

HT-72

Universidade Eduardo Mondlane
Faculdade de Letras
Departamento de História

José da Silva

Integrar a Medicina Tradicional

Para Melhorar os Cuidados de Saúde em Moçambique

Dissertação apresentada em cumprimento dos requisitos exigidos para a
obtenção do grau de Licenciatura da Universidade Eduardo Mondlane

Maputo, Outubro de 1998

614 (679)
5886i 04

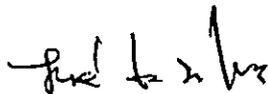
F. LETRAS U. E. M.	
R. E.	27089
DATA	4 Fevereiro 1998
AQUIÇÃO	Letras
COTA	HT-72

Declaração

Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada, na sua essência, para a obtenção de qualquer grau, e que ela constitui o resultado da minha investigação pessoal, estando indicadas no texto e na bibliografia as fontes que utilizei.

Maputo, Outubro de 1998

O declarante



José da Silva

Agradecimentos

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem o apoio facultado por inúmeras pessoas e instituições. É oportuno destacar em primeiro lugar o apoio prestado pelo Prof. Dr. Gerhard Liesegang, (Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras, Departamento de História), supervisor principal neste trabalho. Os meus sinceros agradecimentos também: ao Dr. Karlos Pérez de Armiño, (Hegoa - Bilbao), pelos valiosos conselhos técnicos, à Direcção do Programa Mundial de Alimentação e em particular ao Dr. Getachew Diriba que gentilmente permitiu o uso em primeira mão, da informação institucional sobre o Sistema Nacional de Saúde em Moçambique, à Cooperação Suíça que financiou o trabalho de campo e por último ao dr. Andrew S. Karlyn pelo valioso material sobre a medicina tradicional.

INDICE GERAL

I.	Introdução	1
II.	Sistemas de Saúde	4
	2.1. Tipos e características	4
	2.2. Elementos dum sistema de saúde	4
	2.3. O Sistema Nacional de Saúde em Moçambique	6
	2.3.1. Distribuição das Unidades Sanitárias	7
	2.3.2. Tipo de Unidades Sanitárias	10
	2.3.3. Avaliação das Unidades Sanitárias	14
	2.3.3.a. <i>Disponibilidade de água</i>	14
	2.3.3.b. <i>Disponibilidade de electricidade</i>	16
	2.3.3.c. <i>Serviços de maternidade</i>	17
	2.3.3.d. <i>Serviços de laboratórios</i>	20
	2.3.4. Avaliação dos Recursos Humanos nas Unidades Sanitárias	21
	2.3.4.a. <i>Médicos</i>	21
	2.3.4.b. <i>Técnicos médios, básicos e elementares</i>	23
	2.3.5. Implicações da característica actual do sistema Nacional de Saúde	25
III.	Principais Estudos da Medicina Tradicional	26
	3.1. Introdução	26
	3.2. Práticas Mágico-Sanitárias em Moçambique	28
	3.2.1. Princípios Básicos da Medicina Tradicional	29
	3.2.2. Os Espíritos	30
	3.2.3. A Magia ou o Domínio do Espíritos	31
	3.2.4. Os "Médicos" Magos	34
	3.2.5. Conhecimentos anatomofisiológicos	34
	3.2.6. A higiene	35
	3.2.7. O Conceito de Doença	36
	3.2.8. As Práticas de Cura	38
	3.2.9. O ritual Curativo	39

3.2.10. Incremento das Práticas Mágicas	41
3.2.11. A Saúde Mental	42
3.2.12. Os Psicopatas	43
3.2.13. Os “Médicos” Magos de Neuróticos ou Possessos	44
3.2.14. O Processo de Aculturação e a Prevalência da Medicina Tradicional	45
IV. Estudo de Caso	46
4.1. Percepção das Doença e Cura Entre os Mwani e os Makonde de Mocímboa da Praia	46
4.1.1. Característica das Áreas de Pesquisa	46
4.1.2. O Processo de Socialização dos Mwani e dos Makonde	47
4.1.3. Situação de Higiene	48
4.1.3.a. <i>Zonas de Predominância Mwani</i>	47
4.1.3.b. <i>Zonas de Predominância Makonde</i>	49
4.1.4. Origem das Doença e o Processo de Cura	51
4.1.4.a <i>Zonas de Predominância Mwani</i>	51
4.1.4.a.1. <i>A Cerimónia do Madjini</i>	53
4.1.4.b. <i>Zonas de Predominância Makonde</i>	55
V. Conclusões	58
VI. Bibliografia	59
VII. Anexo: Mapa de Moçambique	64

Lista de Tabelas

Tabela 1: Número de Unidades sanitárias e População por Província 1997	8
Tabela 2: Tipo e Número de Unidades Sanitárias por Província 1997	10
Tabela 3: Média de Unidades Sanitárias por Distrito 1997	12
Tabela 4: Número e Percentagem de Unidades Sanitárias com Electricidade 1997	16
Tabela 5: Número e Percentagem de Unidades Sanitárias com Maternidades 1997	18
Tabela 6: Número e Percentagem de Unidades Sanitárias com Laboratórios 1997	20
Tabela 7: Número de Médicos por Tipo de Unidades Sanitárias 1997	22
Tabela 8: Número de Técnicos Médios por Tipo de Unidades Sanitárias 1997	24

Lista De Mapas

Mapa 1: Distribuição de Unidades Sanitárias por Distrito	12
Mapa 2: Média de População por Unidades Sanitária	13
Mapa 3. Número de Unidades Sanitárias com Água	15
Mapa 4: Número de Unidades Sanitárias com Electricidade	19
Mapa 5: Número de Maternidades por Distrito	20
Mapa 6: Número de Laboratórios por Distrito	23
Mapa 7: Número de Médicos por Distrito	23
Mapa 8: Número de Técnicos Médios por Distrito	24

**Título: Integrar a Medicina Tradicional
Para Melhorar os Cuidados de Saúde em Moçambique**

Resumo

Este Trabalho analisa o Sistema Nacional de Saúde em Moçambique no período de 1997. Dentro do sistema nacional de saúde, identifica os principais constrangimentos na prestação de cuidados de saúde. Tais constrangimentos relacionam-se com a insuficiência das unidades sanitárias em Moçambique que resultam em congestionamentos observáveis no dia a dia. Por outro lado, as unidades sanitárias enfrentam problemas de abastecimento de água e energia; os serviços de maternidades e de laboratórios são insuficientes; os recursos humanos são também insuficientes e em geral o sul do país é o mais beneficiado.

O sector oficial de saúde cobre uma população que possui valores culturais próprios de percepção da doença e da cura baseada em crenças locais que estão implícitos na medicina tradicional que ao ser integrada no sistema de cuidados de saúde oficiais, haveria uma melhor prestação de cuidados de saúde para a população. Por outro lado, esta integração traria como benefício, pesquisas sobre as plantas usadas na medicina tradicional e evitaria prováveis erros que podem acontecer na medicina tradicional. O outro benefício que se pode obter desta integração seria na solução de problemas de carácter psíquico.

I. Introdução

Moçambique é um país em desenvolvimento com uma escassês de recursos para uma resposta apropriada aos problemas institucionais. Uma característica particular de Moçambique é de ser um país que esteve sujeito até 1992 a uma guerra com consequências devastadoras que afectou de uma ou de outra forma o funcionamento das suas instituições incluindo o sector de saúde.

O presente trabalho tem como objectivos: identificar os principais constrangimentos no Sistema Nacional de Saúde; interpretar as crenças locais sobre a doença e cura; e explorar os mecanismos de integração da medicina tradicional no sistema oficial de cuidados de saúde em Moçambique.

Este trabalho tem como hipóteses de pesquisa as seguintes:

- O Sistema Nacional de Saúde é composto por uma rede sanitária não abrangente.
- A rede de cuidados sanitários beneficia em geral as zonas urbanas e o sul do país em particular.
- A rede sanitária em Moçambique carece de meios para a prestação de cuidados de saúde apropriados.
- Os recursos humanos no Sistema Nacional de Saúde são exíguos e em geral concentram-se no sul do país e na cidade de Maputo em particular.
- A medicina tradicional desempenha um papel importante nos cuidados de saúde da população devido em parte a tem um papel a falta de acesso aos serviços oficiais de cuidados de saúde e à percepção local da doença e da cura.
- A integração da medicina tradicional no sistema oficial de cuidados de saúde traria um melhor benefício para a maioria dos utilizadores do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique.

Três áreas temáticas compõem o presente estudo: a primeira analisa o Sistema Nacional de Saúde; a segunda é composta por uma revisão documental sobre a medicina tradicional e a terceira é a apresentação e interpretação dos resultados do trabalho de campo.

A informação sobre o Sistema Nacional de Saúde utilizada neste trabalho é da autoria da Direcção Nacional de Cooperação do Ministério da Saúde. Esta informação está disponível em forma de folha de cálculos e permitiu a produção de tabelas e mapas que ilustram a característica do actual Sistema Nacional de Saúde. Nem todas as variáveis contidas na folha de cálculos

foram analisadas por não oferecerem um nível de fiabilidade suficientemente alto.

A análise da informação secundária baseia-se fundamentalmente na revisão bibliográfica sobre a medicina tradicional em Moçambique e sobre as crenças e práticas sanitárias. Uma série de títulos sobre a medicina tradicional e experiências de aproximação das medicinas moderna e tradicional em diversos países em desenvolvimento foi revista.

O trabalho de campo foi realizado no distrito de Mocimboa da Praia, na província de Cabo Delgado entre os grupos étnicos MWANI e MAKONDE, em duas fases de três semanas cada fase, em Setembro de 1991 e em Março de 1992. O trabalho de campo, consistiu em entrevistas a informadores-chaves, grupos de enfoque e entrevistas semi-estruturadas aos chefes dos agregados familiares seleccionados.

Do Sistema Nacional de Saúde são analisados vários indicadores tanto ao nível provincial como ao nível distrital e quando possível é apresentada a diferença entre as zonas Norte, Centro e Sul do país. Os indicadores do Sistema Nacional de Saúde aqui analisados incluem os tipos de unidades sanitárias existentes no país e a sua localização com o objectivo de identificar zonas de fraca cobertura. As unidades sanitárias são também analisadas sob o ponto de vista de população abrangida ou coberta. Para este estudo utilizou-se a informação populacional preliminar do censo de 1998 pois esta parece estar mais próxima da realidade do que a informação populacional baseada nas projecções do censo de 1980 que parece estar longe da verdade, tendo em conta as migrações forçadas devido à guerra e a mortalidade directa ou indirecta resultante do conflito armado que nunca foi considerada nestas projecções.

As unidades sanitárias são analisadas tendo em conta a disponibilidade de água, electricidade, serviços de maternidade e laboratórios. Os sistemas de informação no país em geral são fracos e pelo conhecimento de visitas ao campo em alguns casos preferimos rotular alguns distritos como não dispoendo de informação em particular para os indicadores de água, maternidades e laboratórios. Os recursos humanos existentes no Sistema Nacional de Saúde são também analisados tanto ao nível provincial como ao nível distrital.

Os conceitos de medicina científica ou medicina oficial e mesmo moderna são apresentados indistintamente ainda que alguns autores procurem diferenciá-los apesar de possuírem a mesma essência. Neste trabalho, por vezes é utilizado o termo medicina local para designar a medicina tradicional.

A integração da medicina tradicional no sistema oficial de cuidados de saúde, implica compreender o funcionamento tanto da medicina moderna

como da tradicional e bem como a percepção sócio-cultural da população que delas se serve. Neste sentido, fazemos uma análise dos princípios básicos que regem a percepção da doença e cura onde identificamos os agentes que intervêm no processo de cura na medicina tradicional a sua relação com os seus clientes assim como o tipo de intervenções que se verificam no processo de cura.

O trabalho de campo aqui apresentado, pretende mostrar como os elementos culturais locais de percepção da doença e cura continuam vivos, e em alguns casos intactos e noutras casos modificados como resultado de contactos culturais que datam desde os contactos comerciais com os arábicos, passando pela colonização portuguesa, influências missionárias e actualmente influenciados pelo processo de globalização do mundo economicamente e culturalmente. E como notou Kleinman um sistema de saúde cobre uma população com valores sócio-culturais próprios. A hipótese com que partimos é de que a legitimação de um sistema de saúde depende do reconhecimento dos valores sócio-culturais da população que o sistema de saúde cobre. Tal reconhecimento, assenta na integração de alguns aspectos das medicinas locais ou tradicionais nos sistemas oficiais de cuidados de saúde.

As experiências positivas de integração bem sucedida da medicina tradicional no sistema oficial de saúde na China e na Índia mostram que os beneficiários dos cuidados de saúde tem mais a ganhar do que a perder neste processo. Este estudo, apresenta em forma de conclusão as possíveis áreas de colaboração entre a medicina tradicional e a moderna para o caso de Moçambique.

II. Sistemas de Saúde

1.2. Tipos e características

A bibliografia existente sobre a análise dos sistemas de saúde tem como ponto de partida o conceito de saúde defendido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que define a saúde como o "bem estar físico, mental e social e não uma mero ausência de enfermidades".

Um sistema de saúde é um sistema cultural que comporta práticas baseadas em normas e modelos consensuais de percepção dos factores que influenciam a saúde do indivíduo ou grupo de indivíduos.¹ Nas chamadas "sociedades complexas", os sistemas de saúde são tão complexos como o sistema social e cultural a que pertencem.

Segundo Dunn², os sistemas de saúde podem ser classificados de acordo com a sua localização geográfica em três categorias:

1. *Sistemas de Saúde locais*: Esta categoria acomoda muitos dos sistemas de saúde "primitivos" ou populares.
2. *Sistemas de Saúde Regionais*: Entre outros inclui a medicina chinesa e a ayurvedica da Índia.
3. *O sistema de saúde cosmopolítico*³: É o mais conhecido por moderno, ocidental ou também por Científico.

Os sistemas de saúde locais ou regionais tendem a funcionar dentro das fronteiras culturais do grupo onde são originários. porém, alguns dos sistemas locais hoje aparecem de forma sincrética devido a contactos culturais, que em África datam desde os contactos com os Árabes, passando pela época dos descobrimentos e posteriormente a época da colonização. Desde então, estabeleceram-se contactos e cruzamentos culturais que criaram formas sincréticas de percepção da realidade.

Os sistemas de saúde locais ou tradicionais tendem a variar segundo o meio cultural onde se desenvolveram. O homem, vivendo em sociedade,

¹Leslie, Charles M.
Pluralism and Integration in the Indian and Chinese Medical Systems
[s/e], [s/d], pag 551

²Dunn, Frederick
Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems.
[s/e], [s/d] Pag. 135

³Este sistema foi exportado da Europa ou do Estados Unidos. Em Moçambique data a partir da colonização portuguesa e começou a ter um impacto gradual sobre as populações locais a partir da colonização efectiva.

estabelece relações complexas que partem das relações que se estabelecem no seu núcleo familiar, passando pela sua rede de parentesco⁴ alargada e com outros grupos de parentesco.

Dentro do mesmo grupo de parentesco, podem surgir conflitos originados por momentos de "stress" causados por doenças ou morte ou insucessos na vida, resultantes de conflitos que se originam com a dinâmica da sociedade ou da ocorrência de fenómenos como calamidades naturais que põem em causa o seu bem estar.

A busca duma solução para qualquer dos episódios constitui a preocupação primária do individuo ou grupo em que está inserido. O método usado para solucionar estas preocupações, pressupõe a procura de uma causa e métodos de solução, que podem variar de acordo com a construção sócio-cultural aceite segundo os padrões de pensamento aceites.

