1993), "Donor-dependence or donor control?: The case of Mozambique", *Community Development Journal*, 28 (3).

Cliff, Julie e Noormahomed, Razak (1993), "The impact of war on children's health in Mozambique", *Social Science & Medicine* Vol. 36, No 7, pp. 843-848, s/l: Pergamon Press.

Cliff, Julie *et. al* (2010), "Policy development in malaria vector management in Mozambique, South Africa and Zimbabwe", *Health, Policy and Planning,* 25 (3), s/l: Oxford University Press.

Coelho, João. (2003), "Da violência colonial ordenada à ordem pós-colonial violenta: Sobre um legado das guerras coloniais nas ex-colónias portuguesas" *in Lusotopie*, s/l, s.n.

Cohen, William (1983), "Malaria and French Imperialism", *The Journal of African History, Vol. 24, No. 1*, Gra-Bretanha: Cambridge University Press.

Coleman, Michael *et. al* (2008), "Operational impact of DDT reintroduction for malaria control on Anopheles arabiensis in Mozambique", *Journal of Medical Entomology*, 10, (Online).

Comaroff, Jean (1985), *Body of power spirit of resistance: the culture and history of a South African people*, London: The University of Chicago Press

Comaroff, Jean (1993), "The Diseased Heart of Africa: Medicine, Colonialism and the Black Body" em Lindenbaunm, Shirley, Margaret Lock (eds.), *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday life*, Berkeley: University of California Press**.**

Conselho de Segurança das Nações Unidas (1963), Resolução 180.

Conselho de Segurança das Nações Unidas (1965), Resolução 218.

Conteh, Lesong *et. al* (2004), "The cost and cost-effectiveness of malaria vector control by residual insecticide house-spraying in southern Mozambique: a rural and urban analysis", *Tropical Medicine and International Health*, 9 (1), s/l: Blackwell Publishing Ltd.

Corten, André, Ruth Marshall-Fratani (2001), "Introduction", em Corten, André, Ruth Marshall-Fratani (eds.), *Between Babel and Pentecost: Transnational Pentecostalism in Africa and Latin America*, Londres: Hurst & Company.

Coulon, Alain (1995), *Ethnomethodology*, Paris: Sage.

Covane, Luis António (2001), *O trabalho migratório no sul de Moçambique (1920-1992)*, s/l: Promedia.

Cox, Francis (2010), "History of the discovery of the malaria parasites and their vectors", *Parasites and Vectors*, 3: 5, s/l: Biomed Central Ldt.

Cox, Jonathan, Jean Mouchet, David Bradley (2002), "Determinants of Malaria in Sub-Saharan Africa", *em* Elizabeth Casman, Hadi Dowlatabadi (eds.), *The Contextual Determinants of Malaria*, Washington: Resources for the Future.

Cramer, Christopher (2001), "Privatisation and Adjustment in Mozambique: a 'Hospital Pass'?", *Journal of Southern African Studies*, 27 (1), Working Papers n. 111, Reino Unido: Departmento de Economia, SOAS, Universidade de Londres.

Cruz e Silva, Teresa (1996), *Protestant Churches and the formation of political consciousness in southern Mozambique (1930-1974): the case of Suiss Mission*, Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, Departamento de Estudos Sociais e Económicos, Bradford: Universidade de Bradford,

D'Acremont, Valérie *et. al* (2011), "Reduction of anti-malarial consumption after rapid diagnostic tests implementation in Dar es Salaam: a before-after and cluster randomized Controlled study", *Malaria Journal 10:* 107, (Online).

Das, Pam, Richard Horton (2010), "Malaria elimination: worthy, challenging, and just possible", *The Lancet*, 376, (Online).

Dawson, Susan, Lenore Manderson, Veronica Tallo (1993), *A Manual for the use of focus groups: methods for social research in disease,* Boston: UNDP/WB/WHO.

Declaração Alma-Ata (1978), International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, U.S.S.R, 6-12 September 1978.

Deressa, Wakgari, Ahmed Ali, Damen Hailemariam (2008), "Malaria-related health-seeking behavior and challenges for care providers in rural Ethiopia: Implications for control", *Journal of Biosocial Science*, 40, s/l: Cambridge University Press.

Deressa, Wakgari, Ahmed Ali, Fikre Enquoselassie (2003), "*Knowledge, Attitude and Practice about Malaria, the Mosquito and Antimalarial Drugs in a Rural Community"* in Ethiopian Journal of Health Development, 17 (2), (Online).

Dionne, Jessica (2011*), Malaria Workers in Southern Mozambique: State Employees in the Transition from late Colonialism to Independence*, Tese de Doutoramento em História, Londres: School of Oriental and African Studies.

Diop, Francois, Hill Kenneth, Ismail Sirageldin (1991), *Economic Adjustment, Structural Adjustment and Health in Africa, Working Papers* – Population, Health and Nutrition, Washington: World Bank.

Direção Distrital das Atividades Económicas de Chókwè (2012), *Balanço Anual 2011*, s/l: Direção Distrital das Atividades Económicas de Chókwè.

Direção dos Serviços de Saúde e Higiene (1930), *Relatório e Estatística dos Serviços de Saúde: Ano de 1927*, Lourenço Marques: Imprensa Nacional.

Ebrahim, Alnoor (2010), "The Many Faces of Nonprofit Accountability", *Working Paper 10-069*, s/l: Harvard Business School.

Edward, Anbrasi *et. al* (2007), "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* 610, s/l: Elsevier.

Edwards, Michael, David Hulme, (1996), "Too Close for Comfort? The Impact of Official Aid on Nongovernmental Organizations", *World Development*, Volume 24, Reino Unido: Elsevier.

Edwards, S. D. (1996), "African Indigenous Healing", em *African Independent Churches today: Kaleidoscope of Afro-Christianity*, Kitshoff, M. C. (ed.), Lewiston, Queenston, Lampeter: The Edwin Mellen Press.

Erhun, W, E Agbani, S Adesanya (2005), "Malaria Prevention: Knowledge, Attitude And Practice In a Southwestern Nigerian Community", *African Journal of Biomedical Research*, 8, (Online).

Ernesto, Fernando (2003), *Estratégias de desenvolvimento rural e saber local – os amacua-xirima de cuamba e a prática de culturas promovidas,* Tese de Mestrado em Estudos Africanos: desenvolvimento social e económico em África: análise e gestão, Lisboa; ISCTE.

Escalante, Ananias *et. al* (2005), "A monkey's tale: The origin of Plasmodium vivax as a human malaria parasite", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America,* 102: 6, s/l: s.n.

Essé, Clémence, *et. al* (2008), "Social and Cultural aspects of "malaria" and its control in central Côte d'Ivoire", *Malaria Journal, 7*, (Online).

Estroff, Sue (1993), "Identity, Disability and Schizophrenia: the problem of chronicity", em Lindenbaunm, Shirley, Margaret Lock. (eds.), *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday life*, Berkeley: University of California Press**.**

Evans-Pritchard, Edward (1937), *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*, Rio de Janeiro, Zahar Editores.

Eys, Tinie (2002), "Solidariedade com os pobres ou comércio no mercado do desenvolvimento? As organizações não governamentais em Moçambique", *Lusotopie,* 2002/1, (Online).

Fabrega, Horacio Jr. (1977), "The Scope of Ethnomedical Science"*, Culture, Medicine and Psychiatry,* 1, Dordrecht-Holanda: D. Reidel Publishing Company.

Farmer Paul *et. al* (2006), "Structural Violence and Clinical Medicine", *PLoS Med* 3(10), (Online).

Farmer, Paul (2005), Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor, Berkeley: University of California Press.

Farré, Albert (2010), Los caminos hacia la salud en el sur de Mozambique: cristianismos, hospitales, antepasados, espíritus y adivinos (Comunicação) *in 7. º Congresso Ibérico de Estudos Africanos*, Lisboa: s.n.

Fassin, Didier (2007), "Humanitarianism as a Politics of Life", em *A reader in Medical Anthropology: theoretical trajectories, emergent realities*, Good, Byron, Michael Fisher, Sarah Willen, Mary-Jo Good (eds.) (2010), Reino Unido: Wiley-Blackwell.

Feachem, Richard *et. al* (2010), "Shrinking the malaria map: progress and prospects", *The Lancet* 2010; 376: 1566–78, (Online).

Feierman, S. (2006) "Afterword: Ethnographic Regions: Healing, Power, and History" in *Borders and Healers: Brokering Therapeutic Resources in Southeast Africa*, Luedke, Tracy, West, Harry (Eds), Estados Unidos da América: Indiana Unicersity Press.

Feliciano, José (1998), *Antropologia Económica dos Thonga do Sul de Moçambique*, Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

Feliciano, José (2003), "A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde", *Caderno de Estudos Africanos*, 4, Lisboa: Centro de Estudos Africanos do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Filc, Dani (2004), "The medical text: between biomedicine and hegemony", *Social Science & Medicine* 59, (Online).

Filho, Naomar (2001), "For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes", *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (4), (Online).

Finnegan, William (1992), *A Complicated War: The Harrowing of Mozambique,* Berkeley, Los Angeles & London: s.n, citado por Seibert, Gerhard (2003) The vagaries of violence and power in post-colonial *Mozambique, em* Abbink, J., M.E Bruijn, K. van Walraven (eds.), *Rethinking resistance: revolt and violence in African history*, Leiden: Brill.

Fisiy, Cyprian, Peter Geschiere (1996), Witchcraft, violence and identity: Different trajectories in Postcolonial Cameroon, *em* Werbner, Richard, Terance Ranger (eds.), *Post Colonial identities in Africa*, Londres: Zed Books.

Fisiy, Cyprian, Peter Geschiere (2001), "Witchcraft, development and paranoia in Cameroon: interactions between popular, academic and state discourse", em *Moore, Henrietta, Todd*

Sanders (eds.), Magical Interpretations: Material Realities: Modernity, Witchcraft and the Occult in Postcolonial Africa, New York: Routledge.

Flessa, Steffem (1999), "Decision support for malaria control programmes", *Health Care Management Science, 2*, s/l: Baltzer Science Publishers.

Flick, Uwe (2002), *Métodos qualitativas na Investigação Cientifica*, Lisboa: Monitor.

Florêncio, Fernando (2005), *Ao encontro dos Mambos: Autoridades tradicionais vaNdau e Estado em Moçambique,* Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Follér, Maj-Lis, Kajsa Johansson (2012), "Collective action and absent civil society organisations in the Maputo suburbs"*, Global Civil Society: Shifting Powers in a Shifting World*, Moksnes, Heidi, Melin (eds.), Uppsala: Uppsala University

Forquilha, Salvador, Orre, Aslak (2011), "Transformações sem mudanças? Os conselhos locais e o desafio da institucionalização democrática em Moçambique", em Brito, Luís de, Carlos Castel-Branco, Sérgio Chichava, António Francisco (eds.), *Desafios para Moçambique 2011*, Maputo: IESE.

