



Ana Rita Sequeira

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

Centro de Estudos Internacionais

Capítulo VI - Malária: uma perspetiva local

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>

Refêrencia eletrónica

SEQUEIRA, Ana Rita. *Capítulo VI - Malária: uma perspetiva local* 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/494>>. ISBN : 9789898876928.

CAPÍTULO VI

MALÁRIA: UMA PERSPETIVA LOCAL

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

6.1 Doença: desequilíbrios biológicos e nas relações interpessoais

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

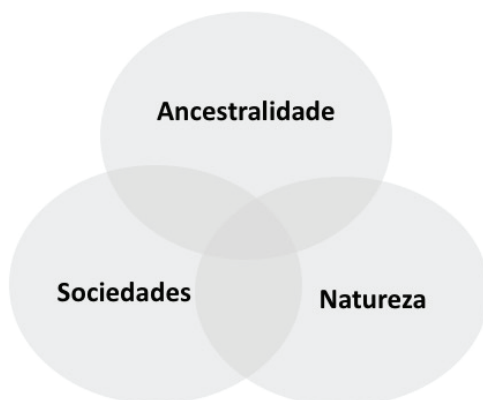
Para Honwana, a ancestralidade exerce um controlo de ordem social, dado que a morte não fratura a relação entre os indivíduos, continuando a existir entre os mortos e os vivos uma troca de obrigações. Através da relação com os antepassados, garante-se o equilíbrio das forças espirituais responsáveis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

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

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

As tomadas de decisões, o posicionamento das pessoas e as relações sociais devem ser considerados à luz desta ordem tridimensional, o que contrasta, significativamente, com a formação do indivíduo, no século XVIII, nas sociedades europeias, da qual a Biomedicina, também, faz parte¹.

Figura 6.1 – As três dimensões da ordem social



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

No desequilíbrio destas três dimensões, emergiram do trabalho de campo três categorias locais relacionados com a representação da enfermidade: a “doença do hospital²”, a “doença da tradição³” e a feitiçaria (*kuloia*). Esta subdivisão não é

¹ Ver capítulos anteriores sobre a fundação da Biomedicina.

² Expressão utilizada na gíria local.

³ Expressão utilizada na gíria local.

exclusiva da sociedade moçambicana, sendo possível revê-la noutras sociedades (Foster, 1976: 775-776⁴; Sindiga, 1995a: 64-66⁵).

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

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

6.2 A “doença do hospital”

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

Para a maioria dos entrevistados, “naquele tempo”⁶ não existia uma divisão entre “doença da tradição” e “doença do hospital”, porque, de um modo geral, o curandeiro era o único e principal provedor de cuidados de saúde e mediador que permitia o restabelecimento da ordem e equilíbrio entre o mundo dos vivos e dos mortos. “Naqueles tempos” não havia *malária* para alguns dos meus interlocutores, porque essa patologia não fazia parte do seu léxico, nem as relações sociais mantidas lhes davam a conhecer tal enfermidade. Com algumas exceções e, em relação àqueles que viviam e trabalhavam nas áreas ocupadas pela população branca, a malária ou o paludismo era “doença de brancos” e era curada nos hospitais e centros de saúde.

⁴ Foster considera a existência de duas ordens na génese das enfermidades: naturalísticas (equivalente à “doença do hospital”) e personalísticas (inclui o que se designa neste estudo de “doenças da tradição” e feitiçaria)

⁵ Sindiga, estudando a etnia Luo, (localizados na Tanzânia, Quênia e Uganda) identifica a existência de 3 tipos de etiologias: as relacionadas com o ar, a água e alimentos, as provocadas por humanos (inclui a feitiçaria) e as causadas por *living-dead* que, de acordo com a explicação apresentada pelo autor, se poderá comparar aos antepassados.

⁶ Expressão utilizada referindo-se a um passado remoto, pré-colonial e colonial.

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

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

Atualmente, as “doenças do hospital” caracterizam-se por serem aquelas enfermidades em que os interlocutores reconhecem o poder terapêutico da biomedicina e cuja etiologia pode estar ligada ao incumprimento de medidas preventivas de saúde coletiva e individual, amplamente divulgadas em campanhas e atividades de promoção de saúde, como o não uso da rede mosquiteira, a não limpeza do espaço envolvente à habitação, uma deficiente higiene pessoal e o consumo de água imprópria. Adaptando as causas “naturalísticas” de Sindiga (1995a: 66), as “doenças do hospital” foram descritas referindo-se a sua etiologia, em especial ao ar, água, alimentos, mudanças climáticas e à dureza física da vida em meio rural (atividades realizadas nas *machambas*⁷, o transporte de água e a “queima de carvão”⁸).

Relativamente aos sinais e sintomas associados às “doenças do hospital”, destaca-se um quadro clínico muito semelhante à patologia da malária (perspetiva biomédica) e que não é exclusivo desta, como a existência de febre, encefaleias (dores de cabeça), diarreias, dores nas articulações, vômitos, fraqueza, tonturas e vista turva. Ainda que a sintomatologia possa ser, facilmente, relacionada com as

⁷ Sinónimo de terreno para a prática da agricultura.

⁸ “Queimar carvão” é uma das ocupações a que muitas pessoas recorrem, consistindo no corte de ramos e troncos de árvores e na cobertura de toda essa madeira com areia, seguida da sua queima. A incineração lenta desses lenhos permite a criação de carvão vegetal que é, posteriormente, ensacado e transportado para os grandes centros urbanos. Em 2012, a compra de um saco grande de carvão, na cidade de Chókwè, custava entre 150 a 200 meticais, enquanto que o mesmo saco poderia custar, na cidade de Maputo, entre 600 a 700 meticais. A variação cambial entre 2008 e 2013 situou-se, aproximadamente, entre os 34 e os 42 meticais por euro e entre os 24 e 30 meticais por dólar americano. As conversões cambiais apresentadas, ao longo do trabalho, consideram um euro equivalente a 40 meticais.

“doenças do hospital”, a sua definição é, por vezes, ambígua e pouco clara para uma investigadora que procura encontrar uma lógica inteligível no discurso dos seus interlocutores. A título ilustrativo, diarreia, febre ou encefaleia (à partida definíveis como sintomas de “doença do hospital”), se associadas a algum evento familiar, a um conflito, a uma suposta quebra de tabus sociais ou a uma sucessão de acontecimentos infaustos, podem ser qualificadas como indícios de uma “doença da tradição” ou feitiçaria.

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

A designação de “doença do hospital” poder-se-á considerar recente na nosologia local e decorre de dois fatores que pude identificar, ao longo do trabalho de campo. Em primeiro lugar, a crescente exposição da população aos cuidados biomédicos e às campanhas de educação para a saúde (num modelo biomédico), promovidas por Organizações Não-Governamentais e pelos Centros de Saúde, principalmente no pós-Acordos de Roma (1992) e que se intensificaram com as cheias de Fevereiro de 2000 e a ajuda humanitária mobilizada. Em segundo lugar, uma reconhecida maior eficácia terapêutica no uso de fármacos (em contraste com os medicamentos convencionais e locais, feitos à base de raízes e plantas) e do custo associado ao seu acesso⁹. Muitas vezes admite-se que a “doença do hospital” pode ser curada através dos dois sistemas etnomédicos (biomedicina e medicina tradicional). No entanto, muitos dos entrevistados, apesar de reconhecerem e valorizarem a medicina tradicional herbalista, declaram que a preparação e o período de tratamento são mais reduzidos e menos dispendiosos no centro de saúde do que recorrendo ao *nyanga*. Por isso, consideram mais vantajosa a

⁹ As taxas cobradas, por consulta, referem-se a 1 metical (0,02€) e, por receita, são cobrados 5 meticais. No entanto, no caso da malária, o tratamento (anti-malárico e paracetamol) é gratuito para todos os grupos etários. Ao nível da consulta pré-natal, em que é distribuído o sal ferroso, um medicamento para a profilaxia da malária (Tratamento Intermitente Preventivo) e uma rede mosquiteira (REMILD) não há qualquer encargo monetário para a mulher grávida.

escolha deste provedor para todos aqueles que vivam perto do centro de saúde ou consigam, facilmente, aceder-lhe.

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

À semelhança de estudos realizados na África Austral (Erhun, Agbani e Adesanya, 2005: 26; Pool *et al.*, 2006: 1672; Hlongwana *et al.*, 2009: 7), no distrito de Chókwè, a *malária* é, em termos gerais, considerada uma “doença do hospital”, e os doentes e familiares procuram tratamento nos Centros de Saúde, confiando e reconhecendo, na biomedicina, os meios e conhecimento necessário para lhes garantirem a cura.