O sistema de Saúde cosmopolítico, é um sistema que não se limita a fronteiras étnicas. O sistema de saúde cosmopolítico, pode também ser sujeito a variações locais ou regionais.⁵

Os pesquisadores deste sistema reconhecem que muitas das plantas medicinais usadas nos sistemas de saúde locais ou regionais tem um efeito farmacológico específico e proveitoso, e que muito do aparato farmacológico actual foi construído através da investigação das ervas usadas nos sistemas locais ou regionais isto é, das medicinas tradicionais.

Os métodos usados pelos praticantes das medicinas local ou regionais e os usados nos modernos laboratórios farmacológicos, não são diferentes. Pois, em ambas as medicinas as conclusões são alcançadas na base de experimentação em seres humanos. A diferença, reside no tempo necessário para se chegar a uma conclusão. Enquanto que na medicina moderna, pode se chegar a uma conclusão rapidamente nos sistemas de saúde locais as conclusões são tiradas depois de experimentações em várias em várias gerações.

Na análise dos sistemas de saúde locais mais do que a "eficácia" ou "ineficácia" do tratamento dado ao paciente o que se deve ter em conta é a perspectiva tanto do praticante da medicina local como do seu cliente devido a sua visão cultural na interpretação da causa que originou o mal.

⁴ Em África, a rede de parentesco pode ser: patrilinear ou matrilinear. A rede de parentesco patrilinear a descendência e a herança estabelece-se pela linha paterna. No sistema de parentesco matrilinear estabelece-se pela via materna mas deve-se notar que o poder está nas mãos do tio materno e não na mulher.

⁵ A título de exemplo pode se citar o uso de pautas diferentes para a mesma enfermidade, na mesma ou em zonas distintas, devido à resistência dos gêrmes a determinados tratamentos antibiótico.

2.2. Elementos dum sistema de saúde

Um sistema de Saúde é um sistema cultural que contempla vários elementos. Entre eles destacam-se os seguintes elementos⁶:

1. Instituições de cura controladas pelo estado e pela sociedade.
2. Educação para a Saúde, amplamente concebida e aceite tanto pelos praticantes como pelos seus clientes.
3. Controlo e Saneamento Público.
4. Avaliação do risco para o individuo, comunidade ou grupo de comunidades.
5. Prevenção para o individuo ou comunidade.
6. A Terapia: inclui o campo extremamente amplo da psicologia social ou pastoral e o fornecimento de cuidados de conforto.
7. Reabilitação do individuo ou comunidade.

Grande parte dos elementos presentes nesta lista estão presentes em todos os sistemas de saúde. O problema que se levanta sobre a medicina cosmopolitico nos países em desenvolvimento está relacionado com os recursos alocados que são insignificantes⁷ e ao facto de dar maior atenção a cura física.

A maioria dos estudos existentes sobre os Sistemas de Saúde locais, centram-se na área curativa, havendo no entanto uma necessidade de se estudar outros elementos como a educação para a saúde, avaliação dos riscos e prevenção, reabilitação dos pacientes e características sociais dos clientes dos sistemas locais de saúde.

⁶ Dunn, Frederick

Op. Cit. Pag. 136 e seguintes.

⁷ A análise do Sistema Nacional de Saúde apresentada na parte II mostra claramente a insuficiencia de recursos tanto materiais como humanos.

2.3. O Sistema Nacional de Saúde em Moçambique

2.3.1. Distribuição de Unidades Sanitárias

Moçambique é um país com uma estrutura de rede sanitária típica de um país em desenvolvimento, para além de ter acabado de sair de uma guerra que trouxe consequências devastadoras para os sectores económicos e sociais. A guerra criou temporariamente ao longo dos 16 anos entre 1,5 e 2 milhões de refugiados nos países vizinhos e cerca de 6 milhões de deslocados internos⁸.

A análise da informação estatística, mostra que em 1983 o país contava com um total de 1.373 unidades sanitárias. Como consequência da guerra, em 1987 estima-se que 1/3 do total de unidades sanitárias que existiam em 1983 foi destruído ou não estava em funcionamento como resultado directo ou indirecto do conflito armado.⁹ A informação mais recente usada neste trabalho, data de Novembro de 1997, e mostra que a rede sanitária do país é composta por 1.059 unidades sanitárias¹⁰ para uma população total de 15.740.000¹¹ habitantes, ou seja neste período, estavam em funcionamento 77,1% do total de unidades sanitárias que existiam em 1983.

A análise da rede sanitária para 1997, será apresentada em forma de tabelas ao nível nacional e provincial e em forma de mapas ao nível distrital. Os critérios a serem usados incluem em primeiro lugar, a distribuição de unidades sanitárias por província ou distrito e em segundo lugar a população coberta por cada unidade sanitária. A comparação da cobertura por zonas ou regiões do país obedecerá ao seguinte critério:

1. Região norte: Inclui as províncias de Cabo Delgado, Niassa e Nampula.

⁸Pérez de Armiño, K.

Guía de Reabilitación Posbélica: El Proceso de Mozambique y la contribución de las ONG. Hegoa, Faculdade de Ciências Económicas, Bilbao 1997 pag. 39.

⁹Government of Mozambique and UNICEF.

The Situation of Children and Women in Mozambique.

Coopimagem, Maputo, 1994 pag. 91.

¹⁰ Os dados foram obtidos em Dezembro de 1997 e são da autoria da Direcção Nacional de Cooperação no Ministério da Saúde. Trata-se de uma fonte primária de informação gentilmente cedida pelo VAM (Vulnerability Analysis and Mapping) — PMA para efeitos do trabalho de Licenciatura.

¹¹ Instituto Nacional de Estatística, Direcção de Estatísticas Demográficas Vitais e Sociais.

II Recenseamento Geral da População e Habitação 1997 (1997). (Resultados preliminares). Os dados de população projectada na base do censo de 1980 apontam para uma população de 18.6 milhões de habitantes em 1998.

2. Região centro: constituída pelas províncias da Zambézia, Tete, Manica e Sofala.
3. Região Sul: Formada pelas províncias de de Inhambane, Gaza, Maputo e Cidade de Maputo.

Para um total de 1059 unidades sanitárias existentes no país, a média de população coberta por cada unidade sanitária é de 14.863 habitantes como ilustra a tabela 1: Número de Unidades Sanitárias e População por Província.

Tabela 1: Número de Unidades Sanitárias e População por Província 1997

REGIÃO	PROVÍNCIA	Número de Unidades sanitárias	% de Unidades Sanitárias por Província	Pop. Em '000 1997	Pop. Por Unidade Sanitária
Norte	Cabo Delgado	85	8.0	1,284	15,106
	Niassa	103	9.7	764	7,417
	Nampula	153	14.4	3,065	20,033
	Sub-total	341	32.2	5,113	14,994
Centro	Zambézia	170	16.1	3,202	18,835
	Tete	87	8.2	1,149	13,207
	Manica	92	8.7	975	10,598
	Sofala	112	10.6	1,380	12,321
	Sub-total	461	43.5	6,706	14,547
Sul	Inhambane	74	7.0	1,112	15,027
	Gaza	92	8.7	1,034	11,239
	Maputo cidade	34	3.2	966	28,412
	Maputo provincia	57	5.4	809	14,193
	Sub-total	257	24.3	3,921	15,257
Total nacional		1059	100	15.740	14.863

Fonte: MISAU, base de dados¹²

A análise da tabela 1, mostra que existe uma distribuição proporcional entre o número de unidades sanitárias e o número de população entre as três zonas do país.

O norte com uma população total de 5.113 mil habitantes (32,4% da população total) é coberto com um total de 341 unidades sanitárias (32,2% do total de unidades sanitárias) a média de população por unidade sanitária é de 14.994 habitantes. O centro cuja população total é de 6.706 mil habitantes (42,6%) está coberto por um total de 461 unidades sanitárias (43,5%), sendo a média de população por unidade sanitária de 14.547 habitantes. Esta, é a média de população por unidade sanitária mais baixa entre as três zonas do país e inferior à média nacional. O sul, possui uma população total de 3.921 mil habitantes (24,9%) e um total de 257 unidades sanitárias (24,2%), e cada unidade sanitária cobre em média uma população de 15.257 habitantes.

¹² Cf. Nota 10 deste trabalho



A análise desta informação, ao nível provincial mostra que as províncias de Cabo Delgado, Nampula, Zambézia, Inhambane e Cidade de Maputo cada unidade sanitária, cobre uma média de população superior à média populacional por unidade sanitária. Vamos analisar cada uma dessas províncias por zona.

Região Norte:

- ▶ Cabo Delgado: A sua população é de 1.284 mil habitantes, possui 8% do total de unidades sanitárias do país. A média de população coberta por cada unidade sanitária é de 15.106 habitantes.

- ▶ Nampula: com uma população total de 3,065 mil habitantes, conta com 153 unidades sanitárias ou seja 14.4% do total de unidades sanitárias do país para uma média de população de 20.033 habitantes por unidade sanitária

Região Centro:

- ▶ Zambézia: É a província mais populosa do país, com uma população total de 3,202 mil habitantes possui o maior número de unidades sanitárias, 170 unidades sanitárias no total (16,1% do total de unidades sanitárias do país) para uma média populacional de 18.835 habitantes por unidade sanitária;

Região Sul:

- ▶ Inhambane: Possui 74 unidades sanitárias ou seja 7% do total nacional, com uma população total de 1.112 habitantes cada unidade sanitária cobre um total de 15.027 habitantes.

- ▶ Cidade de Maputo: apresenta o menor número de unidades sanitárias 34 (3.2%) do total de unidades sanitárias do país e cada unidade sanitária cobre em média 28.412 habitantes. Este, é o número mais alto de população coberta por cada unidade sanitária no país.

As implicações da actual distribuição de unidades sanitárias só podem ser compreendidas ao analisarmos outros indicadores como o tipo de unidades sanitárias pois, este indicador permite identificar a capacidade de cada unidade sanitária e ao mesmo tempo temos que analisar os recursos humanos alocados em cada unidade sanitária.

2.3.2. Tipo de Unidades Sanitárias

Para efeitos de este trabalho considerou-se oito tipos de Unidades Sanitárias que constituem a rede sanitária do país como mostra a tabela 2: Tipo e Número de Unidades Sanitárias por Província

Tabela 2: Tipo e Número de Unidades Sanitárias por Província 1997

REGIÃO	PROVÍNCIA	Hosp. Central	Hosp. Prov.	Hosp. Gerais	Hosp Psiq.	Hosp. Rurais	Centros Saúde	Postos Saúde	Outros	Total
Norte	Cabo Delgado		1			3	17	63	1	85
	Niassa		1			1	16	16	69	103
	Nampula	1		1	1	4	45	101		153
	Sub-total	1	2	1	1	8	78	180	70	341
Centro	Zambézia		1			3	33	119	14	170
	Tete		1			2	27	57		87
	Manica		1			1	13	74	3	92
	Sofala	1				4	20	85	2	112
	Sub-total	1	3			10	93	335	19	461
Sul	Inhambane		1			2	30	33	8	74
	Gaza		1			4	12	40	35	92
	Maputo cidade	1		3	1		16	13		34
	Maputo província			1		1	12	37	6	57
	Sub-total	1	2	4	1	7	70	123	49	257
	Total nacional	3	7	5	2	25	241	638	138	1.059

Fonte: MISAU, base de dados

1. *Hospitais Centrais*: Num total de três, localizam-se nas províncias de Nampula, Sofala e Cidade de Maputo correspondendo a um hospital central por zona (Norte, Centro e Sul). Os hospitais centrais são a unidades melhor equipadas tanto em recursos humanos como em meios de funcionamento.
2. *Hospitais Provinciais*: Com a excepção da província de Maputo, onde não existe nenhum hospital provincial e das províncias de Nampula, Sofala e Cidade de Maputo, as restantes províncias dispõem dum hospital provincial.
3. *Hospitais Gerais*: num total de cinco localizam-se nas cidades de Maputo num total de três, e nas províncias de Nampula e Maputo, foram concebidos para o meio urbano.
4. *Hospitais Psiquiátricos*: O país conta com apenas dois hospitais psiquiátricos, localizados nas cidades de Nampula e Maputo e portanto, a resposta para questões psíquicas é limitada para a estas duas unidades localizadas uma no norte e outra sul do país. O centro do país não dispõe de nenhum hospital psiquiátrico.

5. *Hospitais Rurais:* Num total de vinte e cinco é o nível mais alto de cuidados de saúde que se pode encontrar nas zonas rurais. As províncias com fraca cobertura deste tipo de unidades sanitárias contam com apenas uma unidade sanitária desta categoria. Sendo respectivamente as províncias de Niassa, Manica e Maputo. As províncias de Nampula, Sofala e Gaza são as que possuem o maior número de unidades sanitárias nesta categoria com um total de quatro por província. As restantes provinciais possuem entre 2 e 3 unidades sanitárias nesta categoria.
6. *Centros e Postos de Saúde:* Formam a maioria das unidades sanitárias do país 879 ou seja 83% do total da rede sanitária do país. Num total de 241 centros de saúde (22.76%) e 638 postos de saúde 60.25%. Nesta categoria pode-se incluir também o que para efeitos deste trabalho foi considerado como outros que inclui os níveis mais baixos de categoria de assistência sanitária servido fundamentalmente por agentes comunitários de saúde. Na classificação do MISAU aparecem como centros de saúde da terceira categoria ou então como postos de saúde com agentes comunitários.

A cobertura populacional oferecida pelos hospitais rurais e gerais tem estado a decrescer desde 1989 - 90 quando era respectivamente de 613.000 e 611.000 pessoas por hospital. A informação de 1997 aponta para 524.000 pessoas por hospital desta categoria. A cobertura populacional dos hospitais provinciais ou centrais mantém-se desde 1990 em 1.57 milhões de pessoas por hospital.¹³

A análise da distribuição das Unidades sanitárias ao nível distrital e em particular dos distritos rurais num total de 128 distritos rurais mostra por um lado distritos com uma fraca cobertura de unidades sanitárias em relação à média provincial de unidades sanitárias e por outro lado distritos com uma população média por unidade sanitária superior à média nacional de população por unidade sanitária.

A média de unidades sanitárias ao nível distrital por província é apresentada na tabela 3: Média de Unidades Sanitárias por Distrito. A média nacional de unidades sanitárias ao nível distrital é de 7.3 unidades sanitárias para um total de 146 distritos¹⁴.

¹³ Government of Mozambique and UNICEF

Op. cit. pag. 91.

¹⁴ Para o cálculo desta média foram considerados os distritos Urbanos e Rurais num total de 146. O número de distritos rurais no país é de 128 distritos. Cf. Boletim da República, I Série, Número 16, 2. Suplemento, 25 de Abril de 1987. Resoluções 6/87; 7/87 e 8/87.

