



Ana Rita Sequeira

## A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença

Centro de Estudos Internacionais

---

# Capítulo VIII - Novos provedores de cuidados de saúde: os líderes religiosos

---

Editora: Centro de Estudos Internacionais  
Lugar de edição: Lisboa  
Ano de edição: 2017  
Online desde: 11 dezembro 2019  
coleção: ebook'IS  
ISBN eletrónico: 9789898876928



<http://books.openedition.org>

### Reférenceia eletrónica

SEQUEIRA, Ana Rita. *Capítulo VIII - Novos provedores de cuidados de saúde: os líderes religiosos* In : *A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença* [en ligne]. Lisboa : Centro de Estudos Internacionais, 2017 (généré le 10 septembre 2020). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/cei/496>>. ISBN : 9789898876928.

---

## **CAPÍTULO VIII**

### **NOVOS PROVIDORES 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, comumente, 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 cum-

primento 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<sup>1</sup>.

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 infieis. 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 infieis 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

<sup>1</sup> Ver Capítulo VI sobre o desenvolvimento destas três dimensões.

invasão, submissão e conquista dos povos (...)” (Chidassicua, 2005: 3). A presença missionária portuguesa além-mar esteve sujeita às 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<sup>2</sup> (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

---

<sup>2</sup> 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).

a oposição, denúncia e um outro modo de cumprir a “missão civilizadora”, asente, agora, na defesa do uso da língua local, no 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 <sup>1</sup> | 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).

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 receram 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<sup>3</sup>, 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

<sup>3</sup> 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.

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 enfermeiros (Cruz e Silva, 1996: 104). Apesar dos conflitos e tensões entre estas duas igrejas serem inegáveis, ambas pretendiam converter e civilizar as populações.

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 antepassados quer 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.

“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 Chalocuané.” (#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<sup>4</sup> (Seibert, 2001: 234). O carácter emancipatório e político das igrejas africanas independentes (incluindo as igrejas zionistas) 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.

<sup>4</sup>“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 exercise an irresistible fascination over the Native, attracting baptized Christians and enticing many away from the mission catechism classes” (Helgesson, 1994: 292).

## 8.2 As igrejas independentes africanas e as igrejas missionárias

Para além da presença do islamismo e das igrejas missionárias (protestantes estabelecidas<sup>5</sup> 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 *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

<sup>5</sup> Igreja Presbiteriana (Missão Suíça), Igreja Luterana, Igreja Anglicana e Igreja Metodista (dissidente da Igreja Anglicana).

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<sup>6</sup>, 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: 79).

<sup>6</sup> O movimento pentecostal é proveniente da *Apostolic Faith Church, Azusa Street* em Los Angeles, fundada em 1906 pelo afro-americano William Seymour.

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 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<sup>7</sup>, sendo necessário serem reeducados<sup>8</sup> 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

<sup>7</sup> Vulgariza-se o termo *Xiconhoca* em referência aos indivíduos sabotadores. Expressão corrente utilizada no sul de Moçambique.

<sup>8</sup> Expressão utilizada no discurso político.

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 fomos juntar a eles. 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 Chókwe)