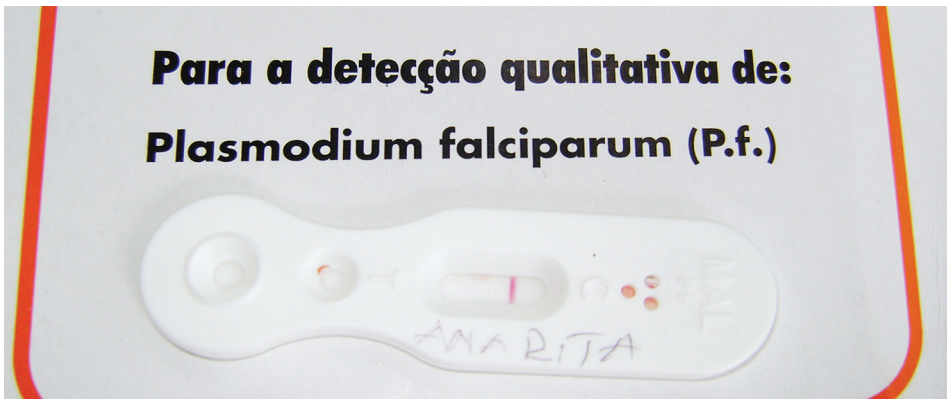
Em suma, o reconhecimento das “doenças do hospital” afirma-se como o resultado de uma apropriação progressiva e adaptada de novos conhecimentos e práticas na área da saúde, que é manipulada e dinâmica, respondendo às interpretações e significados elaborados na teia de relações tridimensionais (sociedade, natureza e ancestralidade), atribuídas pelos atores e instituições (linhagem, igreja, grupo agrícola, entre outros). Citando Honwana: “(...) A dicotomia cartesiana, que separa, de forma rígida, o corpo e a mente, não se aplica neste contexto particular. Aqui o conceito de doença (expressão utilizada por Honwana) é holístico e preconiza a interdependência entre o corpo e a mente, ou seja, o efeito dos aspetos sociais e emocionais sobre os aspetos físicos” (Honwana, 2002: 208).

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

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

falsos positivos¹⁰ e o falsos negativos (Ishengoma *et al.*, 2011), uma reduzida sensibilidade em contextos de baixa densidade parasitária, uma imprevisível reação à humidade e ao calor e a existência de resultados positivos durante quatro semanas após o tratamento, o que dificulta o diagnóstico de reinfeção. Atualmente, estes instrumentos fazem parte do Serviço Nacional de Saúde de muitos países, onde a doença é endémica, e, em países como a Tanzânia, poderão vir a ser vendidos ao público, em farmácias (Kamat, 2008).

Figura 6.2 – Teste de Diagnóstico Rápido da Malária



Fonte: Cortesia de Ana Rita Chico.

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

O presente subcapítulo tem como objetivo analisar essa informação. Contudo, na investigação, não será feita qualquer distinção entre conhecimentos e práticas que podem ser consideradas científicas e descritivas, nem entre os conhecimentos e práticas consideradas não-científicas. Consequentemente, as tecnologias a que recorrem os provedores de cuidados de saúde, por exemplo, o *tinhlolo*¹¹, os espelhos utilizados pelos *tinyanga* ou, ainda, os TDR utilizados pelos provedores biomédicos, possuem o mesmo valor analítico (Coulon, 1995: 12-14).

¹⁰ O teste é incorrecto, quando se obtém um resultado positivo na ausência da doença (Falso Positivo). O teste é incorrecto, quando se obtém um resultado negativo na presença da doença (Falso Negativo).

¹¹ Conjunto de conchas, sementes de canhu, ossos de vários animais como o cabrito, a zebra, a girafa, o cudo, assim como placas ósseas da carapaça dorsal de tartarugas.

O conhecimento biomédico, baseado no paradigma do progresso científico, é considerado uma ideologia dominante que emerge da investigação biomédica dos países desenvolvidos¹² e que, conseqüentemente, gera tecnologia biomédica. A sua integração nos cuidados de saúde biomédicos reforça a ideia de uma medicina que acompanha o progresso, o crescimento económico e o bem-estar das sociedades, ao mesmo tempo que concretiza e objetiva a prática clínica. Segundo Brijnath e Manderson, a tecnologia confere concretude ao diagnóstico médico que poderia ser contestado (2011: 515). Apesar da medicina moderna estar em constante debate, na perspetiva do paciente estes elementos classificam o conhecimento biomédico como aparentemente infalível e incontestável, limitado ao corpo humano e aos seus processos bioquímicos.

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

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

Se, com base no paradigma do processo e crescimento, a tecnologia confere materialidade e objetivação à biomedicina, isto não significa que os seus significados e interpretações sejam imutáveis e estáticos. Como refere Arjun Appadurai em relação aos bens:

“(…) The social history of things and their cultural biography are not entirely separate matters, for it is the social history of things, over large periods of time and at large social levels that constrain the form, meaning and structure of more short-term, specific and intimate trajectories” (1986: 36).

Essas trajetórias e significados singulares vão ao encontro do que Hans Hahn defende de os bens globais (*global commodities*) adquirirem definições locais quanto ao seu valor, ao modo de utilização e aos significados (Hahn, 2004: 216). A apropriação local de tecnologia biomédica denota essa transformação em relação ao próprio lugar, desde a adequação linguística ao objeto médico, passando pelos novos significados que emergem dos diversos atores sociais e contextos (Kotwal,

¹² Ver *Global Forum for Health Research* (2004).

2005¹³; Müller- Rockstrohn, 2007¹⁴; Granada *et al.*, 2011¹⁵; Bingham *et al.*, 2012: 5; Prue, 2013¹⁶). Como van Dijk refere:

“(...) Since the previous “social life” of such commodities is unknown to the local cultures which consume them (...) commodities appear to be enchanted, and to function in local systems as if they possessed a will of their own.” (van Dijk, 1999: 71).

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

Apesar das políticas de saúde estarem veiculadas a atores internacionais, designadamente a OMS, outras agências das Nações Unidas e outros financiadores que têm um papel normativo, a diversidade e as especificidades do contexto deveriam reforçar a adoção de estratégias tangíveis, contextualizadas e realistas. Os programas “Standard Operating Procedures (SOP)” e “SMS for life”¹⁷ são bons exemplos de adaptações e estratégias locais de fortalecimento do sistema de saúde (Programa de Controlo da Malária) na Tanzânia (Masanja *et al.*, 2011).

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

¹³ Sobre as injeções e sua utilização por diferentes provedores de saúde.

¹⁴ Sobre a introdução de ecografias nas consultas pré-natal, na Tanzânia e no Gana.

¹⁵ Sobre a apropriação do conceito de malária para a definição local de enfermidade – *palu*.

¹⁶ Sobre o uso de telemóveis na deteção e pedido de apoio biomédico, nas comunidades remotas e sem acesso a cuidados de saúde.

¹⁷ A iniciativa “SMS for life” recorre ao uso de telemóveis e à georeferenciação para reportar as quantidades de anti-maláricos existentes numa determinada unidade sanitária, permitindo que haja uma constante monitorização por parte das instituições de saúde, a jusante, tendo em vista a prevenção da falta de anti-maláricos.

225). De acordo com os dados recolhidos, as definições locais do uso de tecnologia enfatizam a agência local dos atores e grupos sociais.

6.3.1 Tecnologia como política

O historial dos TDR remonta a 1999, quando a OMS promove uma consulta informal sobre esses testes, tendo sido identificados vários produtos a serem comercializados (OMS, 2003: 1). Em 2003, persistiam algumas reservas quanto aos meios de garantir a qualidade dos TDR, no que se refere ao fluxograma dos ensaios clínicos, ao haver testes para as várias espécies de parasita, à existência e validação de protocolos de tratamento, assim como ao meio de garantir as condições da sua conservação, em contextos adversos (OMS, 2003: 35). Em 2003, não obstante algumas dúvidas, os TDR já estavam integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) de alguns países (incluindo a África do Sul) e havia 215 marcas a comercializá-los.

De acordo com o discurso biomédico internacional, a aplicação dos TDR atendia à necessidade de evitar o diagnóstico incorreto da malária (Williams *et al.*, 2008; Hume *et al.*, 2008¹⁸; Nankabirwa *et al.*, 2009; Chandler *et al.*, 2010; D'Acromont *et al.*, 2011; Ansah *et al.*, 2013;) que estaria na origem, entre outros fatores, do aumento da resistência dos parasitas a medicamentos mais acessíveis, conduzindo à adoção de terapias combinadas mais dispendiosas (OMS, 2006a: 1), assim como à demora do diagnóstico correto e ao aumento dos custos indiretos que as repetidas visitas e provedores consultados representam (Hume *et al.*, 2008: 8).

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

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

¹⁸ Neste estudo, realizado em Moçambique, com uma amostra de 535 doentes diagnosticados com malária clínica, concluiu-se que 77% das crianças e 69% dos adultos obtiveram resultados positivos (confirmação da parasitemia através de microscopia) (Hume *et al.*, 2008: 3). 53% dos pacientes procuraram apoio médico, após a consulta inicial, tendo 25% recorrido à medicina tradicional. Três semanas depois, 28% dos doentes continuava à procura de apoio médico (Hume *et al.*, 2008: 6).

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

A soberania das decisões do Ministério da Saúde, enquanto instituição tutelar, fica restringida ao orçamento disponível (critério de custo-oportunidade), às recomendações da OMS, aos resultados de projetos-piloto e à investigação implementada pelas ONGI, ONGN e pelo próprio Programa Nacional de Controlo da Malária. Desta forma, dados os constrangimentos financeiros e o poder dos atores envolvidos, o Ministério da Saúde vê a sua capacidade de decisão limitada.

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

A nível nacional, os documentos estratégicos procuram enquadrar as recomendações e contribuições de vários atores, designadamente o Ministério da Saúde, as ONGI e ONGN, agências de cooperação, agências das Nações Unidas e profissionais de saúde. O discurso de intervenção, a este nível, pode ser ilustrado pelo objetivo 3, do Plano Estratégico da Malária 2012-2016¹⁹ que, enquanto política, está diretamente relacionado com a apropriação local e o surgir de novos conhecimentos sobre os TDR.