Fossmark, R, S. Bergström (1994), "Malaria in Norway - a tropical disease off the track?", *Tidsskr Nor Laegeforen*, 114 (30), (Online).

Foster, Deshka, Vilendrer, Stacie (2009), "Two treatments, one disease: childhood malaria management in Tanga, Tanzania", *Malaria Journal*, 8: 240, (Online).

Foster, George (1976), "Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems", *American Anthropologist, New Series, Vol. 78, No. 4*, s/l: Wiley.

Foucault, Michel (1963), *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro: Editora Forense-Universitária.

Foucault, Michel (1980), *Power-knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977*, Nova Iorque: Harvester Wheatsheaf.

Fowler, Alan (2000), "The quality of aid and development partnerships: The Case for Getting Real About Relationships", *Focus*, Issue 63, Dublin: Comhlámh.

Fowler, Alan (2001), "NGDOs, Aid and the partnership approach to development: past, present and future perspectives", *Paper presented for a Symposium "25 Years of building capacities for people's empowerment achievements and new frontiers*", Tanzania: s.n.

Francisco, António (2009), "Sociedade Civil em Moçambique: Expectativas e Desafios", em Luís., Carlos Castel-Branco, Sérgio Chichava, António Francisco (eds.), *Desafios para Moçambique 2010*, Maputo: IESE.

Frankenberg, Ronald (1993), "Risk: Anthropological and Epistemological narratives of prevention"*, em* Lindenbaum, Shirley, Margaret Lock (eds.), *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley: University of California Press.

Fry, Peter (2000), "O Espírito Santo contra o Feitiço e os espíritos revoltados: "civilização" e "tradição" em Moçambique", *MANA* 6 (2): 65-95, (Online).

Fullman, Nancy *et. al* (2013), "Nets, spray or both? The effectiveness of insecticide-treated nets and indoor residual spraying in reducing malaria morbidity and child mortality in sub-Saharan Africa", *Malaria Journal*, 12: 62, (Online).

Fundo Monetário Internacional (2013), *Debt Relief Under the Heavily Indebted Poor Countries (HIPC) Initiative: Factsheet*, Washington, Fundo Monetário Internacional-Departamento de Relações Externas.

Gallup, John, Jeffrey Sachs (2001), "The Economic Burden of Malaria", *American Journal of* Tropical *Medicine and* Hygiene, *64*, (Online).

Galtung, Johan (1969), "Violence, Peace and, Peace Research", *Journal of Peace Research* 6, 167-191, (Online).

Garro, Linda, Cheryl Mattingly (2001), "Narrative as construct and construction", *em* Mattingly, Cheryl, Linda Garro (Eds.), *Narrative and the cultural constitution of illness and healing*, California: University of California Press.

Gates, Bill, Melinda Gates (2007), "Malaria forum keynote address", *http://www.gatesfoundation.org/media-center/speeches/2007/10/bill-gates-malaria-forum,* consultado a 23 de Outubro de 2014.

Gaventa, John (2006), "Finding the Spaces for Change: A Power Analysis", *IDS Bulletin*, 37(6), Sussex: Institute of Development Studies.

Geffray, Christian (1991), *A causa das armas em Moçambique: Antropologia da guerra contemporânea em Moçambique*, Porto: Afrontamento.

Gersony, Robert (1988), *Summary of Mozambican Refugee Accounts of Principally Conflict-Related Experience in Mozambique*, s/l: Departamento de Estado dos Estados Unidos da América.

Geschiere, Peter (1997*), The modernity of witchcraft: politics and the occult in postcolonial Africa*, Charlottesville: University Press of Virginia.

Gesler, Wilbert (1991), *The cultural geography of Health Care*, Londres: University of Pittsburgh Press.

Gessler M.C. *et. al* (1995), "Traditional healers in Tanzania: the perception of malaria and its causes", *Journal of Ethnopharmacology*, 48, Irlanda: Elsevier Science.

Gifford, Paul (2001), "The complex provenance of some elements of African Pentecostal" *em Between Babel and Pentecost: Transnational Pentecostalism in Africa and Latin America*, Corten, André, Ruth Marshall-Fratani (eds.), Londres: Hurst & Company.

Gilson, Lucy *et. al* (2007), *Challenging inequity through health systems: Final Report of the Knowledge Network on Health Systems WHO Commission on the social determinants of health*, s/l: s.n.

Global Forum for Health Research (2004), *10/90 Report on Health Research 2003-2004*, Suiça: Global Forum for Health Research.

Gloyd, Stephen (1996), *NGOs and the ''SAP''ing of health care in rural Mozambique*, Berkeley: The Hesperian Foundation, citado por Pfeiffer, James (2003) "International NGO and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration", *Social Science & Medicine*, 56, (Online).

Goma Epidemiology Group (1995), "Public Health Impact of Rwandan Refugee Crisis: What happen in Goma, Zaire"*, Lancet*, 345, s/l: Publmed.

Gonçalves, José Júlio (1960) *O papel das igrejas protestantes no processo de paz em Moçambique 1980-1992*, citado por Jessen, Agostinho (1997) "O papel das igrejas protestantes no processo de paz em Moçambique 1980-1992", Tese de Licenciatura em História, Maputo: Faculdade de Letras, Departamento de História, Universidade Eduardo Mondlane.

Gonçalves, José Júlio (1961*), Síntese Religiosa de África*, Lisboa: Instituto Superior de Estudos Ultramarinos.

Good, Byron (1994), *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*, Cambridge: Cambridge University Press.

Good, Byron, Mary-Jo Good (1993), "Learning Medicine: the constructing of medical knowledge at Harvard Medical School"*, em Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Lindenbaum, Shirley, Margaret Lock (eds.), Berkeley: University of California Press.

Good, Charles (1987), *Ethnomedical Systems in Africa: Patterns of Traditional Medicine in Rural and Urban Keny,* Nova Iorque: The Guilford Press.

Goudge, Jane *et. al* (2009), "Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: Longitudinal case studies from South Africa", *BMC Health Services Research*, 9:75, (Online).

Grabowsky, Mark, Theresa Nobiya, Joel Selanikio (2007), "Sustained high coverage of insecticide-treated bednets through combined Catch-up and Keep-up strategies", *em Tropical Medicine and International Health*, 12 (7), (Online).

Granado, Stefanie *et. al* (2011), "Appropriating Malaria: Local Responses to Malaria Treatment and Prevention in Abidjan, Côte d'Ivoire", Medical Anthropology, 30(1), (Online).

Granjo, Paulo (2009), "Saúde e doença em Moçambique", *Saúde e Sociedade*, 18 (4), (Online).

Granjo, Paulo (2010), "Ser Curandeiro em Moçambique: uma Vocação Imposta?"*, em Buala (blog), acedido em 07.06.2012, http://www.buala.org/pt/a-ler/ser-curandeiro-em-mocambique-uma-vocacao-imposta.*

Granjo, Paulo (2011), "Trauma e Limpeza Ritual de Veteranos em Moçambique", *Cadernos de Estudos Africanos*, V. 21, 43-69, Lisboa, Centro de Estudos Africanos - IUL.

Graz, Bertrand, Andrew Y Kitua, Hamisi Malebo (2011), "To what extent can traditional medicine contribute a complementary or alternative solution to malaria control programmes?" *Malaria Journal*, 10: 1, (Online).

Greeff, Minrie, Pinkoane, MG., Williams, MJS. (2005), "The patient relationship and therapeutic techniques of the South Sotho traditional healer", *Curationis* 28(4): 20-30, Tygervalley: AOSIS Open Journals.

Green, Edward (1996), *Indigenous Healers and African State: Policy issues concerning Africa. Indigenous healers in Mozambique and Southern Africa*, Nova Iorque: Pact Publications.

Green, Edward (1996a), "Purity, pollution and the invisible snake in Southern Africa", *Medical Anthropology*, 17, (Online).

Gross, Karin *et. al* (2011), "The combined effect of determinants on coverage of intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy in the Kilombero Valley, Tanzania", *Malaria Journal*, 10 (140), (Online).

Grundmann, Christoffer (2006), "Heaven Below Here and Now! The Zionist Churches in Southern Africa", *International Journal for the Study of the Christian Church*, Vol.6, No.3, (Online).

Guiliche, Tolita (2002), *Perceção, cura e integração social da criança epilética: um estudo de casa na zona periférica da cidade de Maputo*, Tese de dissertação para obtenção do título de licenciatura em Antropologia, Maputo: Universidade Eduardo Mondlane.

Guinovart, Caterina *et. al* (2008), "Malaria in rural Mozambique. Part I: Children attending the outpatient clinic", *Malaria Journal*, 7: 36, (Online).

Hadolt, Bernhard, Viola Hörbst, Babette Müller-Rockstrohn (2012), "Biomedical Techniques in Context: On the Appropriation of Biomedical Procedures and Artifacts", *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 31:3, (Online).

Hahn, Hans (2004), "Global goods and the process of appropriation", *em* Probst, Peter, Gerd Spittler (eds.), *Between resistance and expansion: exploration of local vitality in Africa*, Muster: Transaction Publishers.

Hahn, Robert (1999), "Anthropology in Public Health: Bridging Differences", Culture and Society*,* Nova Iorque: Oxford University Press.

Hanlon, Joseph (1984), *Mozambique: The Revolution Under Fire*, Londres, Zed Books.

Hanlon, Joseph (1991), *Mozambique: who calls the shots?* Londres: James Currey.

Hanlon, Joseph (1996), *Peace without profit: how the IMF blocks rebuilding in Mozambique*, Oxford: Irish Mozambique Solidarity.

Hanlon, Joseph (2009), "Basta dar dinheiro aos pobres", em Brito, Luís de., Carlos Castel-Branco, Sérgio Chichava, António Francisco (eds.), *Proteção social para Moçambique: abordagens, desafios e experiências*, Maputo: IESE.

Hannerz, Ulf (2003), "Being there... and there... and there! Reflections on Multi-Site Ethnography", *Ethnography*, 4:2, (Online).

Hanson, Kara, Barbara McPake, Pamela Nakamba, Luke Archard (2004), "Preferences for hospital quality in Zambia: results from a discrete choice experiment", *Health Economics*, 14 (7), (Online).

Hawley, William *et. al* (2003), "Community-wide effects of permethrin-treated bed nets on child mortality and malaria morbidity in Western Kenya", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 68 (13), (Online).

Hedges, David, Aurélio Rocha (1999), *História de Moçambique, Volume 2: Moçambique no auge do colonialism, 1930-1961*, Maputo: Livraria Universitária.

Heggenhouge, Kristian, Veronica Hackethal, Pramila Vivek (2003), *The behavioural and social aspects of malaria and its control: An introduction and annotated bibliography, Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases (TDR),* Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Heimer, Franz (2002), "Reflexões acerca de uma abordagem interdisciplinar das sociedades africanas", *Caderno Estudos Africanos* 3, Lisboa: Centro de Estudos Africanos - IUL.