Tabela 3: Média de Unidades Sanitárias por Distrito 1997

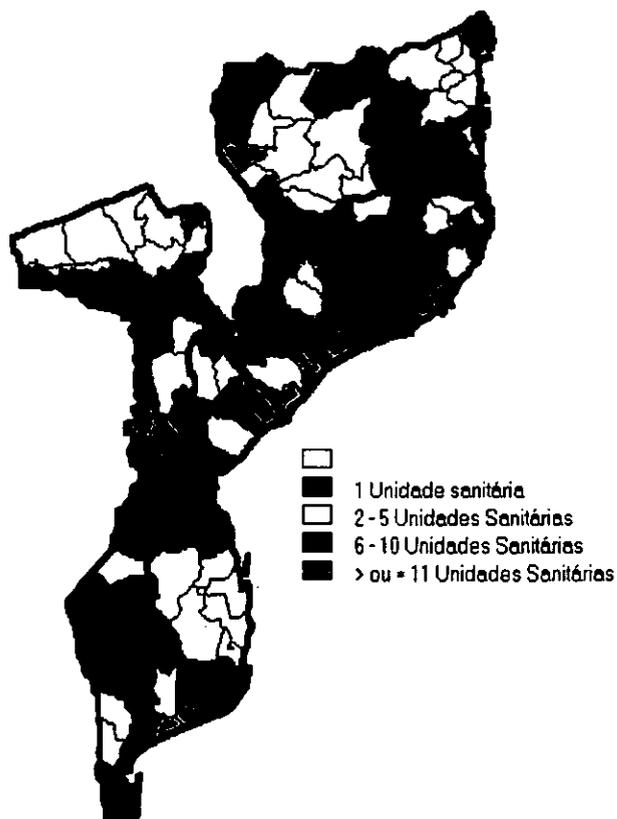
REGIÃO	Province	Número de Unidades Sanitárias	Número de Distritos por Província	Média de Unidades Sanitárias por Distrito
Norte	Niassa	103	16	6.4
	Cabo Delgado	85	17	5.0
	Nampula	153	21	7.3
	Sub-Total	341	54	15.8
Centro	Zambézia	170	17	10.0
	Tete	87	13	6.7
	Manica	92	10	9.2
	Sofala	112	13	8.6
	Sub-Total	461	53	11.5
Sul	Inhambane	74	14	5.3
	Gaza	92	12	7.7
	Maputo	57	8	7.1
	Maputo Cidade	34	5	6.8
	Sub-Total	257	39	15.2
Total Nacional		1.059	146	7.3

Fonte: MISAU, base de dados

Um cruzamento entre a variável: média de unidades sanitárias por distrito ao nível provincial e do número absoluto de unidades sanitárias por distrito, apresentado no mapa 1: **Mapa 1: Distribuição de Unidades Sanitárias por Distrito** distribuição de unidades sanitárias por distrito, permite-nos concluir existem distritos com cobertura abaixo da média provincial por distrito.

O distrito de Chigubo na província de Gaza possui apenas uma única unidade sanitária para uma população total de 13 mil habitantes dispersos por uma área de cerca de 14.550 km².

A segunda categoria de distritos com fraca cobertura é representada por distritos que têm entre 2 e 5 Unidades Sanitárias. Estes distritos localizam-se no interior da província do Niassa, Norte e Centro da província de Cabo Delgado, Norte da Província de Tete, Centro



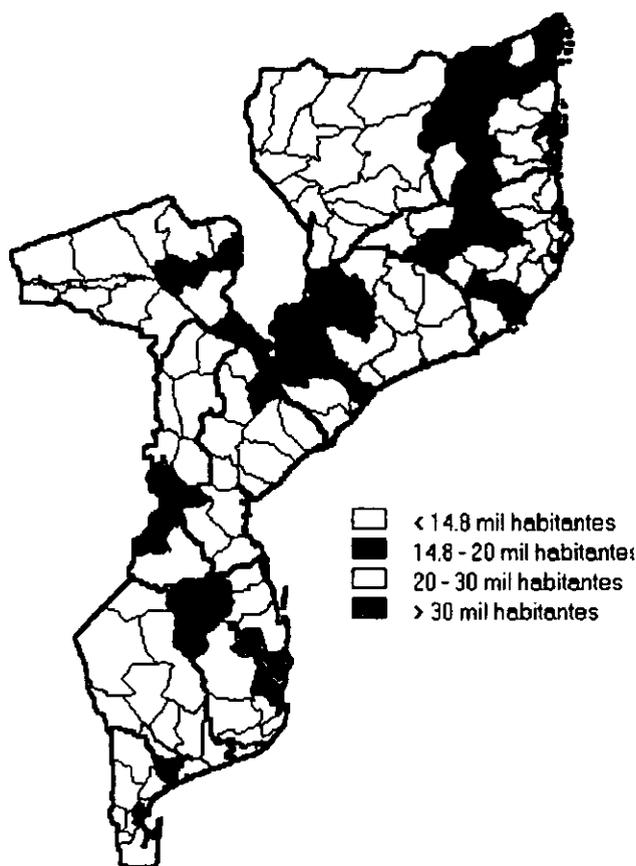
e Norte de Inhambane e de forma dispersa localizam-se nas restantes províncias do país.

Os distritos nas três categorias de distribuição de Unidades Sanitárias usadas no mapa 1 foram analisados tendo em conta a média nacional de população coberta por cada unidade sanitária, 14.863 habitantes por unidade sanitária. Esta análise, permitiu a identificação de distritos com uma cobertura populacional por unidade sanitária entre 14.8 mil e 20 mil habitantes. Tais distritos, localizam-se na províncias de Cabo Delgado, Nampula, Zambézia, Tete, Manica, Sofala, Inhambane e Gaza.

A segunda categoria de distritos é a de distritos que possuem unidades sanitárias que cobrem entre 20 mil e 30 mil habitantes, estes distritos estão localizados nas províncias de Cabo Delgado, Nampula, Zambézia, Tete, Inhambane e Gaza.

Mapa 2: Média de Pop. por Unidade Sanitaria.

A categoria de distritos mais preocupante é composta por distritos em que cada unidade sanitária cobre mais de 30 mil habitantes. Estes distritos, localizam-se nas províncias de Nampula e Zambézia.



Apesar de não haver informação sobre o número de população ideal que deve cobrir cada unidade

sanitária, podemos tirar a conclusão de que a dispersão populacional no país em particular nas zonas rurais, impede o acesso às unidades sanitárias existentes e por outro lado, os actuais números de unidades sanitárias são insuficientes.

A questão que se coloca é se será suficiente falar-se do acesso aos serviços oficiais de cuidados de saúde, sem se conhecer os outros indicadores que ajudam a compreender a característica actual dos serviços de saúde. É evidente que não. por isso vamos analisar outros indicadores como a disponibilidade de água; electricidade, maternidades, laboratórios e recursos

humanos. A informação sobre camas para o internamento nas unidades sanitárias não foi analisada por estar desactualizada.

2.3.3. Avaliação das Unidades Sanitárias

Para a análise da qualidade dos serviços fornecidos pelas unidades sanitárias foram considerados vários parâmetros: água; electricidade; laboratórios; maternidades e recursos humanos. A informação sobre a qualidade de serviços foi desagregada ao nível distrital para ilustrar a situação particular de cada distrito e identificar os distritos mais críticos para cada indicador.

2.3.3.a. Disponibilidade de Água

Um dos critérios utilizados para medir a qualidade dos serviços de saúde foi a análise da disponibilidade de água nas unidades sanitárias. Segundo um relatório do PNUD, desconhece-se a percentagem de população que tem acesso a água potável¹⁵. Ao nível de unidades sanitárias, a informação disponível, permite concluir que de um total de 1.059 unidades sanitárias menos de 1/3 de unidades sanitárias existentes no país dispõem de água corrente (318 unidades sanitárias) representando 30% do total de unidades sanitárias existentes no país.

Ao analisarmos o indicador de disponibilidade de água nas unidades sanitárias devemos ter um certo cuidado porque ao que parece não está claramente reflectido se a disponibilidade de água a que se referem os dados é em primeiro lugar de água potável ou de água corrente. A análise desta variável permite nos concluir que a recolha de dados em particular sobre esta variável não obedeceu a um critério comum como veremos mais adiante.¹⁶

Segundo as estatísticas oficiais, as províncias de Maputo, Manica e Maputo possuem mais de 50% das suas unidades sanitárias abastecidas em água. As províncias com pior cobertura são as do Niassa e Zambézia com 15,5 e 7,6% do total de unidades sanitárias existentes. Os dados para as províncias de

¹⁵ UNDP (United Nations Development Programme)

Human Development Report 1997, Oxford University Press, 1997 pag. 55.

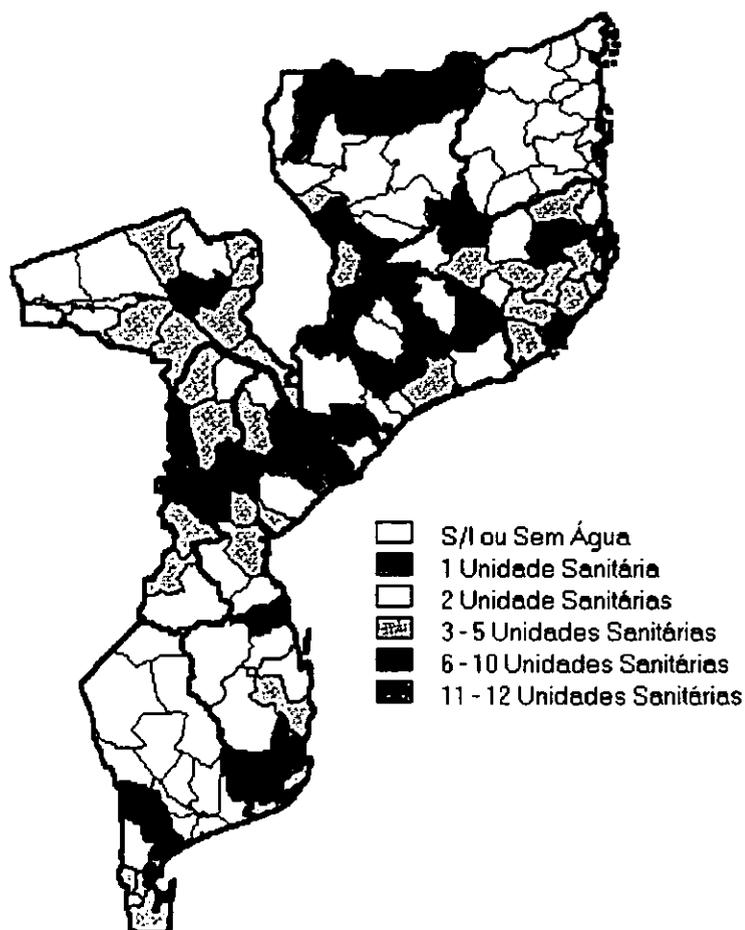
¹⁶ Baseado em visitas ao terreno para grande partes dos distritos do país, os critérios usados para a recolha do indicador de disponibilidade de água não foram uniforme. a título de exemplo, em alguns distritos como Machaze na província de Manica reportam haver água na totalidade das suas unidades sanitárias e, na província de Gaza nenhum distrito reporta a disponibilidade de água.

Gaza e Cabo Delgado podem não ser correctos pelo facto de alguns distritos estarem reflectidos como não disporem de água e noutras províncias foram considerados os distritos não apenas com água corrente.

Ao nível de distritos rurais, a distribuição de unidades sanitárias com água é apresentada no mapa 2: Número de Unidades Sanitárias com Água por Distrito; onde se pode notar que os distritos das províncias de Cabo Delgado e Gaza não possuem informação.

Os distritos com uma ou duas unidades sanitárias com água localizam-se de forma dispersa por todo o país. Nota-se também uma dispersão de unidades sanitárias que possuem duas a cinco unidades sanitárias com água com uma forte concentração nas províncias de Nampula, Tete, Manica e Niassa. Os distritos com mais de cinco unidades sanitárias com água são num total de seis e localizam-se nas província de Manica: Barue, Manica e Gondola; Na Província de Maputo é o Distrito de Manhiça e Matola; na de Nampula temos apenas o Distrito de Angoche.

Mapa 3: Número de Unidades Sanitárias C/ Água



2.3.3.b. Disponibilidade de electricidade

O abastecimento em electricidade às unidades sanitárias é um outro indicador considerado para a análise da qualidade dos serviços de saúde. A tabela 4: "Percentagem e Número de Unidades Sanitárias com Electricidade" mostra que de um total de 1059 Unidades Sanitárias existentes no país apenas 192 unidades sanitárias que representam 18.1% do total de unidades sanitárias estão abastecidas em electricidade.

Tabela 4: Número e Percentagem de Unidades Sanitárias com Electricidade 1997

REGIÃO	PROVÍNCIA	Total de Unidades Sanitárias	Unidades Sanitárias com Electricidade	% de Unidades Sanitárias com Electricidade
NORTE	CABO DELGADO	85	1	1.2
	NIASSA	103	5	4.9
	NAMPULA	153	34	22.2
	Sub-Total	341	40	11.7
CENTRO	ZAMBÉZIA	170	8	4.7
	TETE	87	28	32.2
	MANICA	92	21	22.8
	SOFALA	112	30	26.8
	Sub-Total	461	87	18.9
SUL	INHAMBANE	74	16	21.6
	GAZA	92	SI	SI
	MAPUTO CIDADE	34	24	70.6
	MAPUTO PROVÍNCIA	57	25	43.9
	Sub-Total	183	49	26.8
Total Nacional		1.059	192	18,1

Fonte: MISAU, base de dados

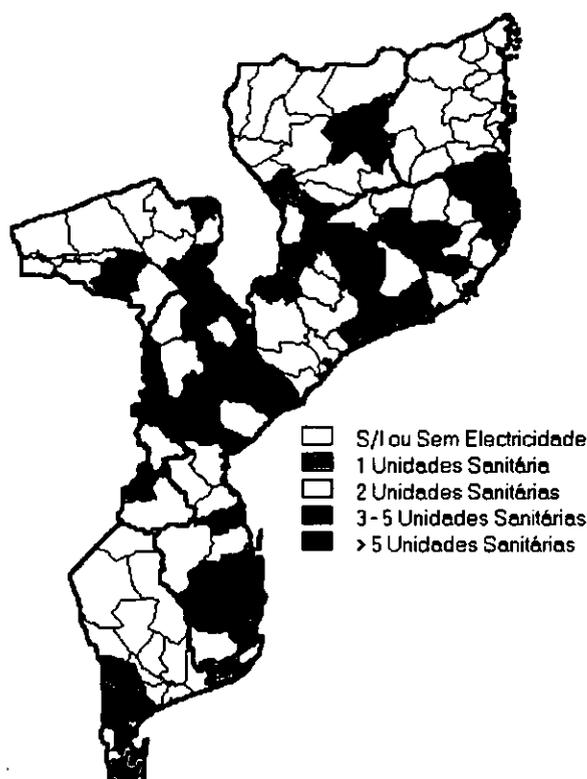
As províncias de Niassa e Zambézia são as pior cobertas pelo abastecimento de electricidade às unidades sanitárias no país, com uma cobertura de 2,9 e 4,7% do total das suas unidades sanitárias respectivamente. A melhor cobertura regista-se na cidade de Maputo onde existem 24 unidades sanitárias abastecidas com electricidade. Este, é o nível de cobertura mais alto em electricidade no país e representa 70,6% do total de unidades sanitárias da cidade de Maputo.

As províncias de Maputo, Tete, Sofala, Manica e Inhambane possuem 43,9; 32,2; 26,8; 25 e 21,6% das suas unidades sanitárias com electricidade respectivamente. As províncias sem informação são as de Gaza e Cabo Delgado.

O problema de abastecimento em electricidade às unidades sanitárias das zonas rurais resume-se no mapa 4: Número de Unidades Sanitárias com Electricidade por Distrito.

As províncias de Cabo Delgado e Gaza mostram a totalidade dos seus distritos rurais sem nenhuma unidade sanitária abastecida em electricidade. Isto, em alguns casos reflete a falta de informação pois, por exemplo, as unidades sanitárias dos distritos de Chokwe e Bilene na província de Gaza que possuem electricidade pelo menos nas capitais distritais.

Mapa 4: Número de Unidades Sanitárias Com Electricidade



Os distritos com apenas uma unidade sanitária abastecida em electricidade são num total de 35, espalhados pelas províncias de Maputo, Inhambane, Manica, Sofala, Zambézia, Nampula e Sofala. Poucos distritos possuem electricidade em pelo menos duas das suas unidades sanitárias e são num total de 17 distritos em todo o país.