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

¹⁹ "(...) Objetivo 3: Até 2014, testar 100% dos casos suspeitos de malária que se apresentem nas Unidades Sanitárias (US) e comunidades (APE – Agente Polivalente Elementar) e tratar de acordo com as normas nacionais. Estratégia 1: Consolidação do uso de TDR (Testes de Diagnóstico Rápido) nas US do SNS e sua expansão para a comunidade através dos APE. É necessário realizar a procura e aquisição de TDR para a sua distribuição às US do SNS e todos APE. O sistema de logística dos TDR, também, deve ser reforçado. Os profissionais de saúde bem como os APE devem beneficiar de formação contínua e deve-se, ainda, implementar o sistema de controlo de qualidade para o diagnóstico rápido da malária (realização dos testes)." (Ministério da Saúde, 2012: 28).

ção, em teoria, do diagnóstico clínico de malária, ou seja, a prescrição de antimaláricos, com base na sintomatologia apresentada pelo paciente.

6.3.2 Discursos e práticas dos doentes e familiares

A introdução da nova biotecnologia teve repercussões nos conhecimentos e práticas dos doentes e dos provedores de cuidados biomédicos. Apesar dos significados dos sinais e sintomas da malária poderem ser atribuídos a outras etiologias (feitiçaria e “doença da tradição”), de um modo geral e de acordo com os dados recolhidos, a malária é considerada uma “doença do hospital”, e os doentes e seus familiares, ao identificarem os sintomas da doença, recorrem aos Centros de Saúde, a uma loja que vende medicamentos (Pool *et al.*, 2006: 1672) ou a um Agente Polivalente Elementar (APE). Com as cheias de 2000, a malária passa a fazer parte do quotidiano da sociedade de Chókwè e das mensagens veiculadas pelas autoridades governamentais e Organizações Não-Governamentais. Os seus sintomas e sinais são apresentados seguidos da expressão “Eu sei que isto é malária” ou “Isto só pode ser malária”.

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

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

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

Apesar da maioria dos testemunhos terem expressado uma aceitação geral do uso dos TDR e dos seus resultados, outros apresentaram uma perspectiva diferente sobre o assunto, questionado as conclusões, após o encontro clínico. Os resultados dos testes desafiam os conhecimentos biomédicos dos doentes e seus

parentes, frustrando as suas expectativas e o seu controlo sobre a saúde familiar. Para o doente que vê a sua suspeita de *malária* ser infirmada pelo resultado do teste, a presença de um mau espírito no seu corpo (possessão de um espírito) que, segundo eles, encobre o diagnóstico verídico sobre o seu estado de saúde, justifica uma ação na esfera espiritual, indispensável para um correto diagnóstico. Por essa razão, de modo a controlar este processo e alcançar o bem-estar, é decisivo agir na esfera espiritual.

No estudo realizado por Marsland (2007), na Tanzânia, também foram recolhidos testemunhos semelhantes, referindo que os atos de feitiçaria podem mascarar ou esconder uma doença considerada do hospital e, mesmo, bloquear a ação do tratamento biomédico (Marsland, 2007: 760). Muela *et al.*, concluíram que os feiticeiros podem criar “falsas malárias” quanto aos sinais e sintomas, assim como tornar os parasitas invisíveis e indetetáveis aos técnicos hospitalares (Muela *et al.*, 2002: 409-410). Nesses casos, segundo os seus informantes *tinyanga*, os provedores biomédicos deveriam encaminhar o doente para os curandeiros.

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

“Por vezes, as pessoas vão e fazem análises que dão negativo e dizem para ir ao curandeiro dar banho – banho em sangue de galinha misturado com remédio que se esfrega em todo o corpo. Se for um homem, abate uma galinha, se for uma mulher, abate-se um galo. Depois volta ao hospital para saberem se está doente.” (#39, curandeira, Chiaquelane)

A influência e o impacto que a feitiçaria e os maus espíritos operam na vida dos indivíduos e no seu bem-estar não são submetidos à tecnologia biomédica²⁰ nem ao conhecimento científico. A feitiçaria e a “doença da tradição” estão acima de toda a biomedicina, interpretações e significados. Daí que o tratamento providenciado nos Centros de Saúde é percecionado como ineficaz para uma enfermidade cuja origem seja um ato de feitiçaria e “doença de tradição”. Ao

²⁰ Ver também Makundi *et al.* (2006) sobre as convulsões e os maus espíritos que estão na sua origem e que devem ser retirados para que o tratamento biomédico alcance os resultados esperados (Makundi *et al.*, 2006: 4-5).

contrário dos trabalhos de Bauch *et al.*, em que o descrédito nos TDR pode conduzir à automedicação (2013: 8), neste estudo os resultados dos testes expressam a confiança na biomedicina para o tratamento de uma “doença do hospital”. Os TDR não são objetos independentes, apesar da confiança que pacientes e seus familiares depositam neste método, e é da responsabilidade do doente evitar a interferência dos maus espíritos no diagnóstico biomédico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se, na “doença do hospital”, nos deparamos, frequentemente, com uma falha e qualquer tipo de disfuncionalidade biológica e orgânica – apesar de outros significados lhe poderem ser atribuídos – a “doença da tradição” remete-nos para um sentido de doença social, em que os indivíduos não veem satisfeitas as suas aspirações pessoais e sociais e, adicionalmente, quebram ou não respeitam regras sociais definidas entre si ou com os seus antepassados. A título ilustrativo, a fecundidade, enquanto geração de descendência (sentido biológico) e produtividade que garanta a sua sobrevivência e manutenção dos vindouros, assume uma centralidade ímpar no quotidiano destas sociedades²¹ e ultrapassa o sentido biológico que lhe possamos, inicialmente, atribuir (Whyte, 1997: 40). Um indivíduo não existe fora da sua linhagem, fora do seu grupo de origem e pertença, e é socialmente considerado incompleto, se não contribui para o esforço de manutenção da sua linhagem, através da descendência e da produtividade do

²¹ Na maioria das entrevistas, a nossa assistente e nós éramos confrontadas com uma questão fundamental que “desvendaria tudo” sobre a nossa identidade – casadas e quantos filhos?– Ambas tínhamos 28 anos e, apesar de eu ser casada, nenhuma de nós tinha filhos. Enquanto estrangeira, era-nos dado o “crédito” de ser de uma cultura diferente, com outros modos de pensar a vida. Já a Maria não tinha igual sorte e, frequentemente, foi aconselhada pelas nossas interlocutoras sobre a importância de ter uma família numerosa e de “não perder tempo com rapazes” que pudessem desviá-la desse objetivo.

seu trabalho, como garantia de subsistência dos seus membros. Nos jovens, o “ser deixado”, o desinteresse do parceiro sexual e todos os outros eventos que possam fazer perigar o esforço de ter filhos são sinais de alarme que deixam os indivíduos em desespero por colocarem em risco a sua primordial função de reprodução social e, nesse sentido, podem ser, também, considerados vítimas de “doença da tradição” ou feitiçaria.

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

Contudo, a não satisfação do “contrato social” mantido com os antepassados (do conhecimento dos próprios membros), a rutura com os laços e obrigações familiares e de parentesco podem originar enfermidades, má sorte, infertilidade e insucesso generalizado aos membros vivos do grupo de origem e pertença. De elemento de unidade e proteção da linhagem, os antepassados podem tornar-se a causa de infelicidade. É na manutenção da sua memória viva e no envolvimento de todos na sua perpetuação que se constrói e se mantém a relação com o outro mundo e se unem e fortalecem os laços entre os membros da linhagem.²² Como refere Feliciano: “(...) Nos rituais religiosos e mágicos, há sempre comida e bebida, a oferecer aos espíritos. Uma vez, para agradecer termos sido bem-sucedidos em processos analógicos, outras, para pedir o seu sucesso, logo no início de ciclo ou no seu reordenamento, em tempos críticos. Essas ofertas são, depois, consumidas por todos os participantes, em geral, pelos membros das linhagens a quem se deve colaboração no trabalho e pelos seus aliados na rede de trocas (Feliciano, 1998: 406).

Existem vários momentos, ao longo da vida de um indivíduo, em que assume particular relevância uma relação direta entre os seus antepassados e os

²² Uma amiga teve de se deslocar à cidade de Inhambane e aí a permanecer durante três dias de cerimónias em homenagem a vários familiares maternos e ao próprio pai. Foram “contratados” vários curandeiros para liderarem as cerimónias, abatidas cinco cabeças de gado bovino e comprado muito vinho. Apesar da cerimónia ter sido convocada devido uma série de acidentes rodoviários ocorridos com vários membros da sua linhagem materna, o contentamento e satisfação estavam estampados no seu rosto, face à oportunidade de ter tido contacto com tantos familiares que desconhecia existirem e por ter participado numa grande festa familiar.

membros da sua linhagem, destacando-se o nome do recém-nascido e o *lobolo*. Na escolha do nome para o bebé, a família espera que através do comportamento da criança – choro excessivo, agitação ou enfermidades – se confirme, ou não, a concordância dos antepassados com o nome atribuído. O *lobolo* é uma cerimónia realizada entre a família do noivo e a família da noiva, em que a primeira oferece presentes²³ e dinheiro à família da nubente e seus antepassados. Bénard da Costa considera o *lobolo* uma “prestação matrimonial, que pode ser repartida por tempos diferentes mas (...) com significados amplos e múltiplos (Bénard da Costa, 2002: 177)²⁴. Alguns autores encaram-na como uma forma de pagamento dos direitos reprodutivos e sexuais da mulher. De certo modo, subscrevemos esta posição, se verificarmos que a família do noivo exige o retorno do *lobolo*, quando uma mulher não concebe e, conseqüentemente, não assegura a reprodução social da linhagem. A não realização desta cerimónia, como ocorreu durante o período do socialismo, em que foi, mesmo, proibida, pode ser fonte de má sorte e enfermidade futura²⁵ para alguns dos membros do grupo geracional. O *lobolo* é considerado o casamento tradicional, precedendo sempre o casamento religioso e civil que, por vezes, não é realizado. Estes dois grandes momentos na vivência de uma linhagem continuam a fazer parte da “tradição” da sociedade moçambicana, apesar das adaptações e reconfigurações que sofreram, ao longo dos tempos.