Helgesson, Alf (1994), *Church, state and people in Mozambique: An historical study with special emphasis on methodist developments in the Inhambane region*, Uppsala: International Tryck AB.

Helman, Cecil (2000), *Culture, Health and Illness,* Nova Iorque: Oxford University Press.

Hermele, Kenneth (1986), "Lutas contemporâneas pela terra no vale do Limpopo", *Revista de Estudos Moçambicanos*, Maputo: Centro de Estudos Africanos – Universidade Eduardo Mondlane.

Hermele, Kenneth (1988), *Land Struggles and Social Differentiation in Southern Mozambique: a case study of Chókwè*, Research Report nº 82, Uppsala: The Scandinavian Institute of African Studies.

Hesse-Biber, Sharlene, Patricia Leavy (2011), *The Practice of Qualitative Research*, Londres: Sage.

Hetzel, Manuel**,** Angel Dillip**,** Christian Lengeler (2008), "Malaria treatment in the retail sector: Knowledge and practices of drug sellers in rural Tanzania", *BMC Public Health*, 8:157, (Online).

Hlongwana, Khumbulani *et. al* (2009), "Community knowledge, attitudes and practices (KAP) on malaria in Swaziland: A country earmarked for malaria elimination", *Malaria Journal*, 8:29, (Online).

Hommel, Marcel (2008), "Towards a research agenda for malaria elimination", *Malaria Journal, 7*: 1, (Online).

Honwana, Alcinda (2002), *Espíritos vivos, tradições modernas. Possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra a sul de Moçambique*. Maputo: Ela por Ela (Coleção Identidades).

Horton, Robin (1993), *Patterns of thought in Africa and the West: Essays on magic, religion and science*, Cambridge: Cambridge University Press.

Howell, Jude (2002), "In their Own Image: Donor Assistance to Civil Society", *Lusotopie* 2002/1, (Online).

Hugon, Phillipe (1999), *A Economia de África*, Lisboa: Editora Vulgata.

Hulden, Lena, Larry Hulden (2009), "The decline of malaria in Finland – the impact of the vector and social variables", *Malaria Journal*, 8:94, (Online).

Huldén, Lena, Larry Huldén, Kari Heliövaara (2005), "Endemic malaria: an 'indoor' disease in northern Europe. Historical data analysed", *Malaria Journal* 4:19, (Online).

Hume, Jen *et. al* (2008), "Household cost of malaria Overdiagnosis in rural Mozambique", *Malaria Journal*, 7:33, (Online).

Humphreys, Margaret (2001), *Malaria: Poverty, Race, and Public Health in the United States*, Baltimore e Londres: The Johns Hopkins University Press.

Igreja, Victor (2007) The monkeys' sword oath: cultures of engagement for reconciliation and healing in the aftermath of the civil war in Mozambique, Holanda: Universidade Leiden.

Illich, Ivan (1986), *The Roots of Medicine: Body History*, *The Lancet*, 328 (8519), (Online).

INE (Instituto Nacional de Estatística) (2006), *As instituições sem fins lucrativos em Moçambique: Resultado do Primeiro Censo Nacional (2004-2005)*, Maputo: Instituto Nacional de Estatística, www.ine.gov.mz, citado por Francisco, António (2009) Sociedade Civil em Moçambique: Expectativas e Desafios in *Desafios para Moçambique 2010*, Brito, Luís., Carlos Castel-Branco, Sérgio Chichava, António Francisco (eds), Maputo: IESE.

Instituto de Higiene e Medicina Tropical (2009), *1º Inquérito de Conhecimento, práticas e cobertura: Relatório de Execução*, s/l: s.n (Não publicado).

Instituto Nacional de Estatística (2012), *Estatísticas do Distrito de Chókwè – Novembro 2012*, Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

Ishengoma, Deus *et. al* (2011), "Accuracy of malaria rapid diagnostic tests in community studies and their impact on treatment of malaria in an area with declining malaria burden in north-eastern Tanzania", *Malaria Journal 10:176*, (Online).

Jessen, Agostinho (1997), *O papel das igrejas protestantes no processo de paz em Moçambique 1980-1992*, Tese de Licenciatura em História, Maputo: Faculdade de Letras, Departamento de História, Universidade Eduardo Mondlane.

Juma, Elizabeth, Dejan Zurovac (2011), "Changes in health workers' malaria diagnosis and treatment practices in Kenya", *Malaria Journal 10:1*, (Online).

Kamat, Vinay (2008), "Dying under the Bird's Shadow: Narrative Representations of degedege and Child Survival among the Zaramo of Tanzania", *Medical Anthropology Quarterly*, 22: 1, (Online).

Kamat, Vinay (2013), *Silent Violence: Global Health, Malaria, and Child Survival in Tanzania*, Estados Unidos da América: The University of Arizona Press.

Kamp, Linda (2011), *Violent conversion: Brazilian Pentecostalism and the urban pioneering of women in Mozambique*, Amesterdão: Universidade de Amesterdão.

Kane, Abdoulaye (2012), "Flows of Medicine, Healers, Health Professionals, and Patients between Home and Host countries" em Dilger, Hansjörg, Abdoulaye Kane, Stacey Langwick (eds.), *Medicine, Mobility and Power in Global Africa: Transnational Health and Healing*, Indiana: Indiana University Press.

Kaufman, Michelle *et. al* (2012), "My children and I will no longer suffer from malaria": a qualitative study of the acceptance and rejection of indoor residual spraying to prevent malaria in Tanzania"*, Malaria Journal*, 11, (Online).

Kealotswe, Obed (2004), "The rise of the African Independent Churches and Their Present Life in Botswana. Who are the African Independent Churches (AIC): Historical Background", *Studies in World Christianity*, Edinburgo: Edinburg University Press.

Keesing, Roger (1987), "Anthropology as interpretive quest", *Current Anthropology*, 28 (2), (Online).

Kekana, HP, E. A. Du Rand, NC van Wyk (2007), "Job satisfaction of registered nurses in a community hospital in the Limpopo Province in South Africa", *Curationis* 30(2), (Online).

Kelly, Ann, Uli Beisel (2011), "Neglected malarias: The frontlines and back alleys of global health"*, BioSocieties,* 6 (1), Londres: The London School of Economics and Political Science.

Kiernan, James (1991), "Wear 'n' tear and repair: The Colour Coding of mystical mending in Zulu Zionist Churches", *Africa 61* (1), (Online).

Kiernan, M. (1976), "The Work of Zion. An Analysis of a African Zionist Ritual", *Africa* 46(4): 340-356, citado por Cavallo, Giulia (2013) *Curar o passado: mulheres, espíritos e "caminhos fechados" nas igrejas Zione em Maputo, Moçambique*, Tese de Doutoramento em Antropologia, Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

King, L.A., P. McInerney (2006), "Hospital workplace experiences of registered nurses that have contributed to their resignation in the Durban metropolitan area", *Curationis*, 29 (4), (Online).

Kizito, James, Miriam Kayendeke, Christine Nabirye, Sarah Staedke, Clare Chandler (2012), "Improving access to health care for malaria in Africa: a review of literature on what attracts patients", *Malaria Journal*, 11:55, (Online).

Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley: University of California Press.

Kleinman, Arthur, Veena Das, Margaret Lock (eds.) (1997), *Social Suffering*, Londres: University of California Press.

Kleinschmidt, Immo *et. al* (2009), "Combining Indoor Residual Spraying and Insecticide-Treated Net Interventions"*, American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 81(3), (Online).

Koenig, Sibylle, Frazer Goodwin (2011), *Health Spending in Mozambique: The impact of current aid structures and aid effectiveness*, s/l: Action for Global Health e German Foundation for World Population.

Kolaczinski, Kate *et. al* (2007), "Extension of indoor residual spraying for malaria control into high transmission settings in Africa", *Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 101, (Online).

Konradsen, Flemming *et. al* (1997), "Measuring the economic cost of malaria to households in Sri Lanka", *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 56(6), (Online).

Kotwal, Atul (2005), "Innovation, diffusion and safety of a medical technology: a review of the literature on injection practices", *Social Science & Medicine* 60, (Online).

Krogstad, Donald (1996), "Malaria as a Reemerging Disease", *Epidemiologic Reviews*, 18 (1), E.U:A: The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health.

Langwick, Stacey (2007), "Devils, Parasites, and Fierce Needles: Healing and the Politics of Translation in Southern Tanzania", *Science, Technology, & Human Values*, 32 (1), s/l: Sage Publications.

Langwick, Stacey (2008), "Articulate(d) bodies: Traditional medicine in a Tanzanian hospital", *American Ethnologist,* Vol.35, No.3, s/l: Blackwell Publishing Inc.

Langwick, Stacey (2011), *Bodies, Politics, and African Healing: the matter of maladies in Tanzania,* Indiana: Indiana University Press.

Last, Murray (1992), "The importance of knowing about not knowing: observations from Hausaland" em Feierman, Steven, John Janzen (eds.), *The Social Basis of Health and Healing in Africa*, Berkeley: University of California Press.

Lewis, Michael, Caroline Feiring (1979), "Young children's concepts of social relations: social functions and social objects", em Lewis, Michael. et al. (eds.), *The Child and its family*, Nova Iorque, Plenum Press.

Liall, Lisbeth, Pim Martens (2000), "Malaria on the move: human population movement and malaria transmission", *Emerging Infectious Diseases*, 6(2), Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Lister, Sarah (2000), "Power is partnership: an analysis of an NGO's relationships with its partners", *Journal of International Development*, 12 (2), (Online).

Liu, Yaobao *et. al* (2014), "Malaria in overseas labourers returning to China:an analysis of imported malaria in Jiangsu Province, 2001–2011"*, Malaria Journal*, 13: 29, (Online).

Lock, Margaret, Nguyen, Vinh-Kim (2010*), Anthropology of Biomedicine*, Reino Unido: Blackwell Publishing.

Lopes, Manuel (1968), *Colonato do Limpopo: Aspectos sociais do povoamento*, Tese de Licenciatura, Lisboa: ISCSPU – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas Ultramarinas.

Lopes, Noémia (2003), *Automedicação: Práticas e Racionalidades Sociais*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa: ISCTE.

Lubkemann, Stephen (2001), Rebuilding Local Capacities in Mozambique. The National Health System and Civil Society *in Patronage or Partnership: Local Capacity Building in Humanitarian Crisis*, Smillie, I. (ed.) Bloomfield: Kumarian Press.

Mabunda, Samuel *et. al* (2009), "A country-wide malaria survey in Mozambique. II. Malaria attributable proportion of fever and establishment of malaria case definition in children across different epidemiological settings", *Malaria Journal*, 8:74, (Online).