2.3.3.c. Serviços de maternidade

Os serviços de maternidade no sistema de saúde, têm uma extrema importância. É destes serviços que se assegura o bem estar tanto das mães como da crianças. Estes serviços contribuem para a redução da mortalidade infantil que no país entre 1990 e 1996 era de 116 por cada 1000 nados

vivos.¹⁷ Por outro lado, devemos notar que ainda no mesmo período, estima-se que em Moçambique, apenas 25% do total de partos são atendidos por pessoal especializado.¹⁸

De acordo com os dados existentes, mais de metade das unidades de saúde não possuem serviços de maternidade. De um total de 1059 unidades sanitárias existentes no país apenas 47,2% possuem serviços de maternidade, como mostra a tabela 5: Número e Percentagem de Unidades Sanitárias com Maternidades.

Tabela 5: Número e Percentagem de Unidades Sanitárias com Maternidades 1997

REGIÃO	PROVÍNCIA	Total de Unidades Sanitárias	Número de Unidades Sanitárias Com Maternidades	% de Unidades Sanitárias Com Maternidades
NORTE	CABO DELGADO	85	39	45.9
	NIASSA	103	47	45.6
	NAMPULA	153	58	37.9
	Sub-Total	341	144	42.2
CENTRO	ZAMBÉZIA	170	73	42.9
	TETE	87	44	50.6
	SOFALA	112	31	27.7
	MANICA	92	64	69.6
	Sub-Total	461	212	46.0
SUL	GAZA	92	44	47.8
	INHAMBANE	74	53	71.6
	MAPUTO PROVÍNCIA	57	37	64.9
	MAPUTO CIDADE	34	10	29.4
	Sub-Total	257	144	56.0
Total Nacional		1.059	500	47.2

Fonte: MISAU, base de dados

Apesar de não se poder falar da qualidade de serviços de maternidades fornecidos nessas unidades sanitárias, a apreciação do número de maternidades existentes permite nos concluir que nas províncias de Inhambane, Manica, Maputo e Tete, mais de 50% do total das suas unidades sanitárias possuem serviços de maternidade. Estas províncias, possuem respectivamente 71,6; 69,6; 59,6; e 50,6% das suas unidades sanitárias com serviços de maternidade. As províncias com mais fraca cobertura de serviços de maternidade são as de Niassa, Cabo Delgado, Nampula, Zambézia, Sofala e Gaza.

A cidade de Maputo, conta com apenas 29,4% do total das suas unidades sanitárias com serviços de maternidade. Esta, aparenta ser a pior cobertura deste tipo de serviços no país. Esta aparência, resulta da falta de informação sobre a capacidade de atendimento de cada unidade sanitária. Pois, devemos

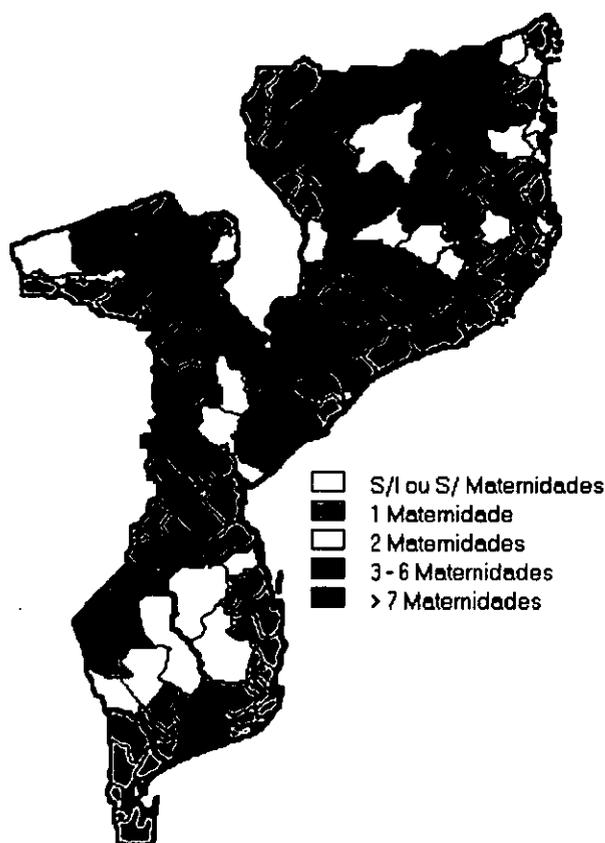
¹⁷ UNDP (United Nations Development Programme)
Human Development report 1997, Oxford University Press 1997. Pag. 167

¹⁸ Idem pag. 175

notar que na Cidade de Maputo, existe um hospital central e três hospitais gerais com uma capacidade de atendimento superior por exemplo a de um centro de saúde.

Ao nível de distritos rurais, o número de unidades sanitárias com serviços de maternidade é apresentado no mapa 5: Número de Maternidades por Distrito. Os distritos com serviços de maternidade em uma ou duas das suas Unidades Sanitárias localizam-se nas zonas pouco acessíveis do interior da província do Niassa, Cabo Delgado, Nampula, Tete, Inhambane e Gaza; no

Mapa 5: Número de Maternidades por Distrito



norte de Tete e nos distritos costeiros da província de Sofala.

Os distritos que possuem entre 3 e 5 maternidades localizam-se em zonas com uma acessibilidade intermédia.

Os distritos com mais de 6 maternidades são os que possuem uma boa acessibilidade ou constituem focos importantes do desenvolvimento económico.

2.3.3.d. Serviços de laboratórios

Um dos meios auxiliares para o diagnóstico usado na medicina moderna são os testes laboratoriais. O Sistema Nacional de Saúde conta com apenas 150 laboratórios nas 1.059 unidades sanitárias o que corresponde a apenas 14.2% do total de unidades sanitárias do Sistema Nacional de Saúde.

Tabela 6: Número e Percentagem de Unidades Sanitárias com Laboratórios 1997

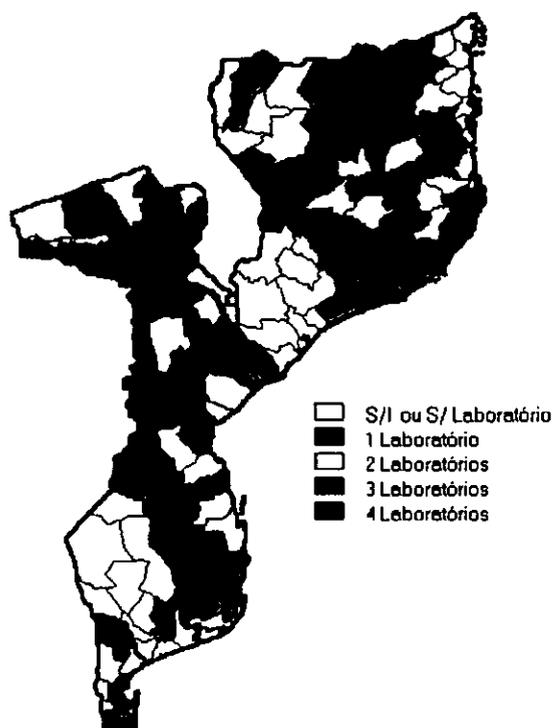
REGIÃO	PROVÍNCIA	Número Total de Unidades Sanitárias	Número Total de Laboratórios	% de Unidades Sanitárias com Laboratórios
NORTE	CABO DELGADO	85	5	5.9
	NIASSA	103	13	12.6
	NAMPULA	153	31	20.3
	Sub - total	341	49	14.4
CENTRO	ZAMBÉZIA	170	6	3.5
	TETE	87	23	26.4
	SOFALA	112	13	11.6
	MANICA	92	10	10.9
	Sub - total	461	52	11.3
SUL	INHAMBANE	74	20	27.0
	GAZA	92	SI	SI
	MAPUTO CIDADE	34	18	52.9
	MAPUTO PROVÍNCIA	57	11	19.3
	Sub - total	183	29	15.8
TOTAL NACIONAL		1.059	150	14.2

Fonte: MISAU, base de dados

Mapa 6: Número de Laboratórios por Distrito

A Cidade de Maputo, dispõe de laboratórios em mais de metade das suas unidades sanitárias. Muito fraca cobertura em laboratórios, inferior à média nacional encontra-se nas províncias de Niassa, Cabo Delgado, Zambézia, Manica e Sofala com 11,7; 5,9; 3,5; 10,9 e 11,6% respectivamente. Apesar de haver uma cobertura acima da média nacional para as províncias de Nampula, Tete, Inhambane e Maputo continua longe de haver uma cobertura laboratorial ideal.

Ao nível das zonas rurais, os distritos com uma fraca cobertura em laboratórios



representam a grande parte do país e são ilustrados pelo mapa 6: Número de laboratórios por distrito. Neste mapa, identificamos os distritos que não possuem laboratórios ou possuem apenas um laboratório.

No país, existe um total de 110 distritos que não possuem laboratórios ou possuem apenas um laboratório. As províncias cuja totalidade dos seus distritos estão nesta categoria são as de Cabo Delgado, Zambézia, Manica e Gaza.

Os distritos com dois ou mais laboratórios formam um total de dezanove, e localizam-se nas províncias de Niassa, Nampula, Tete, Sofala, Inhambane e Maputo.

A conclusão que podemos tirar da análise de distribuição de laboratórios no Sistema Nacional de Saúde é de que a cobertura actual é ainda baixa.

2.3.4. Avaliação dos Recursos Humanos

Os recursos humanos no Sistema Nacional de Saúde dividem-se em quatro categorias: médicos, técnicos médio, técnicos básico e elementares. Segundo os dados de 1997, o Sistema Nacional de Saúde conta com 427 médicos, 1040 técnicos médios, 3934 técnicos básicos e 1550 técnicos elementares. Vamos em seguida, analisar a distribuição cada uma dessas categorias no país.

2.3.4.a. Médicos

No país existem segundo os dados de 1997 um total de 427 médicos ao serviço do Sistema Nacional de Saúde. Os médicos distribuem-se pelas principais unidades sanitárias com destaque para o nível de hospitais e Centros de Saúde. Em média, cada médico cobre um total de 36.800 habitantes.

Os desníveis na distribuição dos médicos no país é ilustrada pela comparação entre as zonas norte, centro e sul. O sul, absorve mais de metade dos médicos ao serviço nacional de saúde (267), enquanto que o centro dispõe de 101 médicos e o norte de apenas 59. A média de população por médico no sul país é de 14.700 habitantes; no centro cada médico cobre uma população de 66.400 habitantes e no norte de 86.700 habitantes. É

evidente, que com esta distribuição o norte e o centro são as zonas mais desfavorecidas do país.

A distribuição dos médicos por tipo de unidade sanitária resume-se na tabela 7: Tipo de Unidades Sanitárias e Número de Médicos.

Tabela 7: Número de Médicos por Tipo de Unidade Sanitária 1997

REGIÃO	Província	Hosp. Central	Hosp. Prov.	Hosp. Rural	Hosp. Gerais	Hosp. Psiq.	Centros Saúde	Postos Saúde	Outros	Total Prov.
Norte	Cabo Delgado		9	4			1	0	0	14
	Niassa		8	5			1	0	0	14
	Nampula	14		7	3	1	6	0		31
	Sub- total	14	17	16	3	1	8	0	0	59
Centro	Zambézia		16	4			3	0	0	23
	Tete		7	4			4	0		15
	Manica		6	1			5	0	0	12
	Sofala	29		9			12	1	0	51
	Sub- total	29	29	18			24	1	0	101
Sul	Inhambane		9	8			5	0	0	22
	Gaza		5	6			1	0	0	12
	Maputo província			1	3		11	0	0	15
	Maputo cidade	159			45	5	9	0		218
	Sub- Total	159	14	15	48	5	26	0	0	267
Total Nacional		202	60	49	51	6	58	1	0	427

Fonte: MISAU, base de dados

A alocação de médicos no Sistema Nacional de Saúde prioriza os diferentes níveis de hospitais. Neste nível, estão alocados um total de 368 médicos ou seja 86,2% do total de médicos existentes no país. Os três hospitais centrais localizados nas cidades de Maputo, Beira e Nampula absorvem 202 médicos dos quais, 159 estão alocados ao hospital central de Maputo. Do total de médicos alocados ao hospital central de Maputo uma parte desempenha funções não assistenciais a tempo inteiro ou parcial noutras instituições como a UEM e o MISAU.

Os Hospitais provinciais num total de sete localizados nas províncias de Cabo Delgado, Gaza, Inhambane e Manica, Niassa, Tete e Zambézia são cobertos por um total de 60 médicos ou seja 14,1% do total de médicos do país.

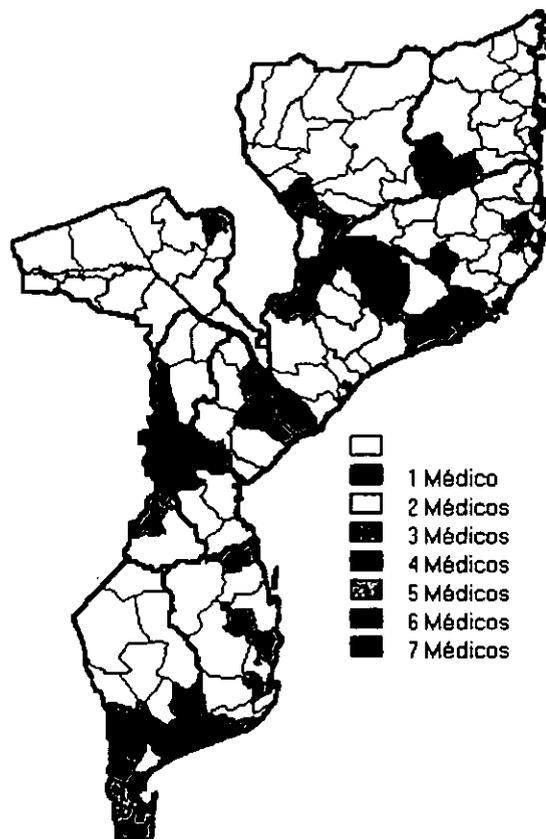
Os hospitais rurais do país dispõem apenas de um total de 49 médicos (11,5%) do total de médicos do país: A província de Sofala conta com o maior número de médicos alocados nos hospitais rurais (9); A província de Inhambane possui 8 médicos nos seus hospitais rurais; a de Nampula - 7; Gaza - 6; Niassa - 5; e as de Tete, Zambézia e Cabo Delgado - 4 médicos neste nível. As províncias de Manica e Maputo possuem apenas um médico 1 em hospitais desta categoria.

Os hospitais gerais num total de 5 em que quatro dos quais localizados na cidade de Maputo, estão alocados um total de 51 médicos ou seja 11,9% do

total de médicos no país. Nos dois hospitais psiquiátricos localizados nas cidades de Maputo e Nampula existem 5 e 1 médico respectivamente.

Um total de 58 médicos cobrem os Centros de Saúde em Moçambique, representando 13,6% do total de médicos do país. A província com um número considerável de médicos a trabalhar nos centros de saúde é a de Sofala com um total de 12 médicos. Seguida pela província de Maputo e cidade de Maputo com 11 e 9 médicos respectivamente.

Mapa 7: Número de Médicos por Distrito



A distribuição de médicos ao nível zonas rurais, resume-se no mapa 7: Número de Médicos por distrito:

No país 77 distritos não possuem médicos o que representa 70% do total de distritos do país. Estes distritos, localizam-se na sua maioria nas províncias de Niassa, Cabo Delgado, Nampula, Zambézia, Tete, Inhambane e Gaza.

Um total de 31 distritos localizados em nove das dez províncias do país possuem apenas um único médico e representam 24,2% do total de distritos do país.