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

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

²³ Gado bovino, capulanas, garrações de vinho, grades de cerveja e refrigerantes e roupa para os vários familiares da noiva vestirem no dia do casamento, entre outros.

²⁴ Sobre as alterações na família e o *lobolo* em meio periurbano, ver Bénard da Costa (2002).

²⁵ Ver Bagnol (2008: 265-267) e Kamp (2011: 120-122).

A não realização da cerimónia denominada de *cutxinga*²⁶ pode originar várias enfermidades e infortúnios, mas existem outras circunstâncias como a abaixo mencionada:

“Esta doença (paralisia de uma perna) foi provocada, porque a minha mãe fez relação sexual com o meu pai, naquela casa, naquela esteira²⁷. Se não fosse isso, a minha mãe ou o meu irmão estariam mortos. (...) A minha mãe informou o meu pai para fazer certas vacinas²⁸, essas vacinas tinha que se fazer num sítio um pouco difícil²⁹ e que uma pessoa não pode aceitar. A minha mãe aceitou, o meu pai aceitou, mas aquela mulher não aceitou aquela parte que era mais... e não aceitou. E eu fiquei assim. Mas eu nem conseguia andar, melhorei um pouco.” (#145, mulher, 5º bairro da cidade de Chókwè)

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

Para além da reciprocidade e obrigações existentes entre os espíritos dos antepassados e a sua descendência, há outros espíritos não-linhageiros que, também, se manifestam junto dos indivíduos. No século XIX, o sul e centro de Moçambique foram ocupados por três diferentes povos: os *Nguni* vindos do estado Zulu que emigraram para Moçambique e dominaram os povos que foram encontrando, submetendo o grupo *Tsonga*, que foram aculturados (Honwana, 2002: 56), e os *Ndau*³⁰, em que poucos aceitaram a aculturação (Honwana, 2002: 56). Depois das guerras de *Sotshangane* e *Nghunghunyane*, que tiveram como objetivo impor o domínio *Nguni*³¹ na região, o fenómeno *mpfhukwa* generalizou-se no sul de Moçambique, e a explicação reside no facto de os militares e outros mortos nestas guerras, em território *tsonga*, não terem sido devidamente “chorados” (pelas suas famílias) e enterrados, estando as suas almas agitadas (Honwana, 2002: 64). A título explicativo, cito um excerto de uma entrevista de Honwana:

²⁶ De forma resumida, a *cutxinga* é um ritual de purificação de uma viúva, através de relações sexuais com um dos irmãos do recém-falecido marido. Esta cerimónia tradicional é, amplamente, citada nas estratégias do Ministério da Saúde para a prevenção da transmissão do VIH/SIDA.

²⁷ Com quem ele mantinha relações sexuais.

²⁸ Realização de incisões, com uma lâmina, em locais-chave do corpo, e sequente emprego de um remédio tradicional sobre elas.

²⁹ Referência ao órgão genital masculino e feminino.

³⁰ Os *Ndau* localizavam-se junto à fronteira com o Zimbabwe, na região onde, atualmente, se localiza a província de Manica e o norte da província de Inhambane.

³¹ “(...) Devido à superior organização militar, os *Nguni* conseguiram conquistar outros grupos e criar o seu próprio império. Mussapa foi a primeira capital do Estado de Gaza que, mais tarde, se mudou para *Mandhlakasi*. O estado de Gaza é recordado como uma formação social complexa, com uma sociedade central poderosa e sociedades adjacentes submetidas a vários graus de dominação na periferia” (Honwana, 2002: 56).

“(…) Tongandgi foi um guerreiro muito amigo do meu avô Mudumanhane. Quando morreu, fez kupfhkwa na nossa família, mas não matou ninguém, limitou-se a causar alguns problemas para atrair a nossa atenção. Quando um médium o apanhou, disse que era amigo do meu avô e pedia um lugar para ficar, pois encontrava-se muito longe de casa. Disse acreditar que a família do amigo iria cuidar bem dele e que ele, também, iria ajudar realizando algum trabalho para a família. Pediu uma palhota e uma rapariga³² para tomar conta dele”. (Honwana, 2002: 65)

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

De igual modo, a guerra civil em Moçambique originou muitos espíritos agitados e deslocados das suas aldeias de origem, espíritos esses que foram referidos em conversas com amigos, mas que nunca foram mencionados durante as nossas entrevistas, ou se foram, nunca pudemos aceder ao seu real significado. Granjo, que participou em cerimónias de purificação dos veteranos de guerra, apresenta-nos uma nova perspetiva sobre a importância da purificação dos locais, onde poderão ter sido abandonados espíritos sem rumo e que podem entrar em contacto com os viajantes e segui-los no regresso a casa (Granjo, 2011: 66).

Ainda que o fenómeno da enfermidade seja de difícil delimitação conceptual, a “doença da tradição” pode estar associada à incapacidade em gerar descendência e sua manutenção, e ao não alcance do bem-estar em termos gerais, que se pode manifestar através da dificuldade em obter um emprego, insucesso de um negócio, destruição de uma produção agrícola, entre outros. Nestas circunstâncias, os indivíduos, ao consultarem um *nyanga* ou ao reunirem o seu grupo familiar (linhagem ou agregado familiar mais coeso), interpretam a enfermidade (fisiológica e social) como um sinal de descontentamento por parte dos antepassados, por parte dos espíritos errantes ou pelo incumprimento de tabus sociais.

6.5 A feitiçaria

“Não há morte natural. Isto aqui basta morrer alguém que foi morto por alguém”.
(#146, homem, 5º bairro da cidade de Chókwe)

³² Sobre as mulheres dos espíritos (*spirit spouse*), em espaço urbano, ver Kamp (2011: 133-159) e, em espaço rural, ver Farré (2010: 9).

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

Numa fase inicial da minha estadia, em Moçambique, essa questão foi, superficialmente, abordada por alguns amigos e conhecidos e centrava-se no seu receio de se depararem com animais selvagens, quando caminhavam, à noite, entre aldeias. Consideravam que estes animais não o eram verdadeiramente, pois não passavam de feiticeiros que se transformavam³³ e que atacavam as suas vítimas, destruíam campos agrícolas ou se cruzavam com aqueles que aproveitavam as noites para caminharem até à vila mais próxima. O efeito surpresa destes encontros, o seu carácter oculto e secreto, e os danos causados originavam um sentimento predominante de apreensão e medo, sempre que se referiam a cobras, leões, crocodilos e hipopótamos³⁴. Aliás, as cobras são um animal temido quer pelo seu efeito mortífero quer pelas consequências que podem advir de um encontro inesperado com elas³⁵.

Com o início da realização das entrevistas semiestruturadas e grupos focais, as referências às enfermidades causadas por feitiçaria tornaram-se mais frequentes e, apesar de não constituírem um tabu social, a explicação dos seus factos e significados recorre a uma linguagem ambígua e abreviada, de leitura nas entrelinhas, como se todos os envolvidos no encontro fossem dotados de uma matriz descodificadora da mensagem ou se existisse interesse em manter essa ambiguidade e incerteza. Era óbvio que não conhecia, nem dominava esta metalinguagem e, apesar de muitas vezes, questionar o “óbvio”, a utilização do humor e a desculpa de “não existir feitiçaria no meu país” permitiu-me aproximar dela e abordá-la,

³³ Harry West, no trabalho de campo realizado no norte de Moçambique, analisa amplamente este fenómeno (West, 2009: 238).