Mabunda, Samuel *et. al* (2008), "A country-wide malaria survey in Mozambique. I. Plasmodium *falciparum* infection in children in different epidemiological settings", *Malaria Journal*, 7: 216, (Online).

Macagno, Lorenzo (2006), *Outros Muçulmanos: Islão e Narrativas Coloniais*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Machava, Benedito (2011), "State Discourse on Internal Security and the Politics of Punishment in Post-Independence Mozambique (1975–1983)"*, Journal of Southern African Studies*, 37:3, 593-609, Londres: Routledge.

Machel, Samora (1979), *Produzir é um acto de militância*, Maputo: Imprensa Nacional.

Machel, Samora (1985) An African Revolucionary. Selected Speeches and Writings, Munslow, Barry, Londres: Zed Books citado por Thomaz, Omar Ribeiro (2008) Escravos sem dono: a experiência social dos campos de trabalho em Moçambique no período socialista, *Revista de Antropologia,* 51 (10), São Paulo: USP.

Madge, Clare (1998), "Therapeutic landscapes of the Jola, The Gambia, West Africa", *Health & Place*, 4(4), Grã Bretanha: Pergamon.

Mahumane, Jonas (2004), "As igrejas Zione e a cooperação comunitária no processo de guerra e pós guerra em Moçambique: um estudo de caso no Distrito de Homoíne, 1980-2003", *Comunicação para o VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, Coimbra.

Makundi, Emmanuel *et. al* (2006), "Role of traditional healers in the management of severe malaria among children below five years of age: the case of Kilosa and Handeni Districts, Tanzania", *Malaria Journal*, 5:58, (Online).

Manaca, Maria *et. al* (2011), "Concentration of DDT compounds in breast milk from African women (Manhiça, Mozambique) at the early stages of domestic indoor spraying with this insecticide", *Chemosphere*, 85(3), (Online).

Manyando, Christine *et. al* (2014), "Rapid diagnostic tests for malaria and health workers' adherence to test results at health facilities in Zambia", *Malaria Journal*, 13:166, (Online).

Marques, Agostinho (1986), "Migrations and the Dissemination of Malaria in Brazil", *International Symp. on Malaria*, 81, Suppl. II, (Online).

Marques, Filipa Neto (2001), *Rehabilitation and reintegration of the former child soldiers in Mozambique*, s/l: Maxwell School of Citizenship and Public Affairs.

Marsland, Rebecca (2007), "The Modern Traditional Healer: Locating 'Hybridity' in Modern Traditional Medicine, Southern Tanzania", *Journal of Southern African Studies*, 33:4, Londres: Routledge.

Martínez, Javier (2006), *Implementing a sector wide approach in health: the case of Mozambique* (Technical Approach Paper), Londres: HLSP Institute.

Masanja, Irene, Xavier de Bethune, Jan Jacobs (2011), "Implementing ideal health policy in a fragile health system: the example of expanding the use of malaria rapid diagnostic tests in mainland Tanzania", *Malaria Journal 10:322*, (Online).

Mazibuko, Bongani (1996), "Mutual sharing as liberation of mainline and independent churches", em Kitshoff, Michiel (ed.), *African Independent Churches today: Kaleidoscope of Afro-Christianity*, Lewiston, Queenston, Lampeter: The Edwin Mellen Press.

McCarthy, Desmond, Holger Wolf, Yi Wu (2000), *The Growth Costs of Malaria*, Working Paper 7541, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.

McGinn, Anne (2002)," Malaria, mosquitoes, and DDT: The toxic war against a global disease", *World Watch* 15 (3), (Online).

Mendis, Kamini, *et. al* (2009), "From malaria control to eradication: The WHO Perspective", *Tropical Medicine and International Health*, 14 (7), Genebra: OMS.

Meneses, Maria (2005), "Traditional Authorities in Mozambique: between legitimisation and legitimacy", Oficina do CES 231, (Online).

Meneses, Maria (2009), “Corpos de violência, linguagens de resistência: as complexas teias de conhecimentos no Moçambique contemporâneo”, em Santos, Boaventura e Maria Meneses (orgs.), *Epistemologias do Sul*, Coimbra: Edições Almedina.

Meredith, Martin (2005), *The State of Africa: A History of Fifty Years of Independence*, Joanesburgo: Jonathan Ball Publishers.

Milando, J. (2005), *Cooperação sem desenvolvimento*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Ministério da Administração Estatal (2005), *Perfil do Distrito de Chókwè, Província de Gaza*, s/l, Ministério da Administração Estatal.

Ministério da Saúde (2005), *Manual de Pulverização Intra-Domiciliária*, Maputo: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2006), *Documento Estratégico para o Controlo da Malária em Moçambique, Julho 2006 – 2009*, Maputo: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde e USAID/Bassopa Malária! (2009), *Estudo sobre a Prevenção da Malária na Gravidez: Analisando os Progressos e as Barreiras na implementação em Moçambique (Relatório Preliminar)*, Maputo: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2009a), *Inquérito Nacional sobre os Indicadores da Malária (IIM – 2007)*, Maputo: Ministério da Saúde, USAID e DFID.

Ministério da Planificação e Desenvolvimento (2010), *Moçambique: Avaliação da Declaração de Paris*, Maputo: Ministério da Planificação e Desenvolvimento.

Ministério da Saúde (2010a), *Programa Nacional de Controlo da Malária: Relatório Anual 2009*, Maputo: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2010c), *Plano de Monitoria e Avaliação Nacional da Prevenção e Controlo da Malária 2010-2014*, Maputo: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde – Direção de Recursos Humanos (2011a), “Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos 2008-2015”, Apresentação realizada no âmbito das II Jornadas de Cooperação no Sector Saúde em Moçambique, promovida pela Organização Não Governamental Medicus Mundi Catalunha, Maputo.

Ministério da Saúde (2011b), *Normas de Tratamento da Malária em Moçambique*, Maputo: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde - Direção de Recursos Humanos (2012), *Segundo Anuário Estatístico sobre os Recursos Humanos para a Saúde em Moçambique, 2011*, Maputo: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde - Direção Nacional de Saúde Pública (2012a), *Plano Estratégico da Malária 2012-1016*, Maputo: Ministério da Saúde.

Minja, H. *et. al* (2001), "Introducing insecticide-treated nets in the Kilombero Valley,Tanzania: the relevance of local knowledge and practice for an Information, Education and Communication (IEC) campaign", *Tropical Medicine and International Health*, 6 (8), pp. 614-623.

Mkandawire, Thandika, Charles Soludo (eds) (2003), *African voices on structural adjustment: a companion to Our continent, our future*, Senegal: CODESRIA.

Moore, Henrietta, Todd Sanders (eds.) (2001), *Magical Interpretations, Material Realities: modernity, witchcraft and the occult in postcolonial Africa*, Nova Iorque: Routledge.

Morgan, Lewis 1877 Ancient Society

Morel, Chantal *et. al* (2008), "The economic burden of malaria on the household in south-central Vietnam", *Malaria Journal, 7* (166), (Online).

Morier-Genoud, Eric (1996), "Of God and Caesar. The relations between Christian Churches and the State in Post Colonial Mozambique 1974-1981", *Le fait Missionaire*, Cahier nº 3, (Online).

Mosca, João (1988), *Contribuição para o estudo do sector agrário do Chókwè, Vol. I, II, III e IV,* Maputo: Ministério da Agricultura, citado por Valá, Salimo (1996), A História da Posse da Terra na região agrária de Chókwè (1975-1995), Tese de dissertação para obtenção do título de licenciatura, Maputo: Universidade Eduardo Mondlane.

Mosca, João (1992), "O papel do Estado no pós guerra e num contexto de ajustamento estrutural", *Revista Estudos Moçambicanos*, Maputo, Centro de Estudos Africanos – Universidade Eduardo Mondlane.

Mosca, João (1996), "O PRE numa aldeia de Xilembene", *Revista Estudos Moçambicanos*, Maputo: Centro de Estudos Africanos – Universidade Eduardo Mondlane.

Mosca, João (2011) *Politicas Agrárias de (em) Moçambique (1975-2009)*, Maputo: Editora Escolar.

Mosse, Marcelo, Edson Cortez (2006), *A Corrupção do Sector da Saúde em Moçambique* (documento de discussão n. 4), Maputo: Centro de Integridade Pública.

Mubi, Marycelina *et. al* (2013), "Malaria diagnosis and treatment practices following introduction of rapid diagnostic tests in Kibaha District, Coast Region, Tanzania", *Malaria Journal 12:293,* (Online).

Mubyazi, Godfrey *et. al* (2006), "User charges in public health facilities in Tanzania: effect on revenues, quality of services and people's health-seeking behaviour for malaria illnesses in Korogwe district", *Health Services Management Research*, 19, (Online).

Muela, Susanna *et. al* (2002), "Medical syncretism with reference to malaria in a Tanzanian community", *Social Science & Medicine*, 55, (Online).

Muela, Susanne (2000), Community *understanding of malaria, and treatment-seeking behavior, in a holoendemic area of southeastern Tanzania,* Tese de Doutoramento, Basel: Universität Basel.

Mukanga, David *et. al* (2012), "Access, acceptability and utilization of community health workers using diagnostics for case management of fever in Ugandan children: across-sectional study", *Malaria Journal 11:121*, (Online).

Müller-Rockstroh, Babette (2007), *Ultrasound Travels: The politics of a medical technology in Ghana and Tanzania*, PhD dissertation, Berlim: Department of Science & Technology Studies, Maastricht University.

Müller-Rockstroh, Babette (2012), "Appropriate and Appropriated Technology: Lessons Learned from Ultrasound in Tanzania"*, Medical Anthropology*, 31, (Online).

Munguambe, Khatia *et. al* (2011), "What drives community adherence to indoor residual spraying (IRS) against malaria in Manhica district, rural Mozambique: a qualitative study", *Malaria Journal*, 10, (Online).

Murdock, George (1980), *Theories of Illness: A World Survey*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Mussa, Abdul *et. al* (2013), "Vertical funding, non-governmental organizations, and health system strengthening: perspectives of public sector health workers in Mozambique", *Human Resources for Health* 11(26), (Online).

Mutuku, Francis *et. al* (2013), "Physical condition and maintenance of mosquito bed nets in Kwale County, coastal Kenya", Malaria Journal, 12:46, (Online).

Mwanje, Luyiga (2013), *Knowledge, attitudes and practices on malaria prevention and control in Uganda: A case study of Nsaabwa village, Mukono district*, Uganda: Communication for Development Foundation Uganda.

Nájera, José, Matiana González-Silva, Pedro Alonso (2011), "Some Lessons for the Future from the Global Malaria Eradication Programme (1955–1969)", *PLoS Med* 8 (1), (Online).

Nankabirwa, Joan *et. al* (2009), "Malaria misdiagnosis in Uganda – implications for policy change", *Malaria Journal 8:66*, (Online).