Os distritos que possuem dois ou mais médicos formam um total de 21 distritos o que corresponde a 16,4% do total de distritos do país.

2.3.4.b. Técnicos médios, básicos e elementares

Num total de 1.040 técnicos médios distribuídos por todo o país representam a maior parte dos profissionais qualificados da área de saúde. A distribuição dos técnicos médios no país, resume-se na tabela 8: Número de Técnicos Médios por Província e Tipo de Unidade Sanitária. A média nacional de

técnicos médios por província é de 94,5 técnicos médios por província. As província com cobertura abaixo da média são as de cabo Delgado, Manica, Maputo, Niassa, Tete e Zambézia.

Tabela 8: Número de Técnicos Médios por tipo de Unidade Sanitária 1997

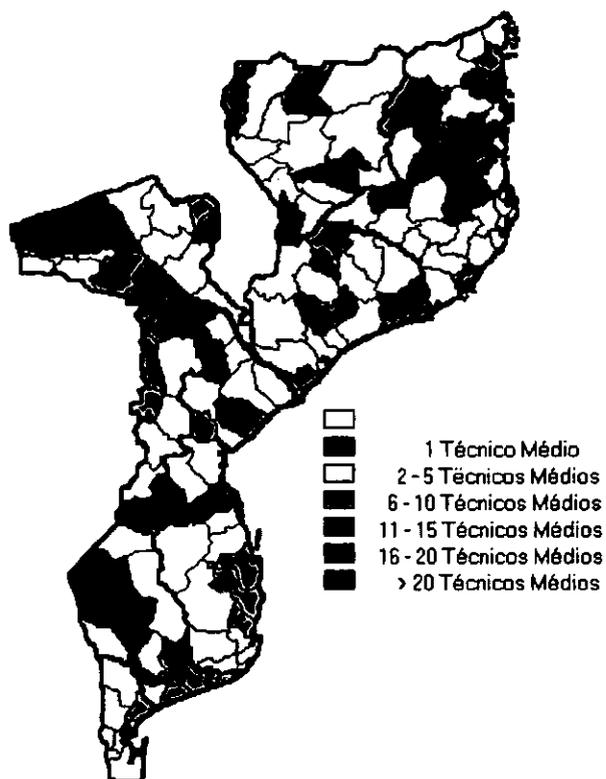
REGIÃO	Província	Centro Saúde	Hosp. Central	Hosp. Prov.	Hosp. Rurais	Hosp. Gerais	Hosp. Psiq.	Postos Saúde	Outros	Total Prov.
Norte	Cabo Delgado	10		21	16			3	0	50
	Niassa	12		19	4			0	1	36
	Nampula	49	26		18	3	1	5		102
	Sub-total	71	26	40	38	3	1	8	1	188
Centro	Zambézia	37			20			1	1	59
	Tete	22		40	12			5		79
	Manica	22		25	1			0	0	48
	Sofala	28	63		19			6	0	116
	Sub-total	109	63	65	52			12	1	302
Sul	Inhambane	48		28	25			3	0	104
	Gaza	35		27	45			4	6	117
	Maputo Prov.	35			4	10		5	0	54
	Maputo Cidade	21	101		0	134	15	4		275
	Sub-total	139	101	55	74	144	15	16	6	550
	Total Nacional	319	190	160	164	147	16	36	8	1.040

Fonte: MISAU, base de dados

A cidade de Maputo conta com um total de 275 técnicos médios que representa 26,4% do total de técnicos médios do país; Gaza - 117 (11,3%) e Sofala - 116(11,2%).

Mapa 8: Número de Técnicos Médios por Distrito

Os técnicos médios estão alocados em todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde: Os centros de saúde estão cobertos por um total de 314 técnicos médios (30,7%) do total nacional; Os três hospitais centrais do país estão cobertos por 190 técnicos médios (18,3%); ao nível de hospitais gerais existe um total de 147 técnicos médios ou seja 14,1% do total de técnicos de médios do país. Os hospitais provinciais do país possuem 160 técnicos médios (15,4%); os psiquiátricos 16 (1,5%); Os hospitais rurais 164 (15,8%); os postos de saúde 36 (3,5%) e finalmente as unidades sanitárias na



categoria de outros possuem 8 técnicos médios que representam 0,8% do total de técnicos médios do país. A distribuição dos técnicos médios pelo país resume-se no mapa 8: Número de técnicos médios por distrito.

Nas zonas rurais, existem distritos sem cobertura de técnicos médios estes distritos localizam-se na província de Niassa (5 distritos); Cabo Delgado (6 distritos); Nampula (3 distritos); Tete (três); Gaza e Inhambane, Manica e Sofala com 2, 4, 2 e 1 respectivamente.

Os técnicos básicos num total de 3.934 em todo o país são a maior força de trabalho no Sistema Nacional de Saúde. Os técnicos básicos, estão distribuídos por todos os níveis de unidades sanitárias: hospitais centrais 24,7%; centros de saúde 35,6%; hospitais gerais 9%; hospitais provinciais (8,7%); hospitais psiquiátricos 0,6%; hospitais rurais 12,5%; postos de saúde 7,6% e nas unidades sanitárias na categoria de outros 1,2%.

Técnicos elementares: Num total de 1.550 técnicos elementares existentes no país, perto da metade estão alocados nos centros de saúde (49,3%) e 22% nos postos de saúde. Estas duas categorias de unidades sanitárias absorvem 71,3% do total de técnicos elementares em serviço nas unidades sanitárias. As restantes categorias de unidades sanitárias absorvem 28,7% do total de técnicos elementares do país.

2.3.5. Implicações da Actual Característica do Sistema Nacional de Saúde

A característica actual do Sistema Nacional de Saúde mostra uma grande insuficiência em termos de cobertura em unidades sanitárias no país. Estas por sua vez em geral procuram cobrir uma população acima das suas capacidades. por outro lado, poucas unidades sanitárias dispõem de condições básicas de funcionamento como água, electricidade, maternidades e laboratórios. Os recursos humanos são escassos e em geral grande parte de Unidades Sanitárias é coberta por profissionais de baixa categoria e competência profissional.

O Sistema Nacional de Saúde cobre uma população que possui valores sócio-culturais próprios e como notou Kleinman¹⁹, os sistemas de saúde são tanto sociais como culturais. Não são simples sistemas de significados e normas comportamentais. Kleinman, nota ainda que os significados e normas estão

¹⁹Kleinman, Arthur

Concepts and model for a comparison of medical systems as cultural systems.
Department of psychiatry and behavioral sciences of Washington School of Medicine.
In: S. Soc. Med. Vol. 12 pg. 85

ligados a uma particular relação e instituições estabelecidas e são o resultado da interacção de factores multi-complexos que incluem aspectos biológicos, psicológicos e sociais que operam no mesmo nível. Isto, leva nos a crer que há uma necessidade de compreender esses valores culturais. A compreensão desses valores culturais levar-nos-ia a identificar o papel da medicina tradicional e dos seus praticantes na melhoria dos serviços de saúde e identificar as possíveis áreas de colaboração.

II. Principais Estudos da Medicina Tradicional

3. 1. Introdução

O principais estudos da medicina tradicional incluem os estudos de Junod (1911/2) e nas décadas 50 e 60, entre os trabalhos mais importantes destacam-se os de Abrahams(1959), Gerlach(1956) e Gelfand (1964), em que as atenções estão voltadas para a análise dos rituais de saúde/doença e a magia e a religião estão ligadas ao conceito de "medicina primitiva". Cerca dos finais deste período, as atenções concentraram-se no fenómeno de utilização dual dos serviços de saúde pelas populações locais, que envolve a medicina tradicional e a medicina moderna.

Slikkerveer²⁰ considera que este interesse parece estar ligado à emergência da antropologia aplicada e no seu foco cultura/mudanças sociais; ao uso e concorrência entre a medicina tradicional e medicina oficial ou científica. Estes estudos foram realizados com o objectivo de compreender o dualismo na utilização dos serviços de saúde (medicina tradicional/ científica).

O conceito de dualismo, foi inspirado na diferença de interpretação das causas da doença e na diferença das características sócio-demográficas da população alvo ou subgrupos de beneficiários de serviços de saúde. O conceito dualismo está associado ao conceito de sociedades pluralísticas, desenvolvido pela primeira vez por Furnivall em 1939 na sua obra: "The Netherlands India, A Study of Plural Economy", para descrever o pluralismo económico das sociedades coloniais. Este conceito é por empréstimo aplicado na análise dos sistemas de saúde na tentativa de encontrar uma solução para os problemas de saúde pública nos países em desenvolvimento, inspirado na incorporação bem sucedida da medicina tradicional na China.

²⁰Slikkerveer, L. J. Plural Medical Systems I the Horn of Africa: The Legacy of "Sheikh" Hippocrates.
Kegan Paul International Limited, London 1990, pag. 9

Os estudos realizados até a década 70 apresentam uma abundante informação sobre as culturas locais e em geral classificam as doenças em "natural" e "sobre-natural". Estes estudos, mostram que a interligação entre variáveis que influenciam a utilização de um sistema de saúde pode ser mais complexo nos países em desenvolvimento do que nos países desenvolvidos baseado na teoria de aculturação de Redfield, Linton e Herskovits. A aculturação compreende os fenómenos que resultam quando um grupo de indivíduos com diferentes culturas têm um contínuo contacto em primeira mão resultando em mudanças em um ou ambos os lados. As diferentes culturas influenciam-se mutuamente. Tais influências podem ser em termos de religiosos, linguística, política, militar, artística e nos elementos legais.

Ortiz (1970) citado por Slikkeervier²¹, defende que a transculturação sucede quando há um elevado contacto entre diferentes culturas. Este, é um processo em que ambas as partes da equação são modificadas, o processo a partir do qual a nova realidade que emerge e transformada é complexa. Esta realidade não é uma aglomeração mecânica mas um novo fenómeno original e independente em que os recursos médicos consistem num largo arranjo de práticas e remédios caseiros.

Kleinman (1978)²², no modelo de serviços de saúde identifica três áreas sociais nas quais a doença é tratada: As arenas popular, profissional e a folclórica.

1. Arena popular - Esta, inclui a família imediata do paciente e a relação que se estabelece com a comunidade.
2. Arena folclórica - É um sector no qual nenhum profissional de cura opera.
3. Arena profissional - cobre a moderna e ocasionalmente as reconhecidas medicinas tradicionais.

Esta análise dos sistemas pluralísticos de saúde permite-nos identificar o papel que as medicinas locais e regionais desempenham nos países em desenvolvimento. Para compreendermos esta questão devemos procurar responder a questões como: quem busca a cura, onde, como e porquê. Neste trabalho vamos procurar responder a estas questões com a análise das práticas sanitárias e posteriormente com os resultados do trabalho de campo.

²¹ Slikkeerveer, L. J. Op. Cit. Pag. 10

²² Kleinman, A. Culture and Healing in Asian Societies. Cambridge, Mass, 1978. Pag 85

3.2. As Práticas Mágico-Sanitárias em Moçambique

A medicina tradicional africana está baseada em princípios mágico-religiosos e utiliza como meio de cura as plantas medicinais com um conhecimento empírico.

Mas não podemos esquecer que as origens da medicina que hoje consideramos científica estão baseadas igualmente em bases puramente mágicas e especulativas. A mesma arte dos Hipócratas - como indicam Maria Teresa e João Fernando Lima Schwalbach²³ nasceu em volta da magia e mistério. Mas a magia, com o seus acertos e falhas, ajudou o desenvolvimento da medicina científica.

A medida que se aumentou o conhecimento do corpo humano e o seu funcionamento, foram-se substituindo as práticas mágicas por práticas científicas, num processo que ainda hoje não está concluído nas sociedades ocidentais²⁴.

Este processo de substituição viu-se apoiado pela evolução paralela da economia e a possibilidade de ascender a condições de alimentação e de higiene adequadas que gradualmente afastavam o homem da doença.

Estes factores, que ficam mais ou menos distantes para as sociedades ocidentais, que constituem as características básicas das sociedades africanas são os que analisaremos em seguida.

Há um outro aspecto a considerar quando tratamos de diferenciar a medicina tradicional da medicina ocidental e é o facto de que cada uma delas estuda ou utiliza referências diferentes, em planos diferentes. Enquanto que a medicina ocidental dá basicamente resposta aos desequilíbrios físicos do

²³ Schwalbach, M. T. e Schwalbach, J. F. L. " Aspectos gerais da medicina negra em Moçambique", [s/e], Lourenço Marques, 1968. Pag. 167.

²⁴ Não se trata, como pode parecer, dum processo linear, ascendente, em direcção ao conhecimento científico. Como indica Orlando de Albuquerque na Introdução da obra de Pedro José Gonzalez-Quevedo, Feitiçeiros, bruxos e possessos, Editorial A O, Braga, 1980 pag. 15. O progresso das modernas técnicas e conhecimentos não implica o retrocesso do fenómeno de feiticismo e dos bruxos, antes pelo contrário assistimos a "um constante recrudescer do interesse pelas coisas ocultas, pelo estranho mundo dos encantamentos e feitiçarias", o qual deve-se, segundo o autor, não só como pretendem alguns " ao facto de vivermos numa sociedade materialista", o que leva ao homem "a procurar, no oculto e no mágico, uma fuga para as suas vivências diárias", e que reside também na própria essência do homem, nos arquétipos do inconsciente colectivo, do qual falava Jung, que marcam continuamente a alma do homem actual. A crença nas forças ocultas radicaria pois numa "função mágica e natural" do homem, e nas suas próprias limitações. Por outro lado, "Desconhecemos ainda quase tudo do próprio homem. O espírito, a alma, ou o que lhe quiserem chamar, é um mundo imensurável de possibilidades ainda por explorar e que mal foram ainda exploradas". Seria necessário também fazer menção ao papel que a perpetuação de certos mitos e superstições desempenham para subjugar as massas, através do medo, o que dificulta "o crescimento e a dignificação do homem".

organismo, entendido como a soma das suas partes, a medicina tradicional trata de dar resposta ao todo, e entende o organismo como uma unidade não separada do resto dos fenómenos.

3.2.1. Princípios Básicos da Medicina Tradicional

Os princípios básicos da filosofia de base da medicina tradicional africana - não se diferenciam na sua essência do que as sociedades ocidentais acreditam quando tratam de dar resposta as mesmas perguntas. Por isso, convém salientar que a influência de estes princípios na vida quotidiana das sociedades africanas é muito maior que nos povos ocidentais. De qualquer forma, a separação entre o pensamento mágico e o pensamento científico não é nem clara nem tachativa, nem convém entendê-lo como termos totalmente opostos, o pensamento mágico é "extenso como o mundo, e antigo como este, como nota Hegel.²⁵

Os princípios da filosofia natural são os seguintes²⁶:

1º A alma humana continua existindo depois da morte do corpo físico.

2º Os espíritos dos mortos podem incorporar-se nas pessoas vivas, causando turbulências que devem ser tratadas para a sua eliminação ou apaziguação.

3º Alguns seres humanos tem o poder de se desdobrar em espíritos durante a noite.

4º As plantas, os animais e as pedras possuem virtudes ocultas que podem ser úteis ou nocivas ao homem.

5º O semelhante actua sobre o semelhante e produz o semelhante.

Este axioma constitui a base da magia imitativa em que a forma deve servir de exemplo: a forma produz uma forma semelhante. Por exemplo, produzir erupções artificialmente com o racimo de milho a um variceloso, com a esperança de curar a varicela.

²⁵ Neste ponto são interessantes as aporções do professor Pedro José Gonzalez Quevedo no cap. I, "As origens do pensamento mágico", da sua obra "Feitiçeiros, bruxos e possessos", op.cit., pags. 19 e seg.