³⁴ No segundo semestre de 2011, várias notícias foram publicadas sobre um hipopótamo que se acreditava ser o régulo recém-falecido, na aldeia de Pinda. “ (...) Por vezes, o “Régulo-hipopótamo” sai da água, passeia pela povoação de Dambuenda, sem fazer mal aos seus súbditos, consome vários alimentos, incluindo bebidas alcoólicas, além de brincar com crianças da zona. O insólito tornou-se um fenómeno de atracção para os residentes locais e pessoas que usam a travessia do rio Chire, de Pinda para Mutarara e vice-versa. O Governador da Zambézia, Francisco Itai Meque, que se deslocou ao local, disse que foi informado de que é tradição, naquela família, as pessoas transformarem-se em animais, depois da morte. A Meque foi garantido que os anteriores régulos, já falecidos, se transformaram, também, em leões ou cobras, conforme a sua escolha”. (Jornal A Verdade, 24.10.2011, Redacção)

³⁵ A título exemplificativo, recordamo-nos do caso de um recém-formado técnico de saúde que foi destacado para uma aldeia muito remota, onde o centro de saúde estava fechado há vários meses. Num curto espaço de tempo, viu três vezes uma cobra: uma foi avistada dentro do centro de saúde onde trabalhava sozinho, outra dentro da sua latrina e, por fim, uma dentro da sua casa. A família ordenou-lhe que saísse daquela aldeia e ele passou a trabalhar no centro de saúde da sede distrital, uma vez que os parentes defendiam que os curandeiros daquela aldeia não queriam que ninguém prestasse cuidados de saúde (biomédicos), para assim terem o monopólio da área. Em termos institucionais, a alteração de um destacamento de um funcionário público devido à natureza destes argumentos implicou a realização de várias reuniões com os líderes locais, curandeiros e população, para se encontrar uma solução que, sem colocar a vida do funcionário em perigo, beneficiasse aqueles que não tinham acesso a cuidados biomédicos.

sem preconceitos. No entanto, ao longo do trabalho de transcrição das entrevistas e do diário de campo fomos tomando consciência que esta matriz apenas nos ajudava a compreender parte do fenómeno de feitiçaria, uma vez que as inúmeras especulações e interpretações, resultado da leitura social e múltipla dos discursos, das ações e dos silêncios que ocorrem nas relações interpessoais, completam a sua análise social e estão assentes na cultura e memória coletiva dos grupos. A declaração de feitiçaria que opõe pais e filhos, maridos e mulheres, sogras e noras, irmãos, enteados³⁶, vizinhos, colegas de trabalho e demais parentes é composta por duas dimensões. Uma tangível e que é materializada através de um acidente, uma enfermidade, um roubo, a infertilidade, a má sorte, o insucesso profissional, a dificuldade em alcançar algo que se deseja ou a morte e outra intangível, ambivalente e subjetiva, resultado dos significados atribuídos aos acontecimentos, às relações sociais mantidas entre os pares, ao cumprimento das expectativas sociais do grupo e aos significados sobre os factos relatados, entre outros.

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

No decurso deste diagnóstico social que busca uma etiologia para a enfermidade ou infortúnio e, considerando a hipótese de ser um ato de feitiçaria, imediatamente se avalia o agente, a identidade que está na sua origem, “um quem”, como refere Helgesson (1971 *apud* Passador, 2011: 42). Na incapacidade de determinado grupo aferir o causador do sortilégio ou para confirmar alguma suspeita, a consulta dos curandeiros³⁷ torna-se essencial e determinante.

³⁶ Fisiy e Geschiere viriam a designar a “feitiçaria como o lado obscuro da linhagem” (1996: 197).

³⁷ A utilização do termo curandeiro, em relação à feitiçaria, deve-se, tão-somente, à aceitação de uma indefinição conceptual que foi encontrada, ao longo do trabalho de campo. Ainda que Honwana caracterize os curandeiros em três grupos - *nyanga*, *nyangarume* e *nyamusoro* (Honwana, 2002: 74), durante o nosso trabalho de campo, a sua utilização era subjetiva (aparentemente contraditória), de acordo com os significados atribuídos por cada interlocutor, muitas vezes recorrendo apenas à expressão *nyanga*. Ao longo do trabalho de campo, compreendi que esta indefinição conceptual permite a conjugação de múltiplas identidades, por parte do curandeiro (*nyanga*), porquanto não diferencia aqueles que “só trabalham com plantas”, os que “trabalham com os espíritos”, os feitiçeiros e os “fazem tudo mas não matam”, ou seja, permite-nos uma atitude de maior neutralidade e sem juízos, na medida em que, socialmente, os curandeiros são associados às forças ocultas e com efeitos negativos sobre outrem.

Com o primeiro contacto entre os povos europeus e os povos indígenas do continente africano, asiático e americano e com o desenvolvimento das primeiras teorias evolucionistas de Charles Darwin, decalca-se o modelo naturalista para as sociedades e seus povos, onde aquelas são classificadas por ordem hierárquica³⁸. Em 1937, Evans-Pritchard publica *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande* sublinhando a racionalidade do pensamento do povo *zande* e a sua lógica associada à feitiçaria. “(...) É de se esperar que uma caçada de um homem seja prejudicada por feiticeiros, mas ele dispõe de meios para os enfrentar. Quando surgem adversidades, o caçador não fica aterrorizado perante a ação de forças sobrenaturais, não fica apavorado pela presença de um inimigo oculto, fica sim aborrecido. (...) O que ele atribuiu à feitiçaria foi que, nessa ocasião em particular, apesar da cautela que sempre tem, bateu com o pé no tronco.” (1978: 57-60). O feitiço é responsável pela coincidência e pelo acaso. Por que motivo é que determinado infortúnio ocorreu precisamente naquele dia, quando o indivíduo atuou do mesmo modo no dia anterior e nada aconteceu? Evans-Pritchard destaca, também, a lógica subjacente às noções místicas: “ (...) são eminentemente coerentes, inter-relacionadas por uma teia de ligações lógicas e ordenadas de tal modo que nunca contradizem diretamente a experiência sensível – pelo contrário, a experiência parece justificá-las” (1978: 199).

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

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

³⁸ Ver Edward Taylor, *Primitive Culture* (1871); Lewis Morgan, *Ancient Society* (1877); e, Levy-Bruhl, *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures* (1910).

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

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

Esta crescente mobilidade dos curandeiros, verificada entre as várias províncias de Moçambique, reconfigura as relações interpessoais e gera novos conflitos e oportunidades no seio familiar de origem. Como refere Appadurai:

“(...) to say that globalization is about a world of things in motion somewhat understates the point. That various flows we see – of objects, persons, images and discourses – are not coeval, convergent, isomorphic, or spatially consistent. They are in what I have elsewhere called relations of disjuncture. By this I mean that the paths or vectors taken by these kinds of things have different speeds, axes, points of origin and termination, and varied relationships to institutional structures in different regions, nations, or societies. Further these disjunctures themselves precipitate various kinds of problems and frictions in different local situations (2000: 5).

Tal como foi apresentado no capítulo IV, foi desde o período colonial que a proximidade e busca de oportunidades de trabalho na África do Sul criaram novas oportunidades para os moçambicanos. Atualmente, muitos dos emigrantes recorrem à medicina tradicional dos curandeiros, para terem sorte e proteção

no seu trabalho, “encontrarem um bom patrão branco” e “assaltarem carros³⁹, casas e pessoas, sem serem presos”. Michael Taussig, na sua etnografia, realizada junto dos mineiros da Bolívia, ajuda-nos a compreender a importância e o aspeto central dos rituais de proteção para um grupo profissional sem outros meios de subsistência: “(...) *Peasants own their means of production, miners do not. Peasants control the organization of work, miners are in constant conflict with managers over job control and wage levels. Peasants combine production for subsistence with some sale of produce, miners are totally dependent on the labor market*” (Taussig, 1980: 223). Em termos comparativos, todos aqueles que arriscam procurar o seu sustento e sobrevivência, nos centros urbanos sul-africanos e nas minas, qualquer que seja a atividade desempenhada, sabem que ela depende, diretamente, do seu trabalho, num local onde não há um espaço de cultivo e as redes de solidariedade, ainda que existentes, são mais porosas e limitadas. As múltiplas incertezas associadas à migração proporcionam a busca de proteção dos antepassados, tendo os curandeiros um papel ímpar, nesta conjuntura, assim como no sanar de enfermidades e na administração de plantas medicinais.

“ (...) Tenho mais pessoas, agora, principalmente quando me desloco para a África do Sul. Uns querem ter sorte no emprego, outros para vender nas suas barracas. Aí faço um bom dinheiro. O que tenho tratado muito, lá, são os casos em que a pessoa quer roubar sem ser apanhado. Terem sorte na venda dos seus produtos, como nas barracas e salões. Lá, trabalho com várias pessoas, não só com moçambicanos, também com sul-africanos, com várias pessoas de outros países. Basta saber que estou lá e aí aparece muita gente e sou muito famoso.” (#100, curandeiro, Cumba)

A história de Felicidade⁴⁰ é elucidativa da transformação das relações sociais decorrentes das dinâmicas da atualidade quer conferindo um maior poder de negociação no seio familiar, consequência da emancipação económica, quer

³⁹ Se, no passado, Chókwè conservava a imagem de ter sido o celeiro de Moçambique, na atualidade, é, também, conhecida como uma das cidades que vende carros roubados na África do Sul (“carros quentes”), que entram pela fronteira a norte da província de Gaza. Semanalmente, era possível ver carros topo de gama a circularem pelas estradas empoeiradas da cidade.

⁴⁰ Chamemos-lhe Felicidade. É curandeira numa aldeia do distrito de Chókwè, casada e com vários filhos. Ao longo da entrevista, quando a questionávamos sobre assuntos da atualidade da sua aldeia, dava-nos respostas vagas. Só mais tarde, referiu que passa grande parte do seu tempo na África do Sul a trabalhar como curandeira. Há alguns anos, esta realidade levou-a a sugerir ao marido que procurassem uma segunda esposa, uma vez que os seus prolongados períodos de ausência na África do Sul não permitiam um acompanhamento constante nem do trabalho agrícola, nem dos filhos, nem sequer da preparação das refeições. O marido concordou, e coube a esta curandeira a escolha da segunda mulher, assim como o pagamento do *lobolo* à família dela. Neste momento, afirma poder dedicar-se mais às suas atividades de curandeira e aos trabalhos fisicamente mais exigentes, na medida em que as obrigações para com o marido cabem à segunda esposa. No final da entrevista, esta curandeira fez questão de ir connosco a uma pequena loja, onde todas nós bebemos um refrigerante e comemos bolachas, evidenciando, assim, a sua capacidade económica e o à-vontade em frequentar espaços de predominante presença masculina.

adaptando práticas ancestrais utilizadas pelos curandeiros a uma nova lógica de mercado, mais flexível e dinâmica.