Ndjinga, Julie, Noboru Minakawa (2010), "The importance of education to increase the use of bed nets in villages outside of Kinshasa, Democratic Republic of the Congo", *Malaria Journal*, 9: 279, (Online).

Negrão, José (2001), *Como induzir o desenvolvimento em África? O Caso de Moçambique in CEsA*, Coleção Documentos de Trabalho, N. 61, pp. 1-23, Lisboa: ISEG.

Negrão, José (2003), "A Propósito das Relações entre as ONG do Norte e a Sociedade Civil Moçambicana", *Artigo apresentado no Curso de Formação: A Globalização Alternativa e as Organizações Não-Governamentais do Espaço de Língua Oficial Portuguesa*; Coimbra: CES - Faculdade de Economia.

Ngalame, Paulyne *et. al* (2004), "Participation of African social scientists in malaria control: identifying enabling and constraining factors", *Malaria Journal*, 03:47, (Online).

Ngetich, Kibet (2008), "Governing the Traditional Health Care Sector", em Martyn Sama, Vinh-Kim Nguyen (ed.), *Governing Health Systems in Africa*, Senegal: CODESRIA.

Ngoenha, Severino (1999), "Os missionários suíços face ao nacionalismo moçambicano: Entre a tsonganidade e a moçambicanidade", *Lusotopie* 1999, (Online).

Nichter, Mark (2008), *Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter*, Estados Unidos da América: University of Arizona Press.

Niekerk, Attie (1992), "African Independent Churches and daily life", em Oothizen, Gerhardus, Irving Hexham (eds.), *Empirical Studies of African Independent/Indigenous Churches*, Nova Iorque: The Edwin Mellen Press.

Nilsson, Anders (2001), *Paz na nossa época: para uma compreensão holística de conflitos na sociedade mundial,* Maputo: PADRIGU e CEEI-ISRI.

Nsabagasani, Xavier *et. al* (2007), "Home-based management of fever in rural Uganda: community perceptions and provider opinions", *Malaria Journal* 6:11, (Online).

Nsagha, Dickson *et. al* (2011), "Knowledge and practices relating to malaria in Ndu community of Cameroon: Signs and symptoms, causes and prevention", *Journal of Public Health and Epidemiology,* 3(6), (Online).

Nyaga, Stephen (2007), "The impact of witchcraft beliefs and practices on the socio-economic development of the Abakwaya in Musoma.rural district, Tanzania", em Haar, Gerrie (ed.), *Imagining Evil: Witchcraft Beliefs and accusations in Contemporary Africa*, Eritrea: Africa World Press.

Nyarango, Peter *et. al* (2006), "A steep decline of malaria morbidity and mortality trends in Eritrea between 2000 and 2004: the effect of combination of control methods", *Malaria Journal*, 5: 33, (Online).

O'Laughlin, Bridget (1992), "Interpretations Matter: Evaluation of the War in Mozambique", *Southern Africa Report*, (Online).

O'Laughlin, Bridget (2009), "Segurança social rural e limites do "associativismo" na zona sul de Moçambique", em Brito, Luís, Carlos Castel-Branco, Sérgio Chichava Sérgio, António Francisco (eds.), *Proteção social para Moçambique: abordagens, desafios e experiências*, Maputo: IESE.

O'Shaughnessy, Patrick (2008), "Parachuting cats and crushed eggs: The controversy over the use of DDT to control malaria", *American Journal of Public Health,* 98 (11), (Online).

Obrist, Brigit, Iddy Mayumana, Flora Kessy (2010), "Livelihood, malaria and resilience: a case study in the Kilombero Valley, Tanzania", *Progress in Development Studies* 10 (4), s/l: Sage Publications.

Obrist, Brigit *et. al* (2007), "Access to health care in contexts of livelihood insecurity: A framework for analysis and action", *PLoS Med,* 4(10), (Online).

Okeke, Theodora, Benjamin Uzochukwu, Henrietta Okafor (2005), "Traditional healers in Nigeria: Perception of cause, treatment and referral practices for severe malaria"*, Journal of Biosocial* Science, 38, Cambridge: Cambridge University Press.

Okeke, Theodora, Benjamin Uzochukwu, Henrietta Okafor (2006), "An in-depth study of patent medicine sellers' perspective on malaria in a rural Nigerian community", *Malaria Journal*, 5 (97), (Online).

Okeke, Theodora, Joseph Okeibunor (2010), "Rural–urban differences in health-seeking for the treatment of childhood malaria in south-east Nigeria", *Health Policy*, 95, Irelanda: Elsevier.

Okrah, Jane *et. al* (2002), "Community factors associated with malaria prevention by mosquito nets: an exploratory study in rural Burkina Faso", *Tropical Medicine and International Health*, 7 (3), (Online).

Okumu, Fredros, Sarah Moore (2011), "Combining indoor residual spraying and insecticide-treated nets for malaria control in Africa: a review of possible outcomes and an outline of suggestions for the future", *Malaria Journal*, 10:208, (Online).

Oliveira, Alexandre *et. al* (2010), "Ownership and usage of insecticide-treated bed nets after free distribution via a voucher system in two provinces of Mozambique", *Malaria Journal*, 9: 222, (Online).

Oosthizen, Gerhardus (1999), "Indigenous Christianity and the future of the Church in South Africa", em Walsh, Thomas, Frank Kaufmann (eds.), *Religion and Social Transformation in Southern Africa*, Minnesota: Paragon House.

Oosthizen, Gerhardus, Irving Hexham (1992), “Introduction”, Oothizen, Gerhardus, Irving Hexham (eds.), *Empirical Studies of African Independent/Indigenous Churches*, Nova Iorque: The Edwin Mellen Press.

Opiyo, Pamela, W. Richard Mukabana, Ibrahim Kiche (2007), “An exploratory study of community factors relevant for participatory malaria control on Rusinga Island, western Kenya”, *Malaria Journal,* 6: 48, (Online).

Organização Mundial de Saúde (1955), *Information on the malaria control programme in Mozambique*, s/l: OMS.

Organização Mundial de Saúde (1978), *Promotion and development of Traditional Medicine*: Report of a WHO Meeting, Technical Report Series 622, Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2003), *Malaria Rapid Diagnosis: making it work* (meeting report), Filipinas: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2005), *Frequently asked questions on DDT use for disease vector control*, s/l: OMS

Organização Mundial de Saúde (2006), *World Health Report 2006: Working Together for Health, Statistical Annex, Annex Table 1 e 4,* Genebra, OMS.

Organização Mundial de Saúde (2006a), *Towards Quality Testing of Malaria Rapid Diagnostic Test: evidence and methods*, Manila: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2006b), *Indoor residual spraying - Use of indoor residual spraying for scaling up global malaria control and elimination: WHO Position Statement*, s/l: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2006c), *Informal Consultation on Malaria Elimination: Setting Up the WHO Agenda*, Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2008), *World Malaria Report 2008,* Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2010*), Guidelines for the treament of malaria* (2ª Edição), Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2011), *DDT in indoor residual spraying: Human health aspects, (Environmental health criteria; 241*), s/l: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2012), *World Malaria Report*, Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2013), *World Malaria Report*, Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2014), *From malaria control to malaria elimination: A manual for elimination cenario planning*, Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde, UNICEF (2003), *The Africa Malaria Report*, s/l: OMS.

Packard, Randall (2001), "Malaria Blocks Development: the role of disease in the History of Agricultural Development in the Eastern and Northern Transvaal Lowveld, 1890-1960", *Journal of Southern African Studies,* 27/ 3, s/l: Taylor & Francis, Ltd.

Packard, Randall (2007), *The making of a tropical disease: a short story of malaria*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Pan American Health Organization, World Health Organization (PAHO/WHO), United Nations Environmental Program (UNEP), Global Environment Facility (GEF) (2008), *Regional Program of action and demonstration of sustainable alternative to DDT for malaria vector control in Mexico and Central America*. (PROJECT DDT/UNEP/GEF/PAHO), Washington DC: s.n.

Parsitau, Damaris S. (2008), "The Impact of Structural Adjustment Programmes (SAPs) on Women's Health in Kenya", em Martyn Sama, Vinh-Kim Nguyen (eds.), *Governing Health Systems in Africa*, Senegal: CODESRIA.

Passador, Luis (2011), *Guerrear, casar, pacificar, curar: o universo da "tradição" e a experiência com o HIV/AIDS no distrito de Homoíne, sul de Moçambique*, Tese de Doutoramento em Antropologia Social, São Paulo: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade de Campinas.

Pavignani, Enrico, Alessandro Colombo (2001), *Providing health services in countries disrupted by civil wars: a comparative analysis of Mozambique and Angola 1975-2000*, s/l: Organização Mundial de Saúde.

Pearce, Tola (1993), "Lay medical knowledge in an African context", em Lindenbaunm, Shirley, Margaret Lock (eds.), *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday life*, Berkeley: University of California Press**.**

Pélissier, René (1988), *História de Moçambique: formação e oposição 1854-1918*, Lisboa: Editorial Estampa.

Pell, Christopher *et. al* (2013), "Prevention and management of malaria during pregnancy: findings from a comparative qualitative study in Ghana, Kenya and Malawi", *Malaria Journal*, 12 (427), (Online).

Pelto, Pertti, Gretel Pelto (1997), "Studying knowledge, culture and behaviour in Applied Medical Anthropology", *Medical Anthropology Quarterly 11 (2)*, 147-163, (Online).

Penvenne, Jeanne (1981), “Chibalo e a classe operária”, *Revista de Estudos Moçambicanos*, Maputo: Centro de Estudos Africanos – Universidade Eduardo Mondlane.

Pfeiffer, James (2003), “International NGO and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration”, *Social Science & Medicine*, 56, (Online).

Pfeiffer, James (2005), “Commodity *Fetichismo*, the Holy Spirit, and the turn to Pentecostal and African Independent Churches in Central Mozambique”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 29, (Online).

Pfeiffer, James, Mark Nitcher (2008), “What can Critical Medical Anthropology contribute to Global Health? A Health Systems Perspective”, *Medical Anthropology Quarterly*, 22 (4), s/l: American Anthropological Association.

Pilkington, J., *et. al* (2004), “Malaria, from natural to supernatural: a qualitative study of mothers' reactions to fever (Dienga, Gabon)”, *J. Epidemioll Community Health*, 58, (Online).

Pinto, Maria (2002), *O islamismo em Moçambique no contexto da liberalização política e económica nos anos 90: a província de Nampula como estudo de caso*, Dissertação de Mestrado em Estudos Africanos, Lisboa: ISCTE.

PIRCOM (2010), *Travando o assassino: Prevenindo a malária na nossa sociedade (Guião para ajudar Líderes Religiosos a educar congregações e comunidades acerca da malária – Cristãos)*, Maputo: Centro Interconfessional Acção sobre a Pobreza Global / IMA World Health.