²⁶ Schwalbach, Op. cit. Pag. 168.

6º A parte de um conjunto actua sobre o todo, axioma da magia comunialista: Os elementos da natureza actuam uns sobre os outros constituindo um todo. Um órgão isolado do corpo animal pode actuar sobre todo o corpo e inclusive o substituir.

7º As palavras ditas com ênfase produzem os resultados desejados. É a base da magia verbal.

È fácil para os povos africanos aceitarem a interpretação mágica do quanto observam já que constata muitas vezes na prática alguns dos principais axiomas da filosofia natural africana.

As sociedades tradicionais em Moçambique, sobretudo as do "interior", possuem um conceito geral para a explicação de certos acontecimentos funestos da sua vida, tais como doenças, desgraças, mortes, etc. Eles atribuem tais situações a consequências das lutas travadas entre os espíritos bons e maus. A magia possui um primordial e relevante papel em toda a vida do ser africano ao estar ligada a quanto acontece de bom e de mau, de natural ou desconhecido, de privado ou colectivo; a magia está sempre presente.

3.2.2. Os Espíritos

Os povos africanos estão influenciados na sua vida quotidiana por duas grandes forças, as que Luís Polanah²⁷ designa como:

Os antepassados- deuses e
As forças ocultas impessoais

Os antepassados- deuses são espíritos dos familiares mortos. Todo o ser humano quando morre transforma-se num espírito, num ente divino, *xikwembo*, *entre os tsonga*, e continua a pertencer ao seu grupo de parentesco, passando a ter influência decisiva, para o bem ou para o mal, na existência dos vivos.

Os antepassados-deuses são indissociáveis a cada pessoa, e não pode desligar-se deles. Tem uma forma de actuar caprichosa e exigente e nunca se sabe quando estão satisfeitos, assim é necessário não irrita-los e fazer

²⁷ Polanah, L. Possessão sagrada em Moçambique, Parte I: Patologia Religiosa. Geographica, No. 11, Sociedade de Geografia de Lisboa.

todo o possível para os atrair e tê-los mais próximo. São os protectores natos do grupo familiar; é por isso que numa disputa familiar nunca são invocados.

A morte, as doenças, as calamidades, mas também a felicidade, a paz, a fecundidade, se atribuem na maioria das vezes aos espíritos dos deuses antepassados.

Há duas grandes categorias de antepassados-deuses: os da zona representados pelos do clã dominante e os do grupo familiar. Os antepassados-deuses da zona são os ascendentes da família do régulo²⁸. Os segundos, divididos em paternos e maternos, são os ascendentes das diversas famílias.

As forças ocultas impessoais são de natureza muito diversa e estão a margem das relações de parentesco. A sua vontade e sua manipulação é mecânica; são susceptíveis de ser manipuladas procurando um determinado resultado ou um determinado proveito. O seu controlo transcende as faculdades normais do homem e as vias ordinárias da natureza. A sua acção pode ter origem em seres humanos que deitam a sua má sorte; podem ser espíritos pessoais, ou podem ser espíritos hostis que as vezes tomam possessas as pessoas.

3.2.3. A Magia ou o Domínio dos Espíritos

A magia oferece métodos para se enfrentar os fenómenos não controláveis dos antepassados e das forças ocultas. A magia surge sempre como uma resposta a uma situação de perigo e de insegurança não controlável pelo indivíduo.

É neste campo onde actuam basicamente os médicos-magos, que actuam no sentido desejado pelo cliente e/ou paciente. A profissão do médico-mago necessita de uma longa aprendizagem e treinamento; Os seus conhecimentos de iniciação quase sempre são herdados pela via familiar direita.

Há dois tipos de magia, conhecidos popularmente como magia branca e magia negra e que Junod as diferencia com precisão²⁹.

²⁸ Autoridade local com funções de velar pelo grupo.

²⁹ Junod, H. A. Usos e costumes dos Bantu, tomo II. (Vida Mental) Imprensa Nacional de Moçambique, Lourenço Marques, pag. 435.

A magia branca, que se destina a obter um bem, utiliza-se normalmente para a adivinhação, para a cura, e para contrariar a acção da magia negra ou para resolver problemas gerais da comunidade ou do indivíduo. O que mais nos interessa da magia branca no presente trabalho é o aspecto da cura.

A magia negra, que actua através dos magos especializados, por encomenda ou por própria conta destes, para produzir um efeito negativo sobre determinados indivíduos ou sociedades.

Desde outro ponto de vista podemos diferenciar três aspectos da magia, que actuam quase sempre de forma inter-relacionada. Junod³⁰ fala-nos de três domínios que habitualmente se confundem nas sociedades tradicionais inclusive pelos praticantes da arte de curar ou pelos mágicos:

1. A magia como medicina.
2. A magia como religião.
3. A magia como arte oracular.

A estes domínios correspondem a três tipos de magos no sentido geral, ou fazedores de práticas mágicas que Maria Teresa e João Fernando Schwalbach classificam em³¹:

Os Feiticeiros,
Os Bruxos e
Os magos (propriamente ditos)

Os feiticeiros, normalmente são confundidos com os bruxos, possuem uma ciência e uns poderes talvez maiores que os dos agos; são indivíduos altamente influentes na sociedade, podem ser ao mesmo tempo herbalistas, sacerdotes, adivinhos e intermediários entre os espíritos; são socialmente úteis e respeitados, mas também temidos, e perseguidos, inclusive até à morte, quando são acusados de bruxaria.

Os Bruxos são aqueles feiticeiros que se dedicam por si mesmos ou por encomenda, à prática da magia negra, actividade que se pode alcançar sem se ser feiticeiro. Podendo ser acusado de fazer magia negra e portanto, de Bruxo qualquer pessoa que, por diferentes razões, como ser velho, ou resultar antipático a alguém, por ser considerado indesejável por uma razão particular ou de grupo, ou por ser acusado pelos magos adivinhos de ser causador, real ou não, de doenças, tragédias ou fome. Pode-se imputar qualquer tipo de infortúnio, como doenças de pessoas e animais. Na antiga sociedade tradicional, a pena quase sempre era a morte.

³⁰Junod, H. A. Usos e costumes dos Bantu, tomo II (Vida Mental).
Imprensa Nacional de Moçambique, Lourenço Marques, 1946. Pag 436 e seg.

³¹Schwalbach, M. T. e Schwalbach, J. F. L., Op. cit. Pag. 169.

Os magos e a sua arte são muito respeitados pela sociedade e os seus conhecimentos têm uma reputação humanitária e por eles são pagos. Segundo Maria Teresa e João Fernando Schwalbach³², podemos distinguir vários tipos de magos, tal como resumimos no quadro seguinte:

Magos

- A. Adivinhos
- B. "Doutores"

- B.1. Curandeiros e Herbalistas
- B.2. De neuróticos - possessos

Os adivinhos dominam o arte dos oráculos e a adivinhação; exercem sua função desde o conhecimento, as vezes empírico e secreto e as vezes meramente especulativo, mas também envolvido em rituais mais ou menos secretos ou só abertos a iniciados. Os adivinhos sempre são consultados antes de qualquer consulta com os doutores.

Os magos doutores exercem a medicina dum modo especulativo, sempre considerado sobrenatural. Dividem-se em duas categorias, se bem que como dissemos mais acima todos podem participar de todo: por uma parte, os curandeiros e herbalistas (cujas farmacopeia é basicamente composta por ervas medicinais e derivados) e por outra parte os doutores ou médicos de neuróticos e de possessos em geral. São os magos doutores os que agora nos interessam neste estudo.

De qualquer forma, não está claro na prática quando um mago é curandeiro somente e participa da magia curativa de possessos e vice-versa: Também não está claro quando se é simples feiticeiro ou adivinho ou bruxo praticante da magia negra, ou se participa da magia branca em todas suas variantes de curanderismo e lançador de maus espíritos ou o inverso. Na prática todos participam de alguma maneira em todas ou quase todas as formas de intervenção mágicas, com predomínio de alguma de elas sempre ou quase sempre. São frequentes, pois, as acumulações de funções.

As crenças na magia, na adivinhação e na feiticeira, segundo Rita Ferreira³³, "difícilmente podem ser compreendidas se se analisam separadamente da religião tradicional".

³² Schwalbach, M. T. e Schwalbach, J. F. L. Iden.

³³ Rita-Ferreira, A. Etnohistória e cultura tradicional do Angune".
Mems Inst. Invest. Cient. Moç., Lourenço Marques, 1974. Pag.22.

3.2.4. Os "Médicos" Magos

Os doutores ou médicos adquirem os seus conhecimentos pelos legados ancestrais e utilizam certas drogas previamente experimentadas pelos seus antepassados.

Sendo os conhecimentos transmitidos pelos seus ancestrais, é evidente que o grau de competência entre eles varia. Temos os que são só expertos num determinado tipo de doenças ou de uma só categoria de pessoas, outros que se dedicam apenas a doenças de crianças, e os que só tratam casos delicados e especiais.

A maioria destes médicos acreditam no valor e eficácia das suas medicinas ou drogas mas, sempre que podem, não deixam de atribuir as suas acções a poderes mágicos e sobrenaturais, com a intenção de impressionar aos seus clientes. O médico mago africano é um verdadeiro apaziguador de males dos seus pacientes³⁴.

Os médicos magos herbalistas ou curandeiros são os médicos por excelência. Podem ser homens ou mulheres, mas sempre com uma certa idade e costumam tratar aos doentes de seu próprio sexo. Os médicos-magos de neuróticos ou possessos curam a pessoas possessa, isto é, com doenças como a epilepsia ou os ataques nervosos.

3.2.5. Conhecimentos anatomofisiológicos

No continente africano, há pouca ou quase nula investigação tradicional do corpo humano devido a crenças, que não o permitem. Os que se aproximam ou tem que tratar com os mortos, depois necessitam de se purificarem³⁵.

A prática da caça que depois é esartejada é uma fonte importante de aprendizagem, pela anatomia comparada; fonte, pois, indirecta e inexacta e

³⁴ A Rita-Ferreira, Os africanos de Lourenço Marques, "Saúde e nutrição", Lourenço Marques, 1967. Não se trata de impressionar como afirma Rita-Ferreira mas trata-se sim de duas partes da mesma equação que possuem as mesmas crenças. Por um lado, os praticantes acreditam que apenas se consegue a cura com todo o aparato ritual e com a ajuda dos ancestrais por outro lado, os clientes que possuem as mesmas crenças.

³⁵ Deve-se notar que com o fim da guerra que envolveu uma parte importante da população. Os desmobilizados, foram submetidos a ritos de purificação para facilitar-se a sua reintegração na sociedade.

rudimentária. Conhece-se os nomes dos principais órgãos, com excepção de algumas glândulas.

As sociedades africanas em geral não tem uma noção clara dos aparelhos do organismo nem, portanto, das suas funções. Assim, em geral, para os africanos os pulmões asseguram o coração, o coração é um órgão que sente e pensa, sendo, portanto, a sede da inteligência e da sensibilidade. Não se conhece a individualidade e classificação dos músculos e do sistema nervoso. Não se sabe nada sobre o sistema de circulação sanguínea e sobre a respiração; mas considera-se o sangue como algo indispensável para a vida e a respiração como um sinal exterior a ele. O estômago é um simples lugar para a comida, e os intestinos simples condutos ao exterior.

Estas noções rudimentares de anatomia humana acarretam ideias vazias e nulas da fisiologia ou quase nulas, e cheias de superstições ou funções misteriosas, muito distantes da função real.

Os conhecimentos dos órgãos, mais aquém de uma determinada função fisiológica é inexacta ou supersticiosa, possuem uma actividade psíquica, sendo, portanto, certos órgãos sede de determinadas qualidades ou faculdades. Para os tsonga, a paciência reside no figado e o ódio no baço, o coração é sede dos dons intelectuais, da vontade e da bondade.³⁶

3.2.6. A higiene

São escassas e rudimentares as noções de higiene que se possui nas sociedades tradicionais rurais camponesas. O primitivismo da sua vida material e o desconhecimento dos princípios básicos da higiene fez natural e aceitável o nível higiénico existente.

A higiene não é um conceito totalmente alheio³⁷ a estas sociedades. "Possuem determinadas regras e normas que cumprem, muito mas se se devem a ideias supersticiosas ou mágicas enraizadas a quanto se faz ou se pensa".

Às jovens lhes são imbuídos diversos princípios e cuidados higiénicos que devem respeitar, sobretudo quando são mães.

Quando estão grávidas as mulheres tem determinadas proibições, como a proibição de manter relações sexuais, que em algumas regiões é absoluta, não como forma higiénica directamente, mas sim para se evitar problemas a

³⁶ Schwalbach, M. T. e Schwalbach, J. F. L. " Aspectos gerais da medicina negra em Moçambique", Lourenço Marques, 1968. Pag. 170.

³⁷ Idem

quem está para nascer. Não deve visitar doentes, não por medo a contágios, mas sim para não acelerar a evolução da doença.

Nas província de Nampula e Cabo Delgado, as mulheres utilizam um creme para fazer uma máscara facial; este creme fazem-no triturando com duas pedras os ramos de uma árvore chamado nsirro, que possui um efeito terapêutico para erupções cutâneas, sendo usado também com fins higiénicos, decorativos e rituais.

Em geral, os excrementos são vistos com repugnância, cubrindo as com terra evitando-se desta forma possíveis contágios.

Dum modo geral, não se conhece a epidemia e, portanto, não evitam o contágio. Quando se apercebe de alguma epidemia, famílias inteiras se isolam chegando mesmo a abandonar as suas casa.

A purificação da poluição causada pela morte é feita através de banhos deitando-se fora os cheiros emanados pelos mortos, e assim evita-se outros mais graves perigos.

São, pois, práticas higiénicas preventivas muitas vezes relacionadas com as crenças. Estas práticas higiénicas podem ter uma origem meramente higiénica comprovada pela experiência, se bem que com o tempo tenham passado a ter uma conotação meramente mágica.

3.2.7. O Conceito de Doença

A doença não desperta os mesmos pensamentos que nas sociedades ocidentais. Adoecer não é o declinar da saúde pela acção natural dum agente patogénico, mas sim a diminuição da força vital, causada intencionalmente por agentes ontologicamente vivos, na base dos princípios da filosofia natural descritos anteriormente.

O tratamento, portanto, não se dirige tanto ao organismo doente como a presumível causa do mal. A doença inscreve-se num quadro mais geral de desgraças, desastres e calamidades, para cuja explicação, pelo geral, sobressai a presença de entidades sobrenaturais.

A doença é vista desde duas concepções distintas: uma natural e simples, outra sobrenatural e complexa.

A natural exige uma explicação exacta e simples, havendo uma causa aparente desconhecida, como o frio, a alimentação. Isto explica, pois, muitas das doenças, como diarreias, constipações, etc.

A sobrenatural aparece quando as causas aparentes não estão claras e não são evidentes a vista dos sintomas. A atribuição da doença que revela o adivinho recai umas vezes no espírito dos deuses antepassados, outras vezes no feiticeiros ou bruxos de magia negra, e outras vezes a causas ligadas à contaminação dos mortos; mas, ainda nesta última, a acção dos feiticeiros, e neste caso haveria que chamar- os bruxos, é imprescindível, fazendo que um objecto, a doença, introduza- se no corpo das vitimas. Trata- se, como podemos observar, da doença entendida como algo material.

Geralmente ignora- se ou não se sabe relacionar as graves carências alimentares, as infecções, o meio tropical e a sua insalubridade, as águas contaminadas, etc. com as doenças e epidemias.