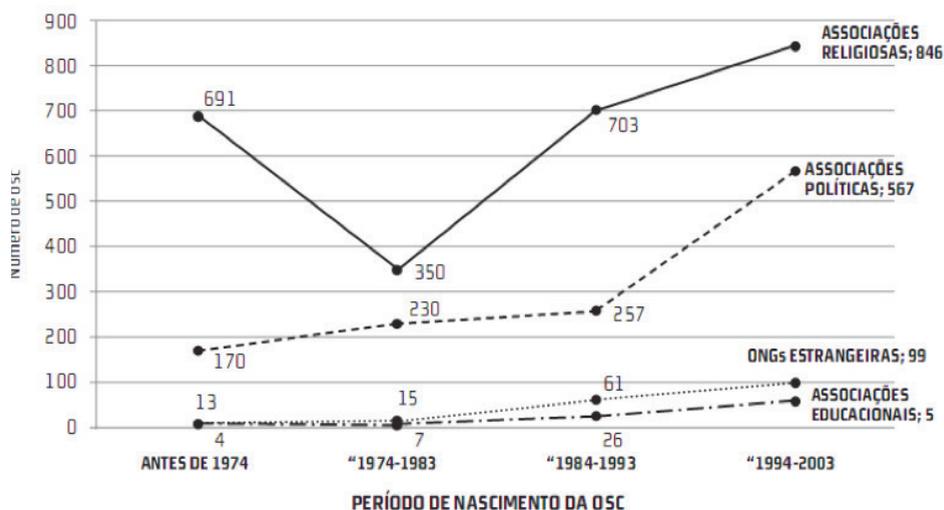
Para além da perseguição aos membros da igreja Testemunha de Jeová, os bens patrimoniais das missões católicas foram nacionalizados e os próprios religiosos e religiosas foram perseguidos e presos, uma vez que eram instituições ligadas ao regime colonial e à sua “missão civilizadora” (Morier-Genoud, 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 au-

toridades 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<sup>9</sup>. 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 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, 2006:98

Fonte: INE (2006 *apud* Francisco, 2009: 63).

<sup>9</sup> 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).

Em 2012, 57 instituições de culto encontravam-se registadas no Departamento de Assuntos Religiosos da Conservatória Distrital de Chókwè. 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<sup>10</sup>. Nas igrejas ziones, com uma multiplicidade de denominações<sup>11</sup> que se estende a um 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.

---

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> 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.

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<sup>12</sup>. As igrejas ziones, apesar de serem pentecostais, serão analisadas como um fenómeno distinto, dada a 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).

<sup>12</sup> Ver van de Kamp (2011) sobre a Igreja do Reino de Deus em Moçambique e em África (Corten e Marshall-Fratani, 2001).

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 1º Grau  | 6                  | 3                        | 0         | 8     | 9           | 26    |
|              | Ensino básico de 2º Grau  | 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<sup>13</sup>.

## 8.6 O papel das igrejas e a sua centralidade

“Mas que tipo de gente pode morar numa aldeia que nem uma igreja tem?”<sup>14</sup>

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 Chókwe, para além dos rituais, em que se conta com a participação de todos os membros da igreja, existem, igualmente, encontros por grupo etário 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

<sup>13</sup> A título de exemplo, existe um pastor zione que está em permanente contacto com o técnico de psiquiatria do Hospital Rural de Chókwe referindo doentes para acompanhamento psiquiátrico e partilhando as suas experiências terapêuticas com este provedor biomédico. Ver também Cavallo (2013: 123)

<sup>14</sup> Citação de uma informante qualificada referindo-se à aldeia de Maloluane, local que se apresenta como um caso excepcional, no distrito de Chókwe. 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)

(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.

“(…) 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)

*Figura 8.2 – Igreja construída<sup>15</sup> pela congregação União Sagrada, com apoio financeiro das filiais da África do Sul e Estados Unidos da América.*



<sup>15</sup> 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).

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<sup>16</sup> 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.

“(…) 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<sup>17</sup> 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.

“(…) 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.

<sup>16</sup> Ver também Seibert (2001: 237).

<sup>17</sup> Estratégia adotada, frequentemente, por funcionários do Estado, destacados para trabalhar nas áreas mais remotas.

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 nenhuma 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<sup>18</sup>.

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<sup>19</sup> 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<sup>20</sup> (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

<sup>18</sup> Ver Gifford (2001: 74).

<sup>19</sup> Distrito próximo do distrito de Chókwe, pertencente, igualmente, à Província de Gaza.