Os locais habituais de recolha de plantas e raízes alteram-se, os instrumentos e meios envolventes adaptam-se à realidade urbana sul-africana, o contacto com clientes/doentes de outras nacionalidades requer a aprendizagem de novas línguas e o massificado uso de telemóveis reconfigura o contacto curandeiro/cliente, sendo que quem vai ao encontro do cliente é o curandeiro.

A proximidade da África do Sul cria novas oportunidades de negócio e meios de subsistência, e a medicina tradicional complementa esse bem-estar. Em 2001, a Organização Mundial de Saúde declarava que, na África do Sul, existiam 200 000 curandeiros, a par dos 27 000 médicos alopáticos, e que, no mercado de Durban, anualmente, se comercializavam 1 500 toneladas de medicamentos tradicionais (OMS, 2001: 33). Recentemente uma notícia referia que o mercado da medicina tradicional movimentava anualmente cerca de 223 milhões de euros, num país onde 37 milhões de sul-africanos (cerca de 70%) recorrem a plantas medicinais⁴¹.

As múltiplas modernidades, caracterizadas por fluxos rápidos de informação, consumos, pessoas, reconfiguração e negociação constante das identidades individuais e coletivas, mediada com os vivos e com os espíritos ancestrais, coloca a atividade do curandeiro em constante mutação, em que é determinante ir ao encontro das necessidades e dos problemas dos clientes.

Feitiçaria: que significados?

A feitiçaria é um fenómeno dinâmico, plural quanto aos grupos sociais que atrai e resulta de um conflito entre as partes, caso haja uma mediação feita por um curandeiro ou haja consenso no grupo social. Questiona-se, assim, quais as suas funções e de que forma elas foram reconfiguradas, nas últimas décadas. Dada a ancestralidade da feitiçaria, não será possível analisar as sua funcionalidade, no passado.

Moore e Sanders defendem que a feitiçaria é um “ (...) conjunto de discursos sobre a moralidade, sociabilidade e humanidade, distanciando-se de crenças irracionais e apresentando-se como uma forma de consciência histórica, uma espécie de diagnóstico social” (2001: 20). Geschiere adota uma posição mais crítica e refere que a feitiçaria é “um indicador, finamente calibrado, das forças culturais e económicas globais nas relações locais, nas perceções sobre os mercados e o dinheiro e, ainda, na abstração e alienação dos valores e significados “indígenas” (Geschiere, 1997: 223). Não sendo esta investigação focalizada na feitiçaria, há

⁴¹ IOL, “Traditional medicine worth billions” 29 de Janeiro de 2013 (consultado dia 29 de Janeiro de 2013).

que ter em conta que a análise dos discursos dos interlocutores conduz a um reconhecimento dos contributos de Jean Comaroff, que consideram a feitiçaria contemporânea como uma manifestação moderna da incerteza, uma inquietação moral e uma recompensa e aspiração desiguais no momento atual (Comaroff, 1985: 3)⁴².

“Quando eu regressei da África do Sul, porque era mineiro, passei muito mal⁴³. Uma das vezes fui a Maputo com uma carrinha de caixa aberta e, quando cheguei a Matalane, saiu um lume da cabine, abri os vidros e o carro subiu a montanha. Mas eu sobrevivi. Eu fiquei muito chateado e entreguei a carrinha, em ‘88. Passei a andar de motorizada. Depois houve problemas com a motorizada e entreguei, também, a motorizada. Passei a andar a pé. Quando veem que já não tens nada, já não te perseguem. Quando veem que tens algo, sempre querem que vás correr ao curandeiro. Em vez de ir correr para o curandeiro, eu entreguei o carro e a motorizada.” (#127, pastor, 5.º bairro da cidade de Chókwe)

As histórias pessoais sobre feitiçaria têm uma estrutura narrativa comum e procuram inverter o estatuto económico e a distribuição de poder nas relações interpessoais. Importa saber se as habituais designações de inveja e cobiça social significam que estamos perante processos de nivelamento, redistribuição e justiça social (Milando, 2007: 95; Fisiy e Geschiere, 2001: 227), na medida em que a acumulação é sempre considerada um ato individualista (“comer sozinho”), em que o sucesso de uns implica danos sobre os restantes⁴⁴. Kamat, também, destaca, referindo-se à Tanzânia, que a transição do socialismo para um neoliberalismo ocidental conduziu à erosão da coesão social, a nível comunitário, quebrou redes sociais de apoio e limitou o acesso aos cuidados de saúde tendo, de um modo geral, tornado o modo de vida das populações mais difícil, em que o dinheiro assume um papel central nas relações interpessoais (Kamat, 2013: 29-30).

Citando Fisiy e Geschiere: “Em muitas sociedades africanas, a tensão entre a linhagem, o controlo comunitário e a busca de autonomia individual parecem ser um motivo antigo. Mas, com as novas oportunidades de enriquecimento de alguns e o rápido empobrecimento de muitos nos dias pós-coloniais, destaca-se ainda mais esta tensão (Fisiy e Geschiere, 1996: 211). Apesar da sua adap-

⁴² Durante a minha estadia em Moçambique e, especialmente, durante o trabalho de campo, recolhi inúmeras ocorrências diagnosticadas, socialmente, como sendo feitiçaria. Todas elas tinham uma estrutura comum: alguém ou uma determinada família ou linhagem, que reconhecia ter bem-estar social e/ou sucesso profissional (normalmente associado a algum desafio económico), progressivamente ou de modo súbito, através da enfermidade (por vezes prolongada), morte, acidente, ou algum reconhecido infortúnio, considerava estar a ser vítima de feitiçaria e perdia todos os bens ou sucesso.

⁴³ Relatos semelhantes sobre os mineiros moçambicanos vítimas de roubos/feitiçaria, também, podem ser encontrados em Pfeiffer (2005: 268).

⁴⁴ Ver subcapítulo 7.5 sobre os discursos sobre os curandeiros.

tabilidade à modernidade, considera-se que a feitiçaria é uma manifestação de resistência e oposição a um sistema de acumulação que desvaloriza as lealdades, as obrigações e as hierarquias de uma determinada sociedade, em que um indivíduo é mais considerado enquanto componente do grupo e menos como parte autónoma e independente.

Relativamente à sociedade *Ndau*, no centro de Moçambique, Florêncio refere: “(...) A feitiçaria detém, pois, um lugar social ambivalente e ambíguo. Ela possibilita, por um lado a acumulação individual (económica, política, de estatuto), ao mesmo tempo que evita que ela atinja foros excessivos. A feitiçaria funciona como um mecanismo de regulação da diferenciação social e, nesse sentido, também o é da reprodução social” (Florêncio, 2005: 122). Uma acumulação ilegítima ou o incumprimento das obrigações sociais do grupo alteram o equilíbrio e a ordem social. No entanto, destaca-se um sentimento geral de fatalismo, incapacidade e impotência face ao outro que está na origem do feitiço e a imprevisibilidade em relação ao futuro, na medida em que todos estão sujeitos à aleatoriedade dos sortilégios.

A feitiçaria, ainda que se manifeste através de um conjunto de maleitas, gera vítimas em vez de doentes (Frankenberg, 1993: 227). Ou seja, a descrição etiológica que determina a categoria de enfermidade, mesmo recorrendo aos cuidados biomédicos, emerge de um sentimento de vitimização – alguém alvo de dano –, situação que não se verifica no discurso dos interlocutores que categorizam os seus problemas de saúde como “doença do hospital” e, em menor grau, como “doença da tradição”.

A identificação e categorização destes três tipos de enfermidades permite-nos aceder às estruturas e hierarquias de recurso (*hierarchies of resort*), que orientam o processo de procura de cuidados de saúde e sustentam as decisões dos indivíduos e grupos. Segundo Kleinman: “(...) *Those frameworks define which health problems are most important, feared, and required most immediate action*” (1980: 80). A definição e atualização destes patamares não dependem, apenas, do encontro médico mas também dos significados que os grupos atribuem aos eventos de enfermidade/infortúnio, da construção social da doença e da saúde, em articulação com os vários atores e fatores políticos, económicos, ambientais e económicos que possam reconfigurar os fenómenos.

Em suma, as categorizações como “doença do hospital”, “doença da tradição” ou feitiçaria, decorrem numa teia de relações sociais e narrativas, em que Kleinman destaca a discrepância das verbalizações dos doentes, familiares e provedores de cuidados, como resultado das suas crenças sobre enfermidade e cuidados de saúde, incorporados no seu sistema de conhecimentos pessoais

(Kleinman, 1980: 99,190-191). A disparidade de narrações refletir-se-á nos itinerários terapêuticos e nos dilemas afetos à sua escolha.

Nessa definição e atualização, os *tinyanga*, provedores tradicionais de cuidados de saúde, surgem como principais agentes da construção social da doença e da reformulação cosmológica dos saberes. Mas, tal como foi anteriormente exposto, a reestruturação e constante configuração da doença são partilhadas pelos doentes, vítimas e sociedade envolvente. Num sentido mais amplo, as aflições e enfermidades são oportunidades de questionamento das cosmologias e papéis sociais adquiridos, que os atores sociais reformulam, ao longo dos seus itinerários terapêuticos.