Polanah³⁸, diz- nos que a doença não resulta de factores ambientais e da ignorância de meios para combater os agentes que a espalha; " Ela existe como coisa em si, como objecto (quando pode ser manipulada por malícia dos inimigos), ou como entidade (quando é um espírito ou génio que actua por si mesmo ou por mando dum adversário)". Por isso tem os seus parâmetros na agressividade iminente desde o exterior visível e invisível, e nas transgressões inconscientes que são lesivas das normas culturais. É dentro destes extremos que o indivíduo se coloca para aceitar a vida e responder aos desafios da doença.

A doença é a prova expressiva duma agressão do mundo exterior. O indivíduo está no centro e à volta do mundo que o rodeia e o pretende estrangular. Assim, a doença, os infortúnio manifestam- se pela manipulação perpetrada pelos iguais, pelos espíritos e pelas potências invisíveis; pelos acontecimentos mágicos, pela revolta dos espíritos domésticos e ancestrais, pela malícia dos espíritos e génios avessos ao curso normal da vida. O papel do indivíduo é prevenir-se contra uma legião de inimigos, activos ou potenciais, que estão em todas as partes.

Costumam ser as mesmas doenças em toda a África as que se identificam com semelhante precisão³⁹. Assim temos algumas das doenças geralmente melhor identificadas em quase toda a África: a malária, a sífilis, a gonorreia, a gripe, a disenteria, as parasitoses intestinais, a tuberculose, infecções dos olhos, pneumonia, alguns fungos da pele, a lepra, etc.

³⁸ Polanah, L. *Possessão sagrada em Moçambique*, op. Cit. Pag. 26.

³⁹ Slikkerveer, L. J. *Plural Medical Systems in the Horn of Africa: The Legacy of "Sheikh" Hippocrates*. Kegan Paul International, London 1990. (Pags.155-161).

Normalmente são os espíritos dos antepassados os causadores da maior parte das doenças, como represália pelas negligências de seus descendentes vivos na prática dos ritos propiciatórios e de veneração. Ainda assim não devemos ver aos espíritos dos antepassados como figuras diabólicas. Os swikwembu ou espíritos vivos dos mortos estão sempre presentes e não se deve esquece-los nem desprezar as oferendas que se lhes deve fazer. A tuberculose, calamidades como as pragas de lagarta, a varíola, etc. são causadas pelos espíritos dos mortos.

Assim, os vivos e os mortos estão constantemente na comunidade, em contacto, ligação que se procura estreitar com um ritual próprio, para assim evitar sua ira, obtendo do espírito benefícios, mas sobretudo livrando-se de possíveis doenças que a sua vingança pode-lhes causar.

Mas não são apenas os espíritos dos antepassados os que estão na origem das doenças, também pode ser culpa de um feitiço ou um mal de olho, ou por culpa dum génio mau.⁴⁰ Junod, pioneiro dos estudos sobre a doença em Moçambique, continuará a ser um clássico na antropologia cultural sobre esta matéria.

3.2.8. As Práticas de Cura

O doente faz em primeiro lugar um diagnóstico no adivinho. Feito o diagnóstico, no qual se despreza os sintomas físicos, é encaminhado ao mago correspondente, dependendo da causa da doença, se esta foi originada pelo espírito dos deuses, por algum feiticeiro ou por alguém que fez magia negra, e nestes casos o feiticeiro ou a pessoa desvelada é acusado pelo bruxo, ou pelos espíritos. Não se faz, pois auscultação, palpação, exame de urina, fezes ou de sangue.

Como a doença é o resultado duma agressão, a prova do "contagio infeccioso" ⁴¹deve localizar-se no organismo da vítima ou nos lugares e objectos que estão perto da vítima. Trata-se de encontrar o instrumento da agressão. Com a extracção e eliminação do dito objecto causador da doença a pessoa recupera a saúde perdida.

Quando se dá a terapia, são diversas as maneiras de emprego das drogas: aplicação tópica, inalação, fumigação, inoculação, manipulação de drogas carbonizadas ou pulverizadas, aplicação depois de pequenos e ligeiros cortes. Geralmente trata-se de flora medicinal, mais também drogas feitas com unhas, pelos de animais, peles de cobras, ossos, etc.

⁴⁰ Junod, H. A. Op. Cit.

⁴¹ Polanah, L. Op. cit. Pag. 28.

Outra terapia é a psicoterapia. As danças frenéticas e batuques, geralmente de mulheres, acompanhadas com alguma droga são outra forma terapêutica que se utiliza sobretudo para expulsar os espíritos causadores da doença. Normalmente o doente não é mais que um espectador; e a música e a dança com as técnicas corporais em conjugação com determinadas drogas representam o conjunto da terapêutica como um drama. Sendo o especialista quem assume inteiramente o papel principal.

Em Moçambique, desconhecia-se praticamente a cirurgia. Cauterizavam com uma ponta de ferro candente aplicando-o rapidamente sobre a zona a cauterizar.

Uma vez aplicada a cura ou a droga, os médicos magos, trás um pequeno golpe, apresentam aos doentes algum objecto, que podem ser ossos, pedras, pêlos de animais que segundo eles, seriam os causador da doença e que encontraram dentro do seu corpo.⁴²

Quando a sua ciência médica não provoca os efeitos curativos desejados. Recorre-se a desencadear as forças ocultas mediante determinados rituais nos que estão presentes as danças e rogativas.

As doenças melhor conhecidas pela medicina tradicional são as que apresentam sinais ou lesões exteriores bem visíveis, como a tuberculose, a lepra, as diarreias e dores abdominais, sarna. A sua terapêutica varia muito segundo os grupos étnicos e aos conhecimentos do próprio especialista; portanto, cada grupo etnico tem as suas peculiaridades terapêuticas e cada médico em função da sua formação. É importante destacar a crença de que passar lhe a outra pessoa a sua própria doença pode curar ao doente.

3.2.9. O Ritual Curativo

Cada doença tem os seus próprios especialistas e cada qual se faz notar pelas suas peculiaridades ao administrar a cura. Cada especialista tem os seus próprios rituais e mesmo que pertençam a mesma escola.

As práticas curativas da medicina tradicional implicam o seguimento rígido de umas normas a seguir⁴³:

- O rito, por norma um acto manual.

⁴² Polanah, L. Op. cit. Pag. 29.

⁴³ Polanah, L. Possessão e exorcismo em Moçambique
Mems. Inst. Invest. Cient. Moç., 9, série C, 1968. Pag. 30.

- Amuletos, talismãs, medicamentos mágicos isto é, o emprego de certos materiais inanimados, quase sempre produtos de origem vegetal.

Por costume dá-se mais importância aos medicamentos mágicos que ao encantamento com veículo de poder mágico. Por vezes diferencia-se entre o conhecedor de técnicas e plantas com valor real terapêutico e o dotado de poderes divinatórios e milagrosos. Tanto o mago, que cura utilizando as práticas habituais de medicina tradicional, como o adivinho, que faz chover ou que luta contra os feiticeiros de magia negra, estão revestidos de um mínimo de carácter mágico.

A energia mágica, capaz de produzir efeitos ultrapassando a experiência do homem corrente, supõe-se concentrar-se em certos objectos de origem botânico. Esta associação entre a magia e a botânica pode explicasse por um esoterismo desenvolvido desde o conhecimento das virtudes reais, profiláticas e terapêuticas de determinados vegetais. O reduzido tamanho dos medicamentos mágicos permite o seu fácil transporte e que as vezes recorre-se a magos ou a remédios de lugares distantes, devido a que os êxitos sanitários transmitem-se rapidamente de boca em boca passando as vezes numerosas fronteiras e a fama de certos curandeiros ou magos igualmente pode chegar muito longe do seu lugar habitual de residência.

Os medicamentos são considerados propriedade privada de cada mago e apenas actuam em benefício daqueles que os adquiriram e continuam gozando de suas virtudes até serem totalmente consumidos.

Para ser medicamento mágico é necessário submeter a planta a tratamentos específicos, conhecidos somente pelo mago o qual com as suas práticas secretas, a transforma em medicamento.

São famosos os médicos- magos de Govuro e Mocoque nas margens do rio Save e os médicos- magos de Niassa. Como já fizemos referência os magos das regiões distantes ou estranhos gozam sempre de preferência.

Em determinados estados patológicos é admitida a eficácia dos medicamentos da medicina científica e, portanto, não deixam de ser reconhecidos e recomendados; mas os medicamentos mágicos são preferidos, devido a que cada vez se acredita mais na magia negra como responsável das doenças. Sem questionar a eficácia dos medicamentos da medicina científica em certas doenças, as comunidades rurais camponesas não os crêem suficientemente efectivos contra as doenças de origem mágica.

Se certos medicamentos mágicos não são efectivos, não o generalizam ao resto dos medicamentos; se atribue a culpa aos instrumentos usados, a quebra dos tabus, a inobservância dos ritos recomendados, a práticas mais potentes de contra- magia.

O secretismo dos actos mágicos evita que os interessados comparem as suas experiências. Mas o mais importante a destacar da relação mago e doente é o quase total desconhecimento das causas dos fenómenos físicos. Os erros da medicina moderna, seguidos de êxitos dos mágicos, aumentam o prestígio dos curandeiros tradicionais.

Na África do Sul já em 1967/8 havia verdadeiras firmas comerciais, apoio oficial, publicidade⁴⁴. O movimento migratório de trabalhadores moçambicanos para as minas da África do Sul tornou possível um grande fluxo de remédios mágicos, de e para a África do Sul e vice versa.

3.2.10. O Incremento das Práticas Mágicas

Na época colonial, as sanções legais e morais antigas, não podendo se pôr em prática devido as intervenções das autoridades coloniais, tiveram que ser substituídas por sanções mágicas.

Na época da colonial, existiram pressões administrativas e missionárias contra todo o tipo de magia porque as autoridades não conseguiam distinguir nenhum tipo de magia. As práticas mágicas curativas aumentaram nos últimos anos da colonização e sobretudo, nas zonas teoricamente mais cristianizadas. Aumentam as práticas de curanderismo puro, desligado cada vez mais das crenças ancestrais que ritualizam o acto da cura.

No tempo de A. Rita-Ferreira (1968/9) e ainda hoje constitui verdade, que mesmo os cristãos africanos e em especial, os de Moçambique, recorrem as práticas mágicas, e não apenas ao curanderismo, como expressão da dúvida e a incerteza que provoca a aculturação a qual vem-se submetidos.⁴⁵ Nas zonas, islamizadas, do norte do país recorre-se também a práticas mágicas como forma de enfrentar as doenças e utilizando-se o alcorão como instrumento de cura.

Com os rituais da morte e com as práticas médicas sente-se a necessidade de reconciliar as práticas tradicionais, e a maneira de assegurar-se a perfeita resolução dos propósitos da vida ou de não contrariar aos antepassados e não provocar a sua vingança. O esquecimento destas práticas, recorrendo-se apenas à medicina moderna pode provocar um desequilíbrio social.

⁴⁴ Rita-Ferreira, A. Os africanos de Lourenço Marques, Saúde e nutrição. Ver, Mem. Inst. Invest. Cient. Moç., 9, Serie C 1967-1968. "... imprimem panfletos em português, num destes faz-se propaganda de medicamentos para dar filhos, para purificação do sangue, para deixar de beber vinho, para todos te gostarem, para quando urinar dentro da palhota..."

⁴⁵ Rita-Ferreira, A. Saúde e nutrição. " Na verdade, no plano religioso o africano em fase de aculturação hesita entre dois mundos e em nenhum deles se sente seguro".

" A magia, que demonstrou notáveis faculdades de adaptação as modernas condições de vida, conserva pelo contrário todo o seu prestígio e continua capaz de dar ainda ao indígena sentimentos de segurança e animo para confrontar as delicadas situações de contacto com os agentes da civilização ocidental, muitas vezes imprevisíveis nas suas atitudes. Nos momentos onde esta tendência se manifesta de maneira mas forte todas as doenças graves ou prolongadas ou de origem misterioso são atribuídas a magia maléfica, exigindo a mobilização de antídotos apropriados" ilustra A. Rita Ferreira em Saúde e Nutrição.⁴⁶

A dupla prática, da medicina moderna e tradicional, está a criar uma simbiose da medicina tradicional e medicina moderna; e, no campo da religião, assiste-se a um desejo de sincretismo, só possível, de momento, com as seitas religiosas paracristã.

O cristianismo exerceu sobre as crenças e práticas mágicas tradicionais um efeito ínfimo. Não tem sido destituídas as práticas mágicas tradicionais pelas novas influências dada a sua função e desempenho na vida sócio-económica. A magia fornece um auxílio mais eficiente para vencer as perplexidades correntes. As crenças e tradições potenciam por defeito aos magos e feiticeiros.

Em situações de perigo, nas sociedades rurais camponesas ou mesmo urbanizadas recorre-se ao auxílio oferecido pelo sub-estrato cultural no qual foi condicionado na sua infância.

As crenças mágicas formam parte dum sistema de ideias com uma pureza original, e altamente coerente.

3.2.11. A Saúde Mental

Tem-se pensado que em África em geral não ocorrem com grande incidência as doenças mentais; a isto atribui-se à feliz circunstância da simplicidade das culturas tradicionais, a solidariedade do grupo, ao apoio da família alargada e à abundância dos recursos naturais, tudo isto tem levado a uma existência afectiva estável e sem fricções.

Nada terá a ver esta existência paradisíaca com o viver agressivo, angustiado e impessoal das modernas sociedades industriais com os seus stress,

⁴⁶ Rita-Ferreira, A. Saúde e nutrição. Op. Cit.

barulho, contaminação, dificuldades económicas, etc. que envenenam o dia a dia.

A verdade é outra, e os etnologos reconhecem a utopia desta imagem da comunidade tradicional. É comum nas sociedades africanas acusar de feitiçaria, a um familiar ou vizinho, o que em muitos casos origina contradições permanentes e um medo sem limites.

As particularidades culturais face a uma gama pavorosa de doenças tropicais, reais ou fictícias, que minam a toda a população em geral desde a mais tenra infância não pode deixar de influenciar a saúde psíquica dos indivíduos.

3.2.12. Os Psicopatas

Nestas sociedades os psicopatas desempenham muitas vezes funções específicas. Eram os que, no meio do temor ou da passividade geral, caíam na possessão ou afirmavam possuir excepcionais poderes mágicos e adivinhatorios, ou de serem capazes de dialogar com os antepassados-deuses, ou se apresentavam a seus parentes como reencarnação de defuntos, ou que eram considerados como portadores de espíritos de animais selvagens, ou se agrupavam em sociedades secretas de homens-leão ou homens-leopardos com o fim de entregarem a suas vítimas a práticas canibais.

No Sul e Centro de Moçambique, os fenómenos de possessão consideram-se de origem estrangeira, quase sempre são espíritos dos Nguni ou dos Ndaus mas devemos notar que este fenómeno ser é mais antigo à invasão Nguni.

Os supostos possessos começam por sentir-se atacados por verdadeiras doenças físicas, mas revelam também claras alterações psíquicas. Assim, os possessos pertencem ao domínio da medicina e ao da religião, isto é, ao domínio da magia, pois é através da possessão que se alcança o mundo da religião chegando aos espíritos dos mortos para atingir a medicina, pois os ritos mágicos são igualmente ritos curativos e ritos de veneração aos antepassados-deuses.

3.2.13. Os Médicos-Magos de Neuróticos ou Possessos

Os exorcistas ou curandeiros especializados no tratamento dos possessos ou médicos magos de possessos podem ser tanto homens como mulheres. Controlam o mundo da medicina e o mundo da religião através dos ritos mágicos de expulsão dos maus espíritos ou do controle dos espíritos que se tem dentro para que não actuem ou, se o fazem, que seja em proveito do possesso.