<sup>20</sup> “Igreja São União Apostólica Cristã dos Negros Portugueses da Província de Moçambique, Chembitas ou Nagaritas, Igreja São União Apostólica dos Indígenas Portugueses da Província de Moçambique, Igreja Fé dos Apóstolos de Moçambique”, entre outras (Gonçalves, 1961: 90).

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).

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 Chókwe)

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 cruces e estrelas vermelhas ou brancas bordadas. As capas de cor vermelha e com cruces 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<sup>21</sup> 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 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



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.

<sup>21</sup> 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.

Figura 8.4 – Culto religioso realizado numa igreja zione: momento do sermão



Figura 8.5 – Culto religioso realizado numa igreja zione: momento da cura



### 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 relatos 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 al-tíssima, 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)

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)

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<sup>22</sup>) 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)

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.

<sup>22</sup> 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.

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).

“(…) 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)

Um pastor afirmou que a utilização das linhas<sup>23</sup> é fundamentada, entre outras passagens bíblicas, no livro dos Atos dos Apóstolos (Capítulo 21, versículo 8<sup>24</sup>), mas que qualquer objeto pode ser utilizado em sua substituição.

<sup>23</sup> 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)

<sup>24</sup> “Partindo no dia seguinte, chegamos a Cesareia e ficamos na casa de Filipe, o evangelista, um dos sete.<sup>9</sup> Ele tinha quatro filhas virgens, que profetizavam. <sup>10</sup> Depois de passarmos ali vários dias, desceu da Judeia um profeta chamado Ágabo. <sup>11</sup> 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’”. <sup>12</sup> Quando ouvimos isso, nós e o povo dali rogamos a Paulo que não subisse para Jerusalém. <sup>13</sup> 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)

“(…) 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, 5.º bairro da cidade de Chókwe)

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.

“(…) 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)

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).

#### 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<sup>25</sup> 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:

<sup>25</sup> 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)

“(…) 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)

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<sup>26</sup>, 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)

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.

“(…) 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 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)

<sup>26</sup> Ver subcapítulo 8.10 : Discurso sobre o papel dos *tinyanga*.

A relação entre os pastores ziones e os espíritos é bastante complexa e não foi um tema muito desenvolvido neste estudo<sup>27</sup>. 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<sup>28</sup>, ela tem como base uma passagem bíblica do Levítico (Capítulo 1 a Capítulo 5<sup>29</sup>).

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*<sup>30</sup>.

<sup>27</sup> Sobre este tema, ver Cavallo (2013).

<sup>28</sup> 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).

<sup>29</sup> 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)

<sup>30</sup> “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 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 Chókwe, 17 de Dezembro de 2011)

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<sup>31</sup>.

### 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 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:

<sup>31</sup> 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).

“(…) 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 seguintes 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 equipamen-

to 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: GARDE 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 apóstolo 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.

“(…) 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*<sup>32</sup> curam enfermidades relacionadas com a feitiçaria, “matam pessoas”, utilizam plantas e raízes nos seus tratamentos, utilizam cinza e raízes. Os membros das igrejas ziones souberam, unanimemente, declarar a realização de práticas terapêuticas e curas espirituais.

Num contexto em que os serviços biomédicos de saúde têm uma reduzida cobertura, 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.

<sup>32</sup> Expressão utilizada na gíria local e em *xiChangana* para se referirem aos membros da igreja zione e seus pastores.

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, comumente, 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<sup>33</sup>. 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<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> 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 .

<sup>34</sup> Ver capítulo III sobre Discursos sobre praticantes biomédicos.

Os testemunhos abaixo (entre muitos outros recolhidos) expressam um conhecimento superficial deste grupo de provedores que não demonstra qualquer abertura e interesse no estabelecimento de um diálogo ou colaboração:

“(...) Contacto assim direto nunca tivemos. Só que existem igrejas que se dizem curar algumas doenças como, por exemplo, estas 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)

“(...) 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 onipotente, 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<sup>35</sup>, 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)

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

<sup>35</sup> 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.

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.

## 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 Chókwe 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.