6.6 Terminologias e interpretações locais da doença da malária

“While economic considerations are certainly important in treatment decision making, they are mediated by several other crucial factors: cultural knowledge, past experience with the illness, perceived severity of the illness, perceived efficacy of the medications offered at government health facilities, and the micropolitics of communications about illness diagnosis and therapy management at government health facilities”. (Kamat, 2013: 101)

Na sociedade de Chókwè, o acesso aos significados das enfermidades, aos seus sintomas e à terminologia pertencem à esfera privada, ao mesmo tempo que fazem parte da matriz partilhada pelos membros de uma sociedade. A experiência pessoal de dor de cabeça ou de dor de barriga não deve ser decalcada para este contexto, na medida em que a etiologia atribuída condiciona a experiência de enfermidade, agravando-a, ou não, e, ainda, porque a tolerância ao sofrimento varia de pessoa para pessoa. Paralelamente, a partilha de símbolos linguísticos, dificilmente, nos remete para a partilha dos seus significados. Recorrendo à etnometodologia e ao legado de Garfinkel, a indexicalidade na relação entre indivíduos destaca os determinantes contextuais que estão, implicitamente, anexados à palavra e que vão para além do contexto em que ela é utilizada (Coulon, 1995: 17). Num quadro de saúde e doença, o acesso ao significado dos termos é dificultado pelo sofrimento e aflição do momento ou pelas marcas e traumas deixados por um episódio passado.

Por outro lado, Price chama-nos a atenção para a informação que é integrada como experiência por terceiros, ao referir: “(...) Individuals gain information about entire illness episodes without having personally experienced those events.

Such secondhand episodes are integrated with those the person has directly experienced and become part of his or her current script concerning illness” (Price, 1987: 313 *apud* Kamat, 2013: 82). Este conhecimento socialmente gerado e que é reconfigurado ao longo das experiências vivenciadas pelos pacientes e familiares reforça a constante (re)construção e dinâmismos dos conhecimentos médicos.

As diferentes terminologias e a descrição dos seus sintomas e sinais reforçam a complexidade da análise dos fenómenos de saúde e doença, assim como as intervenções de saúde pública promovidas pelas instituições biomédicas. O termo *malária* é bastante recente no léxico da população do distrito de Chókwè, com exceção de todos aqueles que tiveram uma relação próxima com os colonos portugueses, durante a ocupação colonial, ou tiveram um contacto mais próximo com as instituições biomédicas, no período pós-independência, como os militares, os funcionários públicos, os voluntários da Cruz Vermelha moçambicana, entre outros elementos das aldeias com maior ligação à Administração do distrito. Segundo os meus entrevistados, a vulgarização do termo *malária* dá-se com as cheias de Fevereiro do ano 2000, em que as zonas mais afetadas da província de Gaza receberam, durante vários meses, trabalhadores de várias ONG de ajuda humanitária. Estas organizações distribuíram milhares de redes mosquiteiras e ajuda alimentar e realizaram ações de educação para a saúde, nos campos de realojamento, em que se explicava a importância da higiene pessoal e coletiva, do saneamento do meio, da vacinação das crianças e do uso regular da rede mosquiteira. A maioria dos entrevistados referiu as cheias de 2000 como um momento de transição, de onde emergiram várias epidemias, nunca antes experienciadas – referindo-se à *malária*, à *cólera* e ao VIH/SIDA – assim como a alteração da “maneira de viver”, resultado de uma nova ocupação do espaço urbano e da fixação da população forçada a transferir-se das zonas baixas (junto ao rio Limpopo) e junto ao regadio.

Na integração e tradução do novo conhecimento e terminologias biomédicas para a cosmovisão local sobre a saúde e a doença, procurou-se encontrar uma equivalência terminológica que, todavia, se demonstrou insuficiente e desadequada, face à complexidade dos sintomas da *malária*, no conhecimento local.

Recordando o anteriormente exposto sobre a sintomatologia da *malária* numa perspetiva biomédica (subcapítulo 2.2), esta patologia, na sua forma moderada, manifesta-se através de febre (temperatura axilar superior a 37,5°C), dores de cabeça, dores nas articulações, vômitos, anemia, tosse, sensação de fraqueza, cansaço e diarreia. Na sua expressão mais gravosa, assistimos a febre (temperatura axilar superior a 39,5°C, que pode originar convulsões), cansaço extremo, sonolência, pulso fraco, dificuldade em respirar e insuficiência renal. A *malária*

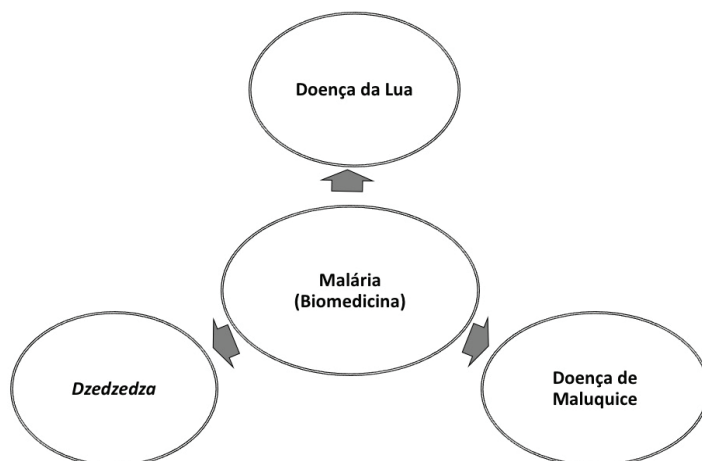
cerebral é considerada uma forma grave desta patologia, caracterizando-se pela alteração do comportamento, pela ocorrência de episódios de convulsões e, num estado mais agravado, o coma.

De seguida, serão apresentadas as terminologias e significados utilizados nos dois sistemas terapêuticos (biomédico e local) para a malária e como essa tentativa se torna tão complexa e multifacetada.

Quando os interlocutores foram questionados sobre a existência, ou não, da *malária* “naquele tempo⁴⁵”, as respostas dividiram-se entre aqueles que consideravam que, no passado, não havia *malária* e aqueles que, referiam que a *dzedzedza*⁴⁶ – terminologia local – sempre existiu. Esta designação tradicional tinha sido, posteriormente, substituída por *malária*, ocorrendo, assim, uma alteração dos termos⁴⁷.

Não existe, na bibliografia disponível, uma explicação sobre esta alteração de terminologia, mas considera-se, neste estudo, que a existência de febre em ambas as enfermidades (*malária* e *dzedzedza*), uma exposição elevada às terminologias biomédicas após as cheias de 2000 e o diagnóstico de malária clínica sempre que o doente tivesse febre reforçaram a fusão dos dois conceitos ao considerá-los sinónimos. Como vimos anteriormente, em termos biomédicos esta associação em crianças nem sempre é evidente.

Figura 6.3 – A integração da malária nas etnomedicinas locais e suas terminologias



⁴⁵ Expressão utilizada aludir a um passado remoto, pré-colonial e colonial.

⁴⁶ *Dzedzedza* refere-se à febre, sensação de aquecimento do corpo. Em *xiChangana*, este termo é considerado uma onomatopeia associada aos tremores de frio durante a febre.

⁴⁷ Ver também Pool *et al.* (2006: 1672).

De acordo com os testemunhos dos interlocutores, se a associação entre a *malária* e *dzedzedza* não gera falsas interpretações e “erros de tradução”, entre provedores e pacientes, a extrapolação da *malária* para outras enfermidades, consideradas “da tradição”, gera incerteza na determinação da etiologia, devido aos episódios de convulsões, e, conseqüentemente, a indefinição do provedor a que recorrer.

“(…) Quando uma criança assusta, subiu a malária até à cabeça... malária cerebral, convulsões. Há outra doença que ataca muito as crianças e que não é malária. Então, há muita confusão com isso e as pessoas basta ver isso e pensam que é doença da lua e não vão ao hospital, enquanto é malária.” (#146, homem, 5^o bairro da cidade de Chókwè)

Na perspetiva biomédica, as convulsões surgem, quando estamos perante um episódio de febres altas (convulsão febril), malária cerebral, epilepsia e meningite. De acordo com a cosmovisão local, as convulsões e a sua manifestação violenta – contração brusca e involuntária dos músculos – remetem para várias etiologias que, segundo Guiliche (2002), se podem dividir em: *kutsivelela*, a falta da cerimónia de receção das crianças recém-nascidas na família (apresentação aos vivos e mortos da linhagem patrilinear), *kuphalha*, um castigo dos antepassados decorrente da falta de cerimónia familiar ou desacordo em relação à atribuição de um nome a uma criança e, ainda, *kuthankiwa*, sanção social devido à prática de roubo, de adultério ou assassinato (2002: 49). Na investigação qualitativa, realizada em Chókwè, foram registados relatos de se colocarem as crianças, durante a convulsão, sobre as cinzas da fogueira onde se cozinha, de modo a evitar o contacto com a sua urina e fezes, que transmitem as convulsões (Bingham et al., 2012: 5), que são, localmente, interpretadas como pertencendo à esfera de intervenção dos curandeiros (Baume et al., 2000: 1498-1499; Okeke e Okeibunor, 2010: 65-66). Tal facto será apresentado ao longo desta investigação.