Pool, Robert *et. al* (2006), “Community response to intermittent preventive treatment delivered to infants (IPTi) through the EPI system in Manhiça, Mozambique”, *Tropical Medicine and International Health*, 11 (11), (Online).

Porter, William. (2006), “Imported Malaria and Conflict: 50 years of Experience in the US Military”, *Military* Medicine (Online).

Postma, William (1994), “NGO Partnership and Institutional Development: Making It Real, Making It Intentional”, *Canadian Journal of African Studies,* 28 (3), (Online).

Price, Laurie (1982), “Ecuadorian Ilness Stories: Cultural Knowledge in Natural Discourse”, Holand, Dorothy, Naomi Quinn (eds.) Nova Iorque: Cambridge University Press, citado por Kamat, Vinay (2013) *Silent Violence: Global Health, Malaria, and Child Survival in Tanzania*, Estados Unidos da América: The University of Arizona Press.

Programa das Nações Unidas para o Ambiente (2001), *Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants (POPs),* UNEP/Chemicals/2001/3 – 50 p).

Prothero, Randall (1961), “Population, Movements and Problems of Malaria Eradication in Africa”, *Bulletin WHO*, 24, 405-424.

Prue, Chai. et. al. (2013), “Mobile phones improve case detection and management of malaria in rural Bangladesh”, *Malaria Journal* 12:48, (Online).

Rafatjah, H (1971), “Problem of resurgent bed-bug infestation in malaria eradication programmes”, *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 74, (Online).

Ranger, Terence, Eric Hobsbawm (1983), *The Invention of Tradition*, Cambridge: Cambridge University Press.

Ratilal, Prakash (1990), *Emergency in Mozambique: using aid to end the emergency*, Nova Iorque: United Nations Development Programme.

Requixa, Maria (2012), *Investigação sobre a Malária em Moçambique: Utilização dos resultados na tomada de decisão dos programas de controlo*, Dissertação para obtenção do grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento, Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

Ribeiro, Aires (1945), *Programa de Acção Sanitária e Profilática*, Lourenço Marques: Imprensa Nacional de Moçambique.

Ribeiro, Manuel (1890*), Principaes Questões a Estudar sobre a Aclimação nas Nossas Colonias como Auxiliares mais Indispensaveis da Emigração e da Colonisação*, Lisboa: Typ. das Colonias Portuguezas.

Ribera, Juan, Susanna Hausmann-Muela, (2011), “The Straw That Breaks the Camel’s Back Redirecting Health-Seeking Behavior Studies on Malaria and Vulnerability”, *Medical Anthropology Quarterly*, *25*(1), (Online).

Rich, Stephen *et. al* (2009), “The origin of malignant malaria”, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106: 35, (Online).

Rivers, William (1924), *Medicine, Magic and Religion*, Londres: Routledge.

Roberts, Donald *et. al* (1997), “DDT, Global Strategies, and a Malaria Control Crisis in South America”, *Emerging Infectious Diseases*, 3 (3), s/l: Perspectives.

Rocha, Aurélio (1991), *O associativismo e nativismo em Moçambique: o Grémio Africano de Lourenço Marques (1908-1938)*, Dissertação de Mestrado em Economia e Sociologia Histórica, Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Rodrigues, Carla (2009), *Malária em Moçambique: Perspectivas Leigas numa Região Endémica*, Tese de Mestrado em Sociologia, Lisboa: ISCTE.

Rodríguez, Américo *et. al* (2006), "Acceptability and perceived side effects of insecticide indoor residual spraying under different resistance management strategies", *Salud Publica de México*, 48 (4), (Online).

Roll Back Malaria (2002), *Final report of the external evaluation of Roll Back Malaria*, Genebra: Roll Back Malaria.

Roll Back Malaria (2011), *Refined/Updated GMAP Objectives, Targets, Milestones and Priorities Beyond 2011*, http://www.rollbackmalaria.org/gmap/gmap2011update.pdf, 21.05.2014.

Roll Back Malaria, OMS (2000), *Abuja Declaration – The African Summit on Roll Back Malaria*, Genebra: Roll Back Malaria Partnership Secretariat e OMS.

Rugemalila, J., *et. al* (2007), "Multilateral Initiative on Malaria: Justification, Evolution, Achievements, Challenges, Opportunities, and Future Plans", *J. Trop. Med. Hyg*., 77(Suppl 6), (Online).

Ruger, Jennifer Prah (2005), "The changing role of the world bank in global health", in *American Journal of Public Health*, 95 (1), (Online).

Saavedra, Mónica (2010), "*Uma Questão Nacional" Enredos da Malária em Portugal, séculos XIX e XX*, Doutoramento em Ciências Sociais (Especialidade em Antropologis Cultural e Social): Instituto de Ciências Sociais.

Sabatinelli, Guido (2002), "Determinants of Malaria in WHO European Region", em Elizabeth Casman, Hadi Dowlatabadi (eds.), *The Contextual Determinants of Malaria*, Washington: Resources for the Future.

Sabot, Oliver *et. al* (2010), "Costs and financial feasibility of malaria elimination", *Lancet*, 376, (Online).

Sachs, Jeffrey et. al. (2001), *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Genebra: OMS.

Sama, Martyn, Vinh-Kim Nguyen (2008), Introduction", em Martyn Sama, Vinh-Kim Nguyen (eds.), *Governing Health Systems in Africa*, Senegal: CODESRIA.

Santana, Jacimara (2010), "Nyangas e "feiticeiras" de Moçambique na Revista Tempo (1975-1985)", *7º Congresso Ibérico de Estudos Africanos*, Lisboa: s.n.

Santinho, Cristina (2011), *Refugiados e requerentes de asilo em Portugal: Contornos políticos no campo da saúde*, Tese de Doutoramento em Antropologia, Lisboa: ISCTE.

Scheper-Hughes, Nancy, Philippe Bourgois (eds.) (2003), *Violence in War and Peace: An Anthology,* Oxford: Blackwell Publishers.

Schiefer, Ulrich (2002), *Von allen guten Geistern verlassen? Guinea Bissau: Entwicklungspolitik und der Zusammenbruch afrikanischer Gesellschaften*, Hamburg: IAK, citado por Milando, João (2005), *Cooperação sem desenvolvimento*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Schiefer, Ulrich (2008), *Integrated Evaluation of Change. A new perspective for planning and evaluation in multiple intervention environments*. Lisboa: Periploi.

Schwalbach, João, Maria Maza (1985), *A malária em Moçambique* (1937-1973), Maputo: Instituto Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

Seibert, Gerhard (2001), "Exclusão social e igrejas cristãs sincréticas em Moçambique *in Novas Relações com África: Que perspetivas?", em* Henriques, Isabel (Coord.) Actas do III Congresso de Estudos Africanos no Mundo Ibérico, Lisboa 11, 12 e 13 de Dezembro de 2001, s/l: Vulgata.

Seibert, Gerhard (2003), "The vagaries of violence and power in post-colonial Mozambique", em Abbink, J., M.E Bruijn, K. van Walraven (eds.), *Rethinking resistance: revolt and violence in African history*, Leiden: Brill.

Sekokotla, Dorothy *et. al* (2003), *Hypertension management and surveillance at primary care level: A situational analyses in the Limpopo Province*, Cidade do Cabo: Burden of Diseases Research Unit, MRC.

Selman, Lucy *et. al* (2009), Meeting information needs of patients with incurable progressive disease and their families in South Africa and Uganda: multicentre qualitative study", *BMJ*, 338, (Online).

Sem Autor (1977), *Tortura na Colónia de Moçambique (1963-1974): Depoimentos de presos políticos*, Porto: Afrontamento: Coleção Libertação dos Povos das Colónias.

Semenya, Sebua, Potgieter, Martin (2014), "Bapedi traditional healers in the Limpopo Province, South Africa: Their socio-cultural profile and traditional healing practice", *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2014, 10:4, (Online).

Serra, Carlos (2008*), Linchamentos em Moçambique: uma desordem que apela à ordem, Volume 1*, Maputo: Imprensa Universitária.

Serviços Distritais de Atividades Económicas (SDAE) do distrito de Chókwè (2012), *Relatório 2011*, s/l, s.n.

Sharma, Vinod (2002), "Determinants of Malaria in South Asia", em Casman, Elizabeth, Hadi Dowlatabadi (eds.), *The Contextual Determinants of Malaria*, Washington: Resources for the Future.

Shey, Dickson *et al*. (2011) “Knowledge and practices relating to malaria in Ndu community of Cameroon: Signs and symptoms, causes and prevention”, Journal of Public Health and Epidemiology, 3(6), pp. 294-300.

Shiff, Clive (2002), “Integrated Approach to Malaria Control”, *Clinical Microbiology Reviews,* 15(2), (Online).

Sibanda, Mthokozisi *et. al* (2011), “Degradation of insecticides used for indoor spraying in malaria control and possible solutions”, *Malaria Journal*, 10:307, (Online).

Silva, Patrício Dias (1905) Relatório dos Serviços de Saúde, Província de Moçambique, citado por Schwalbach, João, Maria Maza (1985) *A malária em Moçambique* (1937-1973), Maputo: Instituto Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

Sindiga, Isaac (1995a), “African ethnomedicine and other medical systems”, em Sindiga, Isaac, Chacha Nyaigotti-Chacha, Mary Kanunah (eds.), *Traditional Medicine in Africa*, Nairobi: East African Educational Publishers.

Sindiga, Isaac (1995b), “Gusii Traditional Medicine”, em Sindiga, Isaac, Chacha Nyaigotti-Chacha, Mary Kanunah (eds.), *Traditional Medicine in Africa*, Nairobi: East African Educational Publishers.

Sindiga, Isaac (1995c), “Managing illness among Luo”, em Sindiga, Isaac, Chacha Nyaigotti-Chacha, Mary Kanunah (eds.), *Traditional Medicine in Africa*, Nairobi: East African Educational Publishers.

Singh, Rupashree *et. al* (2014), “Knowledge, Attitude and Practices on Malaria Among the Rural Communities in Aliero, Northern Nigeria”, *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 3 (1), (Online).

Sinka, Marianne *et. al* (2010), “The dominant Anopheles vectors of human malaria in Africa, Europe and the Middle East: occurrence data, distribution maps and bionomic précis”, *Parasites & Vectors*, 3:117, (Online).

Sinka, Marianne *et. al* (2012), “A global map of dominant malaria vectors”, Parasites & Vectors 5:69, (Online).

Sogge, David (1997) “O Sector Civil” em Sogge, David (ed.), *Moçambique: perspectivas sobre a ajuda e o sector civil*, citado por Negrão, José (2003) “A Propósito das Relações entre as ONG do Norte e a Sociedade Civil Moçambicana”, *Artigo apresentado no Curso de Formação: A Globalização Alternativa e as Organizações Não-Governamentais do Espaço de Língua Oficial Portuguesa*; Coimbra: CES - Faculdade de Economia.