A “doença da lua” foi, frequentemente, referida e surge, por norma, associada às crianças (Bingham et al., 2012: 5). No entanto, caso não sejam tomadas medidas preventivas, durante a infância, ela também se pode manifestar na idade adulta. Sendo uma doença tradicional, a expressão mais frequente para definir os seus sinais é a de “ a criança cair, assustar-se e ter ataques”. *Nyokani* é a palavra, em *xi-Changana*, que se refere a uma cobra⁴⁸ (também utilizado como sinónimo de lombrigas) e acredita-se que é o agente causador da “doença da lua”, localizando-se

⁴⁸ Sobre a associação das convulsões a causas sobrenaturais, Bonnet, relativamente ao paludismo no Burkina Faso, refere as convulsões como “doença do pássaro” (Bonnet, 1986: 44). Muela, por sua vez, afirma que se crê que a *degedege* – expressão local utilizada, na *Tanzânia*, para mencionar a malária complicada ou malária cerebral – é provocada por borboletas que rodeiam uma casa e atacam as crianças (Muela, 2000: 70; Kamat, 2013: 108).

no tubo digestivo, a partir do qual pode afetar outras partes do corpo (Straus *et al.*, 2011: 6). Quando a *nyokani* é incomodada, as suas manifestações ocorrem na pessoa, estando as convulsões relacionadas com as fases da lua (Edward, 2007: 5). Na medida em que não é considerada uma “doença do hospital”, o tratamento preventivo (*dlanyoka*) só pode ser obtido através de *nyanga* ou de familiares mais velhos.

Dlanyoka é composto por um leite feito a partir de várias folhas verdes esmagadas, que são ingeridas na aurora e ao pôr-do-sol, pelos recém-nascidos, nos primeiros meses de vida. Dada a extensão desta prática por todo o país, o Ministério da Saúde incluiu, na sua campanha sobre amamentação exclusiva até aos 6 meses, uma referência sobre a administração de remédios tradicionais a recém-nascidos.

“ (...) Outra coisa frequente é as pessoas aparecerem para ter sorte e a doença da lua nas crianças, uma criança que está a comer e cai e começa a ter convulsões. (Dá o exemplo de um jovem que se encontrava presente) Pensávamos que era doença da lua, mas é malária cerebral. Foi ao hospital e disseram que tinha malária cerebral e deram comprimidos.” (#6, curandeira, 4.º bairro da cidade de Chókwè)

Segundo os provedores biomédicos que foram contactados, a sobreposição entre a “doença da lua” e a *malária*, complicada e cerebral, está na origem da procura tardia dos serviços de saúde, uma vez que as mães iniciam o tratamento tradicional, em casa ou junto de um *nyanga*, e só, posteriormente, recorrem ao centro de saúde. Confirmada a malária cerebral, este atraso pode implicar lesões cerebrais, situações de anemia grave e, em casos mais drásticos, a morte.

Para além da receção tardia de cuidados de saúde, os próprios técnicos sanitários referiram que é necessário esperar algumas horas, antes de se administrarem os antimaláricos, as transfusões de sangue ou outras terapêuticas, devido à ação dos remédios tradicionais, nos pacientes. Receiam que possa haver uma intoxicação por acumulação de medicamentos, num momento em que o sistema imunitário está fragilizado. Contrariamente, no estudo conduzido por Langwick, os curandeiros advogam que a utilização de seringas antes do tratamento da *degedege* (pelo curandeiro), aquando de um episódio de malária, pode ter consequências fatais para o doente que recorre aos cuidados biomédicos (2007: 89).

A partilha de sintomas da malária e de outras enfermidades torna as fronteiras e categorias definidoras do tipo de provedor a que recorrer e a etiologia da enfermidade muito nublosas e vaga. A “doença da lua”, a *degedege* ou outras enfermidades de terminologia biomédica, tais como a convulsão febril, a menin-

gite, a epilepsia e a malária cerebral, que partilham o sinal exterior da convulsão, continuam a ter associações locais do foro espiritual e ancestral. Quer no distrito de Chókwè quer noutros contextos geográficos, as campanhas de educação para a saúde que enfatizam a procura de cuidados biomédicos têm alcançado resultados muito diminutos (Spjeldnæs e Bjørn, 2010). Se, nas palestras dos técnicos sanitários e enfermeiros, a “doença da lua” é equiparada à malária cerebral e as mães devem procurar cuidados de saúde biomédicos, as perceções locais sobre as convulsões são mais complexas e profundas que uma mera substituição de terminologias⁴⁹.

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

“ (...) Há a doença em que a pessoa fica maluco, levo a pessoa para o mato, amarro a pessoa com corrente e dou remédio. E a pessoa começa a deitar muita saliva da boca. Esta doença parece malária, mas não é. Para eu descobrir que não é malária, primeiro faço uma consulta e aí as pedras é que me vão dizer se, realmente, a pessoa tem malária ou não.” (#112, curandeiro, Maloluane)

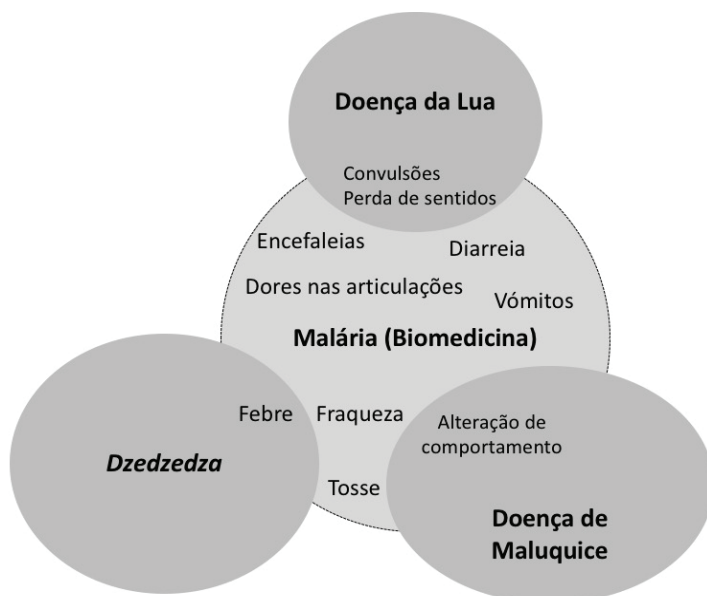
Quer a biomedicina quer a medicina tradicional referem, também, tratar de forma individualizada os restantes sinais e sintomas que podem surgir num quadro de malária (diagnosticada pela biomedicina). Eles são evidentes na figura 6.4.

Em suma, a Figura 6.4 expressa a complexidade de terminologias e traduções possíveis para a *malária* que podemos encontrar na sociedade de Chókwè. Através dos testemunhos recolhidos, acedemos às reconfigurações que a identificação e os diagnósticos locais têm enfrentado, devido a um maior contacto com a biomedicina, resultante da progressiva expansão dos serviços biomédicos e da calamidade natural que afetou Moçambique, no ano 2000.

A nível local, a identificação da *malária* pela presença de um ou vários dos sinais e sintomas descritos torna-se complexa, porque esta terminologia foi recentemente integrada no léxico local e, além disso, partilha os sinais e sintomas com outras três etnodoenças e com outras enfermidades biomédicas.

⁴⁹ Ver Nichter sobre a introdução de novos conhecimentos e práticas nas campanhas de saúde e o seu impacto no saber e práticas locais (2008: 44).

Figura 6.4 – Partilha de sinais e sintomas entre as várias etnoenfermidades e a malária



Síntese

A tradução da experiência da doença, a nível individual e societal, afirma-se como única e transmissível entre os membros de uma comunidade. No entanto, as vivências comuns, a comunicação simbólica, a partilha da História e o código linguístico permitem-nos encontrar algumas semelhanças nos significados e práticas realizadas. É nessa partilha e nas relações sociais estabelecidas entre os membros – os seus discursos, os seus silêncios e as suas ações (quebra de um tabu, o não cumprimento de medidas de higiene consideradas importantes ou a realização de cerimónias aos seus antepassados) – que emergem as etiologias das enfermidades e, conseqüentemente, a decisão do provedor a que recorrer.

Como refere um praticante ayurveda, citado por Nichter: *“You cannot just treat diseases, you have to treat bodies, and you cannot just treat bodies unless you understand the lives bodies have become accustomed to living”* (Nichter, 2008: 25). É a vida dos corpos, que vai para além dos cânones biomédicos e de um conjunto de sintomas, que faz parte da matriz partilhada pela sociedade de Chókwè e pelos seus provedores etnomédicos, num momento de elevados fluxos de informação e mobilidade.

A existência de vários atores que transmitem informação sobre saúde, a elevada mobilidade dos indivíduos para as grandes urbes, associadas à constante

mudança operadas pelos próprios provedores (atualização dos protocolos, tratamentos, políticas biomédicas, novos meios de atrair outros clientes e crentes, por parte do *tinyanga* e pastores de igrejas, respetivamente), interligadas, ainda, com fatores estruturais do próprio distrito e país, tornam os comportamentos e conhecimentos dos indivíduos mais disputados, imprevisíveis, reativos e com centros de decisão partilhados e dispersos. Como refere Nichter, torna-se mais frequente o surgir de ideias híbridas e reinterpretações dos conceitos biomédicos, de modo a serem compreendidos à luz da cosmologia local (Nichter, 2008: 45-46).