Sogge, David (1997) *Mozambique, Perspectives on Aid and the Civil Society*, Sooge, David (ed.), Oegstgeest (Holanda): s.n, citado por Eys, Tinie (2002) “Solidariedade com os pobres

ou comércio no mercado do desenvolvimento? As organizações não governamentais em Moçambique", Lusotopie 2002/1, Bordéus: Brill Academic Publishers.

Sopa, António, Calane da Silva, Olga Iglésias Neves, (2006) "Rui de Noronha, Ao Mata-bicho", Maputo: Textos Editores, citado por Francisco, António (2009) Sociedade Civil em Moçambique: Expectativas e Desafios in *Desafios para Moçambique 2010*, Brito, Luís., Carlos Castel-Branco, Sérgio Chichava, António Francisco (eds.), Maputo: IESE.

Sousa, Sara Cristina Fernandes (2011), *A relação entre o estatuto económico e os conhecimentos e comportamento acerca da malária, na região de Gaza, Moçambique*, Tese de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

Spjeldnæs, Astrid, Blomberg, Bjørn (2010), "Education and knowledge helps preventingmalaria, but not "degedege" (Poster)", *Malaria Journal*, 9 (Suppl 2), (Online).

Stratton, Leeanne *et. al* (2008), "The persistent problem of malaria: Addressing the fundamental causes of a global killer", *Social Science & Medicine* 67, 854–862, (Online).

Straus, Lianne *et. al* (2011), "Inherent illnesses and attacks: an ethnographic study of interpretations of childhood Acute Respiratory Infections (ARIs) in Manhiça, southern Mozambique", *Public Health*, 11, s/l: BioMed Central Ltd.

Sundkler, Bengt, Christopher Steed (2000), *A History of the Church in Africa*, Cambridge: Cambridge University Press.

Tami, Adriana *et. al* (2004), "Evaluation of Olyset™ insecticide-treated nets distributed seven years previously in Tanzania", *Malaria Journal*, 3: 19, (Online).

Taussig, Michael (1980), *The devil and commodity fetishism in South America*, Estados Unidos da América: The University of North Carolina Press.

Taylor, Edward 1871 Primitive Culture

Temple, Bogusia, Alys Young (2004), "Qualitative research and translation dilemmas", *Qualitative Research*, Londres: Sage Publications.

Temudo, Marina (2005), "Campos de batalha da cidadania no Norte de Moçambique", *Caderno de Estudos Africanos* nº 7/8, Julho 2004/Junho 2005, Lisboa: Centro de Estudos Africanos do ISCTE.

Tesser, Charles, Madel Luz (2002), "Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina", *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), (Online).

Thiede, Michael, Patricia Akweongo, Di McIntyre (2007), "Exploring the dimensions of access", McIntyre Di, Gavin Mooney (eds.), *The economics of health equity*, Nova Iorque: Cambridge

University Press.

Thomaz, Omar Ribeiro (2008), "Escravos sem dono: a experiência social dos campos de trabalho em Moçambique no período socialista", *Revista de Antropologia,* 51 (10), São Paulo: USP.

Timmermans, Stefan, Marc Berg (1997), "Medical Protocols Standardization in Action: Achieving Local Universality through", *Social Studies of Science,* 27, Londres: Sage Publications.

Topsøe-Jensen, Bente *et. al* (2012), *Support to civil society engagement in policy dialogue: Mozambique Country Report*, s/l: Ministério dos Negócios Estrangeiros da Dinamarca.

Udonwa, Ndifreke, Abraham Gyuse, Aniekan Etokidem (2010), "Malaria: Knowledge and prevention practices among school adolescents in a coastal community in Calabar, Nigeria", *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 2 (1), (Online).

UNICEF (1989), *The State of the World's Children*, Nova Iorque: Oxford University Press.

UNICEF (1990), *The State of the World's Children*, Nova Iorque: Oxford University Press.

UNICEF (1996), *The State of the World's Children*, Nova Iorque: Oxford University Press.

UNICEF (1997), *The State of the World's Children*, Nova Iorque: Oxford University Press.

USAID (1997), "New partnership initiative (NPI) resource guide: a strategic guide to development partnering. Report of the NPI Learning Team", Washington DC: United States Agency for International Development, citado por Lister, Sarah (2000) "Power is partnership: an analysis of an NGO's relationships with its partners", *Journal of International Development*, 12 (2), (Online).

USAID (2005), *President's Malaria Initiative: Strategic Plan.* s/l: USAID & CDC.

USAID (2008), *Malaria Operational Plan - FY08: Mozambique,* Boston*,* USAID.s

Valá, Salimo (1996), *A História da Posse da Terra na região agrária de Chókwè (1975-1995)*, Tese de dissertação para obtenção do título de licenciatura, Maputo: Universidade Eduardo Mondlane.

Valá, Salimo (2001), "Posse da terra no Chókwè, 1950-1974: Processos, Problemas e Desenvolvimento Local", *Estudos Moçambicanos*, 19, Maputo: Universidade Eduardo Mondlane.

van der Geest, Sjaak (2007), "*Is it possible to understand illness and suffering?", Medische Antropologie*, 19: 1, Amesterdão: Universidade de Amesterdão.

van der Geest, Sjaak, Ria Reis (2005), *Ethnocentrism: Reflections on Medical Anthropology*, Amestertão: Het Spinhuis Publishers.

van Diesen, Arthur (1999), Aid to Mozambique: an end to dependence? An assessment of the quality of aid to Mozambique, with special reference to British and EC aid for health and education", citado por Pavignani, Enrico, Alessandro Colombo (2001) *Providing health services in countries disrupted by civil wars: a comparative analysis of Mozambique and Angola 1975-2000*, s/l: Organização Mundial de Saúde.

van Djik, Rijk (1999), "The Pentecostal gift: Ghanaian charismatic churches and the moral innocence of the global economy!, em Fardon, Richard, Wim van Binsbergen, Rijk van Dijk (eds.), *Modernity on a shoestring: Dimensions of Globalization, consumption and development in Africa and beyond*, Leiden e Londres: EIDOS.

Van Dyk, J.C. *et. al* (2010), "DDT contamination from indoor residual spraying for malaria control", *Science of the Total Environment*, s/l: Elsevier.

Van Gennep, Arnold (1909), *The Rites of Passage*, Londres: Routledge e Kegan Paul, citado por Honwana, Alcinda (2002) *Espíritos vivos, tradições modernas. Possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra a sul de Moçambique*. Maputo: Ela por Ela (Coleção Identidades).

van Staa, AnneLoes. Anita Hardon (1996), *Injection practices in the developing world: A comparative review of field studies in Uganda & Indonesia*. WHO/DAP/96.4.

Villanucci, Alessia (2010), "Traditional healers in the context of health care", em Pino Schirripa (ed.), *Health System, Sickness and Social Suffering in Mekelle (Tigray - Ethiopia)*, s/l: LIT Verlag.

Vines, Alex (1991), *RENAMO: Terrorism in Mozambique*, Londres: James Currey.

Visser-Valfrey, Muriel, Mariam Umarji (2010), *Sector Budget Support in Practice - Case Study Health Sector in Mozambique*, s/l: Overseas Development Institute, Mokoro.

Walt, Gill (1994), *Health Policy: An introduction to process and power*, Joanesburgo: Zed Books.

Wayland, Coral (2001), "Gendering Local Knowledge: Medicinal Plant Use and Primary Health Care in the Amazon", *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 15, No. 2 (Jun., 2001), s/l: Blackwell Publishing.

Webb Jr., James (2009), Humanity's Burden: a global history of malaria, Nova Iorque, Cambridge University Press.Webster, David (2009), *A Sociedade Chope: Indivíduo e aliança no sul de Moçambique 1969-1976*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Wedel, Johan (2009), “Bridging the gap between Western and Indigenous Medicine in Eastern Nicaragua”, Anthropological Notebooks, 15-1, (Online).

Weimer, Berhard (2012), “Saúde para o povo? Para um entendimento da economia política e das dinâmicas da descentralização no sector saúde em Moçambique”, em Weimer, Berhard. (org.), *Moçambique: Descentralizar O Centralismo: Economia Politica, Recursos e Resultados*, Maputo: Instituto de Estudos Sociais e Económicos.

Wernsdorfer WH (1980) The importance of malaria in the world, em Kreier, JP (ed.), Malaria Vol. 1, New York: Academic Press, citado por Mendis, Kamini, Aafje Rietveld, Marian Warsame, Andrea Bosman, Brian Greenwood, Walther Wernsdorfer (2009) “From malaria control to eradication: The WHO Perspective”, *Tropical Medicine and International Health*, volume 14 (7), Genebra: OMS.

West, Harry G. (2009), *Kupilikula: O Poder e o Invisível em Mueda, Moçambique*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

West, Harry, Tracy Luedke (2006), “Healing divides: therapeutic border work in southeast Africa”, em Luedke, Tracy, Harry West (eds.), *Borders and healers: Brokering therapeutic resources in Southeast Africa*, Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press.

Westerlund, David (2006), *African indigenous religions and disease causation: from spiritual beings to living humans*, Boston: Brill.

White, K. (1991), “The Sociology of Health and Illness”, *Current Sociology*, 39 (2), (Online).

Whyte, Susan (1997) *Questioning Misfortune: The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda*, Cambridge: Cambridge University Press.

Williams, David (2006), Ownership’, Sovereignty and Global Governance in *Managing Aid Dependency Project*, Oxford: Universidade de Oxford – Departamento de Relações Políticas e Internacionais *in Africa and beyond*. Leiden and London: EIDOS.

Williams, Holly *et. al* (2008), Dispensary level pilot implementation of rapid diagnostic tests: an evaluation of RDT acceptance and usage by providers and patients – Tanzania, 2005”, *Malaria Journal 7:239*, (Online).

Williams, Mark (2002), “Recognizing and overcoming inadequate health literacy, a barrier to care”, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 69(5), (Online).

Winch, Peter *et. al* (1994), “Seasonal variation in the perceived risk of malaria: implications for the promotion of insecticide-impregnated bed nets”, *Social Science & Medicine*, 39 (1), (Online).

Winkelman, Michael (2009), *Culture and Health: Applying Medical Anthropology*, São Francisco: Wiley.

Wuyts, Marc (1990), “Gestão económica e política de reajustamento em Moçambique”, *Revista Estudos Moçambicanos*, Maputo: Universidade Eduardo Mondlane.

Yadav, Surendra (2014), “Malaria Entomology Studies to Understand Vector Control Program”, *International Journal of Applied Engineering Research*, 9(2), s/l: Research India Publications.

Yé, T. e tal. (2009), *Environmental Factors and Malaria Transmission Risk: modelling the risk in a holoendemic area of Burkina Faso*, Hampshire: Ashgate.

Young, Allan (1993), “A Description of how Ideology Shapes Knowledge of a Mental Disorder (Post Traumatic Stress Disorder*)”,* em Lindenbaum, Shirley, Margaret Lock (eds.)*, Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley: University of California Press.

Zacarias, Orlando, Mikael Andersson, (2010), “Mapping malaria incidence distribution that accounts for environmental factors in Maputo Province-Mozambique”, *Malaria Journal*, 9:79, (Online).

ANEXO A

Figura A1.1 – Autorização do Comité Nacional de Bioética para a Saúde



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE
IRB00002657

Exma Senhora
Dr.ª Ana Rita Sousa Sequeira

Ref: 149/CNBS/11 **Data 27 de Maio de 2011**

Assunto: *aprovação do protocolo " Factores económicos, sociais e culturais no controlo da Malária: uma análise das crenças e práticas da sociedade de Chókwè e da sua relação com diferentes provedores formais, tradicionais e informais de saúde."*

O Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) analisou as correcções efectuadas no protocolo intitulado: ***"Factores económicos, sociais e culturais no controlo da Malária: uma análise das crenças e práticas da sociedade de Chókwè e da sua relação com diferentes provedores formais, tradicionais e informais de saúde."*** Sobre o mesmo chegou a seguinte conclusão:

O CNBS não vê nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo pelo que, dá a sua devida aprovação.

Contudo, recomenda os investigadores que o mantenham informado do decurso do estudo.

Faz notar que a aprovação ética não substitui a autorização administrativa.

Sem mais de momento as nossas cordiais saudações.

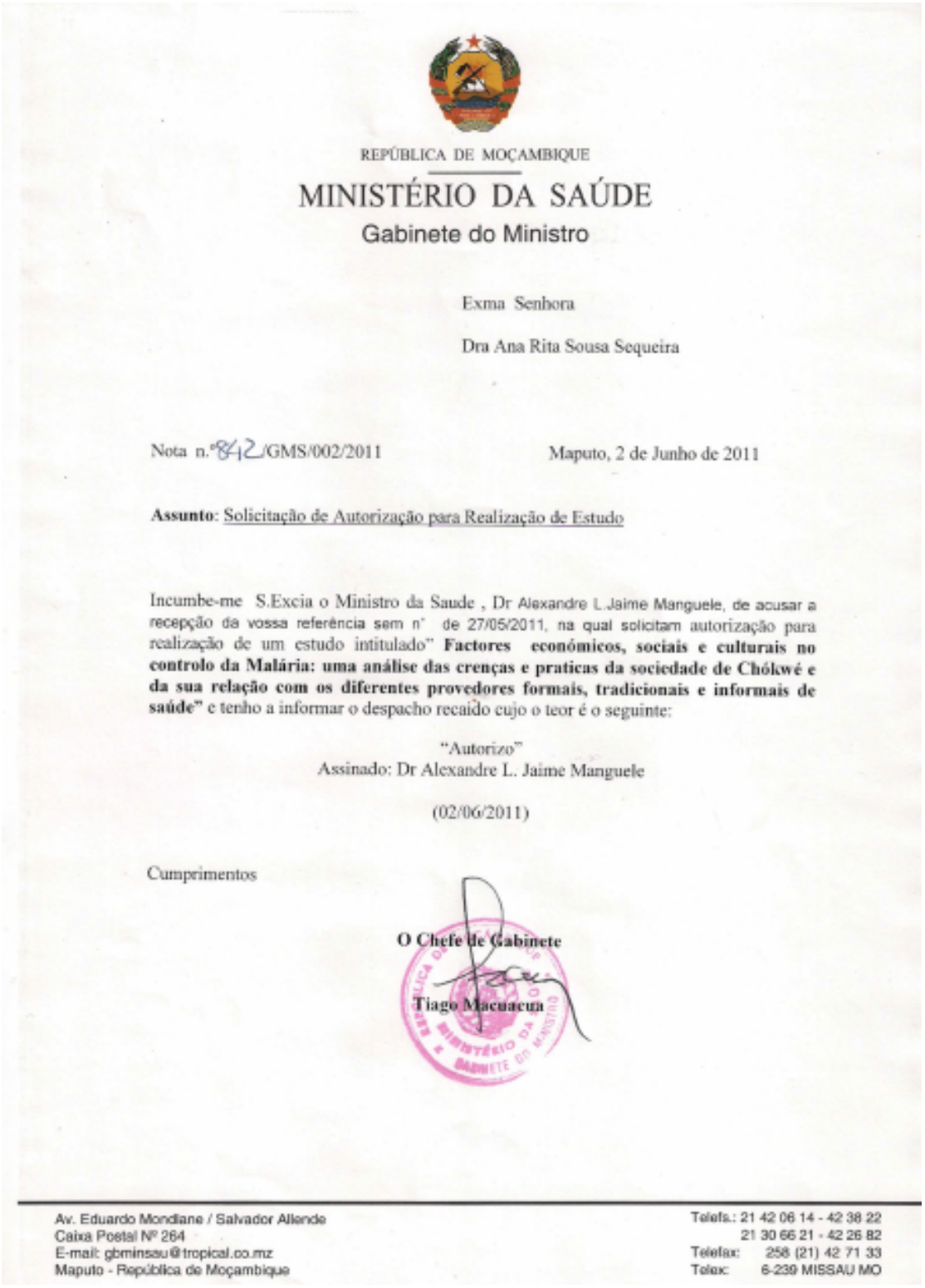
O Presidente

Dr. João Manuel de Carvalho Fumane

ENDEREÇO:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
C. POSTAL 264
Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende
MAPUTO – MOÇAMBIQUE

Telefones: 430814/427131(4)
Telex: 6-239 MISAU MO
FAX: 258 (1) 426547
258 (1) 33320

Figura A1.2 – Autorização Administrativa do Gabine do Ministro da Saúde



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Ministro

Exma Senhora

Dra Ana Rita Sousa Sequeira

Nota n.º842/GMS/002/2011 Maputo, 2 de Junho de 2011

Assunto: Solicitação de Autorização para Realização de Estudo

Incumbe-me S.Excia o Ministro da Saude , Dr Alexandre L.Jaime Manguele, de acusar a recepção da vossa referência sem nº de 27/05/2011, na qual solicitam autorização para realização de um estudo intitulado" **Factores económicos, sociais e culturais no controlo da Malária: uma análise das crenças e praticas da sociedade de Chókwé e da sua relação com os diferentes provedores formais, tradicionais e informais de saúde"** e tenho a informar o despacho recaído cujo o teor é o seguinte:

"Autorizo"
Assinado: Dr Alexandre L. Jaime Manguele

(02/06/2011)

Cumprimentos

O Chefe de Gabinete

Tiago Macuacua

Av. Eduardo Mondlane / Salvador Allende
Caixa Postal Nº 264
E-mail: gbminsau@tropical.co.mz
Maputo - República de Moçambique

Telefs.: 21 42 06 14 - 42 38 22
21 30 66 21 - 42 26 82
Telefax: 258 (21) 42 71 33
Telex: 6-239 MISSAU MO

Figura A1.3 – Folha de Consentimento Informado

Folha de informação ao participante e consentimento informado

Título: FACTORES ECONÓMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS NO CONTROLO DA MALÁRIA: UMA ANÁLISE DAS CRENÇAS E PRÁTICAS DA SOCIEDADE DE CHÓKWÈ E DA SUA RELAÇÃO COM OS DIFERENTES PROVEDORES FORMAIS, TRADICIONAIS E INFORMAIS DE SAÚDE.

Investigadores: Ana Rita Sequeira, Baltazar Chilundo e Ulrich Schiefer

Folha de Informação ao Participante

"Chamo-me Ana Rita Sousa Sequeira e estou presentemente a trabalhar numa investigação para compreender o que a comunidade conhece sobre a Malária, as suas práticas com vista à prevenção e tratamento da doença. Também estamos a procurar compreender que factores económicos e sociais contribuem para o controlo da Malária. Como deve saber, a Malária é uma doença que afecta muitas pessoas todos os anos, principalmente na época das chuvas.
Desta forma, gostaríamos de saber o que sabe e o que faz para prevenir e tratar a Malária. Os resultados deste estudo serão posteriormente entregues às autoridades distritais, provinciais e nacionais, a fim de melhor conhecerem a situação do Chókwè e de poderem melhor decidir e intervir nesta área.
A investigação é formalmente designada de Factores económicos, sociais e culturais no controlo da Malária: uma análise das crenças e práticas da sociedade de Chókwè e da sua relação com os diferentes provedores formais, tradicionais e informais de saúde.

Confidencialidade e consentimento

Vou fazer-lhe perguntas que estão relacionadas com os seus conhecimentos e práticas relacionados com a Malária. As respostas que irão ser dadas serão inteiramente confidenciais (não será mostrada a outras pessoas) e anónima (ninguém vai saber o seu nome). Os dados serão apenas utilizados para efeitos deste estudo.
No entanto, as suas respostas sinceras a estas perguntas vão ajudar-nos a perceber melhor o que as pessoas conhecem e fazem em relação aos assuntos levantados nessa entrevista. Ficaremos muito gratos pela sua ajuda respondendo a esta entrevista. Para que eu possa estar com total atenção e evite tomar notas durante a nossa conversa, irei utilizar um pequeno gravador, para que nenhuma das suas respostas seja perdida. Os resultados não serão reportados como casos individuais, mas apenas como resultados gerais dos entrevistados no distrito de Chókwè.
Caso não queira responder a alguma questão ou deseje concluir a entrevista antes de esta terminar poderá fazê-lo a qualquer momento.

A entrevista vai durar entre 30 a 45 minutos. Tem alguma questão que me queira colocar?
Será que tenho a sua permissão para prosseguir? Posso continuar? **Sim / Não.**

SE SIM PEDIR PARA QUE ASSINE O CONSENTIMENTO

#	Nome

Figuras A2.1 – Inundações na cidade de Chókwè (Janeiro 2012)







Figura A6.1 - Casal que desenterra a madeira queimada (carvão) e ensaca-o.



Figura A7.1 - Tambores utilizados pelos *tinyanga* para evocarem os espíritos



Quadro A7.1 - Nível de escolaridade dos homens e mulheres entrevistados

Categorias	Frequência
Nenhum grau de escolaridade	42
Ensino básico de 1° grau	26
Ensino básico de 2° grau	13
Ensino secundário ou superior	6
Total	87

Quadro A7.2 - Relação entre o sexo dos curandeiros e a religião praticada no momento em que a entrevista foi realizad

Categorias		Religião praticada no momento em que a entrevista foi realizada			Total
		Sem religião	Católica	Protestante	
Sexo	Feminino	18	7	3	28
	Masculino	11	3	1	15
Total		29	10	4	43

Figura A7.3 - Atrás da cadeira, arbusto plantado com outros acessório enrolados, indicando a existência de *pandza*



Figuras A9.1 – Utilização dada às redes mosquiteiras