O exorcista é um agente sagrado, que tem tanto de psicanalista como de intermediário religioso, isto é sacerdote. O seu trabalho pode ser benéfico mas também o contrario.

Chega-se a ser exorcista de três formas diferentes: por via hereditária, por via electiva ou por vontade própria. Em qualquer dos casos não se pode iludir a responsabilidade do cargo. Todos os magos são assistidos por um espírito protector que é ao mesmo tempo um espírito revelador.

Os ronga denominam aos exorcistas "gobela". Nas províncias de Manica, Sofala, Inhambane e Gaza denominam-se por nhamussoro e até Maputo os exorcistas são chamados "nhamussoro" (Na cidade de Maputo também são chamados assim pois, esta cidade é cada vez mais povoada por gentes de todas as partes).

As fases da cura e/ou do rito de iniciação, sobretudo este último para as zonas do sul de Moçambique, são as seguintes: toque de tambores e danças frenéticas até entrar em transe, imersão da cabeça do doente num recipiente de água, absorção da sangue da vitima sacrificada na cerimonia.

No ritual de cura o mais importante é um cerimonia de batuques e danças que liberta o doente do espírito que o atormenta. Depois os amuletos que continuam a sua função protectora contra o mal.

No Sul de Moçambique o ritual de exorcismo é ao mesmo tempo um rito de iniciação: por norma, os exorcizados transformam-se em gobelas. Primeiro são tratados como iniciados e depois de mais ou menos um ano, durante o qual permanecem na convalescência sob os cuidados de quem os exorcizou. Mais tarde, fundam a sua própria escola de seguidores. É evidente que cumprem uma função social, além do real circulo vicioso ou de não se saber o que é melhor entre tornar-se exorcista ou continuar doente.

No tratamento tradicional o individuo não é isolado dos parentes, só por pouco tempo se o exigem as praticas magico-religiosas. Este seria o caso de quando o doente converte-se num especialista da sua própria doença e começa a formar parte da confraria de curandeiros especializados no

tratamento das doenças do espírito. Mas mesmo neste caso a família não o abandona, nem a aldeia segrega-o isto é, não são violentados como acontece no mundo ocidental, onde o doente psíquico é socialmente liquidado ao ser internado nos hospitais psiquiátricos.

O doente é tratado transformando a direcção dos seus conteúdos mentais para um sentido socialmente útil.

3.2.14. O Processo de Aculturação e a Pervivência da Medicina Tradicional

Em Maputo existiam varias escolas de curandeiros de possessos. Hoje, devido a recente historia, as escolas estão mais diluídas e as tendências mais dispersas e numerosas. Por outro lado, as Igrejas Zione e Universal do Reino de Deus estão de alguma forma a retirar o espaço aos antigos gobelas; os seus sacerdotes ou pastores herdariam as tendências das escolas que curam em sessões colectivas, com coros, e muitas invocações.

Nas seitas dos Mazione utiliza-se os exorcismos e purificações como elemento religioso-curativo nas suas liturgias; aqui herdamos as tendências das escolas que exorcizam por meio da imersão.

São tão fortes as crenças na possessão, estão tão arraizadas que não é de estranhar o prodigioso aumento das seitas cristãs que contemplam como prato forte das suas liturgias religiosas ritos de expulsão de demónios, como passam a chamar aos tradicionais espíritos. As pessoas de sexo feminino são, sobretudo, as que mais experimentam os fenómenos da possessão e, portanto, de seguimento das novas seitas.

No ano 1909 o médico português Julio Alfonso da Silva Tavares escreveu um relatório sobre a medicina tradicional com o título "A arte de curar em terras de Magude"⁴⁷; este estudo, cheio de conotações racistas, é um clássico e uma referência obrigada entre os estudiosos da medicina tradicional moçambicana e prognostica acertadamente no fim da sua obra a duração destas crenças, conservando ainda hoje toda a sua razão de ser: "Ainda, o negro continuará por muito tempo atribuindo a cura das suas doenças a seus ngangas e às mortes a um chicuambo".

⁴⁷ Da Silva Tavares, J. A. A arte de curar entre os indígenas das terras de Magude. Lourenço Marques, 1909.

IV. Estudo de Caso

4.1. Percepção da Doença e Cura Entre os Mwani e os Makonde do Distrito de Mocímboa da Praia

O trabalho de campo foi realizado na província de Cabo Delgado no distrito de Mocímboa da Praia em comunidades de origem Mwani e Makonde. Duas aldeias de cada grupo étnico foram abrangidas. Entre o grupo étnico Mwani a pesquisa foi feita nas aldeias Milamba e Ulo. Entre o grupo étnico Makonde foi nas aldeias Ntotwe e Muengue. Estas aldeias foram seleccionadas por duas razões: 1. A sua proximidade da Sede do distrito país em geral e no distrito de Mocímboa da Praia em particular. 2. Acessibilidade — As zonas distantes da sede do distrito têm um acesso difícil em particular na época chuvosa altura em que este trabalho foi realizado. O método utilizado para o trabalho de campo consistiu em entrevistas semi-estruturadas aos agregados familiares e informadores-chaves e grupos de enfoque com os praticantes da cura tanto nas aldeias Mwani como Makonde. O método de observação foi aplicado para compreender os rituais de cura e cerimónias de expulsão de espíritos “*madjine*”.

4.1.1. Características das Áreas de Pesquisa

As aldeias Mwani localizam-se na faixa litoral do Distrito de Mocímboa da Praia junto ao Índico. A sua localização determina a prática de actividades sócio-económicas mais divulgadas como a pesca, que assegura um rendimento em dinheiro e consumo de proteínas de diversos tipos de pescado. A agricultura é também importante com especial destaque para a cultura do arroz e da mandioca. Esta última, em geral é consumida seca e em forma de farinha. A maioria dos agregados familiares detém por herança, coqueiros, que também são uma fonte importante de rendimento. As casas da zona, possuem paredes geralmente maticadas com argila ou terra. Em geral, o tecto das casas é coberto com macuti.⁴⁸ Nas aldeias Mwani, durante as manhãs de maré baixa é frequente ver-se grupos de pessoas de várias faixas etárias a defecar na orla marítima. Os excrementos são depois levados pelas águas do mar. Esta prática, remonta a tempos imemoráveis para os actuais Mwani.

⁴⁸ Folha de coqueiro.

Os Makonde habitam as zonas interiores e dedicam-se fundamentalmente à agricultura. A prática da caça é uma actividade normal em algumas zonas como Ntotwe onde os animais de caça como por exemplo os javalis ainda são abundantes. As casas são de paredes de pau e em geral não são maticadas. É frequente encontrar algumas famílias com casas com um chão de cimento mas com uma cobertura de macuti mesmo quando as paredes são de cimento. Não é raro encontrar famílias que habitam imóveis com uma cobertura velha que deixa entrar a chuva. Muitas famílias aderiram à construção e uso de latrinas, mas mesmo assim continua a haver uma necessidade de sensibilização da população para a construção de latrinas.

4.1. 2. O Processo de socialização entre os Mwani e os Makonde

Os ritos de iniciação tanto para as crianças de sexo masculino como para as do sexo feminino fazem parte do processo de socialização para os dois grupos étnicos.

Entre os Mwani o rito de iniciação para as crianças do sexo masculino tem a designação de **MAGALA**. Este rito tem lugar entre crianças da mesma faixa etária. A circuncisão faz parte do ritual para as crianças do sexo masculino. O ritual tem lugar num local previamente escolhido pelos mestres, Nalombo, no meio do mato numa distância que varia entre quarto de hora e meia hora. Actualmente a duração do rito é de cerca de um mês. No período anterior à Independência tinha uma duração de cerca de dois a três meses⁴⁹. Segundo um mestre de ritos de iniciação na aldeia Ulo de predominância Mwani, a circuncisão é feita a sangue frio com uma faca feita por um artesão local.⁵⁰ Na aldeia Milamba, localizada nos arredores da sede distrito a informação que nos foi facultada é de a circuncisão é feita no hospital local e as crianças são periodicamente visitadas por um enfermeiro enquanto dura o rito de iniciação. Nos ritos de iniciação as crianças aprendem uma série de normas como seja o respeito pelo pai, mãe e aos adultos em geral. Este ritual significa crescimento e as crianças que por ele passam são automaticamente admitidas nas madrassas e começam a partilhar com mais velhos outros ensinamentos.

Entre os Makonde, o rito de iniciação para as crianças do sexo masculino tem a designação de **LIKUMBE** aqui, a circuncisão tem lugar no primeiro

⁴⁹ Os ritos de iniciação no período imediato à Independência foram proibidos mas entre estes grupos étnicos parece nunca terem sido abolidos. Na altura do trabalho de campo não nos foi possível investigar até que ponto esta proibição foi acatada pela população local.

⁵⁰ Alguns dos entrevistados que desempenham a função de mestres dos ritos de iniciação, confiaram-nos que os prepucios são depois torrados e misturados com farinha de mapira e outros remédios que se dá de comer às crianças que participam no rito de iniciação.

dia. O ritual é acompanhado por danças com especial destaque para o mapiko.

Para as crianças do sexo feminino, tanto entre os Mwani como entre os Vamakode o rito de iniciação tem a designação de Inyagu. A sua essência consiste em cantos, danças e perda de virgindade. Esta cerimónia tem como objectivo educar as moças sobre a vida e comportamento da mulher. A educação das raparigas inclui as formas de como devem tratar os futuros esposos, ou seja a satisfação sexual e estar pronta a manter o acto sexual sempre que este o desejar.

Entre as raparigas existiu uma prática denominada ligã, esta prática consiste em fazer o uso de um pau com a forma de pênis para retirar a sua virgindade. Segundo foi dito esta prática, provém da Ilha do Ibo. No entanto, segundo um informador do grupo étnico Makonde, a mesma prática existe entre as raparigas Makonde.

Os ritos de iniciação são influenciados pelo status sócio-económico das famílias. Os agregados familiares com mais poder económico mandam os seus filhos aos ritos de iniciação mais cedo que as que não o possuem, isto devido aos elevados custos que estas cerimónias representam na compra de roupas e contribuições para a festa final e pagamentos aos mestre do ritual.

4.1.3. Situação de Higiene

4.1.3.a. Zonas de Predominância Mwani

A situação de higiene entre os mwani são típicas das que se pode encontrar no meio rural em Moçambique. Nas aldeias mwani não existem latrinas. Os mwani das zonas visitadas, reconhecem ter havido uma tentativa de introdução de latrinas no período pós-independência no âmbito das campanhas de educação sanitária. Esta tentativa, resultou num fracasso e os mwani explicam que tal fracasso deveu-se ao nível frático da água que se encontra a baixa profundidade. Contudo, parece nos que a razão fundamental deste fracasso pode estar também relacionada com a posição hierárquica entre os possíveis utilizadores.

Durante o trabalho de campo, procuramos compreender a percepção local dos conceitos de higiene onde debatemos os diferentes conceitos. O conceito de limpo entre os mwani, refere-se à ausência do que eles consideram visuri⁵¹, que é algo visível :

⁵¹ Cf. Swahili: Vizuri: bom ou bonito

"quando um individuo estiver sentado num sítio pode ver algo ou não, .. se ele vê algo, está sujo, se não vê nada está limpo".

Este algo visível, é tudo não vivo, como por exemplo, as folhas caídas das árvores, outros afirmam que o algo visível a que se referem, relaciona-se com a percepção do individuo. O corpo limpo é basicamente o corpo que tiver sido lavado antes e depois da jornada de trabalho. O conceito de corpo limpo está também associado com o uso do Kikoi, a capulana que as mulheres usam, o cofió, o gorro e o canju - peça de roupa branca usada pelos homens.

A água é considerada limpa quando estiver coberta e em sítios próprios como o interior da casa se for para beber e no quintal se for para outros usos como , por exemplo, o banho e a cozinha. Em observação chegamos a conclusão que a água tida como limpa não era limpa pois, em muitos casos estava em recipientes sujos, como resultado da falta de uma limpeza periódica. Como norma para se evitar que alguém ponha feitiço na água, a água para cozinhar é mudada no início da preparação dos alimentos. Isto, sucede também com a água para o banho, que em princípio deve ser posta no momento em que se vai ao banho. A entrevista aos agregados familiares mostra que algumas famílias viram a experiência da separação da água para os diferentes usos em casas vizinhas e adoptaram-na por considerarem positiva. Estas experiências tidas como positivas transmitem-se de geração para geração durante o processo de socialização. Nenhuma ligação, foi feita entre o consumo de água não potável com as doenças.

4.1.3.b. Zonas de Predominância Makonde

Entre os makonde, a construção e uso das latrinas é mais divulgada em particular nas chamadas aldeias comunais. A sua localização nas áreas mais para o interior repele as dificuldades de carácter técnico que são levantadas pelos mwani que se relacionam com o nível fríatico. Os agregados familiares sem latrinas são dividem-se em quatro categorias:

1. Agregados que não possuem força de trabalho masculino para a sua construção.
2. Agregados que enfrentam o problema de tempo para a construção de latrinas.
3. Agregados familiares que perderam as latrinas como consequência das chuvas e não as recuperaram.
4. Agregados familiares que não vêm a necessidade de construir latrinas porque as consideram desnecessárias neste momento, porque as suas casas localizam-se nas orlas da aldeia e portanto podem recorrer ao mato para fazer necessidades maiores.

Os que possuem latrinas, alegam questões de carácter moral, que seria evitar o encontro com outras pessoas quando se vai defecar.

Alguns agregados familiares criticam o sistema de latrinas dizendo que a experiência mostra-lhes que as latrinas escondem apenas as fezes mas que o problema das moscas não é resolvido e quando as latrinas estão construídas perto das casas as moscas ficam também mais perto para além do mal cheiro que exala das latrinas:

"dizem para construímos latrinas para que não venham moscas, mas as moscas estão lá na mesma, e de lá elas vão para a comida".

Existem nesta zona dois tipos de moscas que são bem reconhecidos. Segundo os entrevistados, a mosca grande que fica nas latrinas é chamada namembe thende. E que quando pousa na comida deixa ovos e os habitantes desta zona depois retiram a porção de comida onde esta mosca pousou. O segundo tipo de mosca é a pequena que é considerada não prejudicial.

Os Vamakode consideram lixo, tudo o que não tem utilidade para o bem, como as folhas secas das árvores, as cascas de tubérculos, o capim, e cascas de fruta como a manga. Este lixo deve ser deixado no mato, fora dos limites habitacionais ou depositado numa cova. Nota-se porém que o capim cresce um pouco em todo o lado e que normalmente não se deita as cascas da fruta que se come em lugares apropriados, mas atira-se para o chão, um pouco distante de onde o indivíduo se encontra.

Durante as entrevistas, procuramos saber junto aos entrevistados, a implicação da limpeza para a saúde, estes, alegaram questões de carácter moral e observaram:

" as pessoas falam bem de si, quando tem um sítio limpo, para além de ser orgulho do indivíduo manter a beleza do sítio, é a personalidade individual".

Porém, um dos nossos entrevistados que viveu numa outra zona antes de passar a habitar a aldeia de Ntotwe, afirmou ter visto implicações do acúmulo de lixo, quando desleixou-se durante dois meses num lugar que havia muitas mangueiras, e começaram a aparecer mataquenas e escorpiões. Só a partir daí é que começou a manter o sítio limpo.

Os utensílios domésticos são considerados limpos quando não possuem restos de comida, isto é, quando são lavados e postos numa mesa de paus, o ulalo. Nota-se que nem todas as famílias possuem ulalo, limitando-se a pôr os utensílios lavados a secar sobre dois ou três troncos. Na discussão sobre utensílios limpos, os nossos entrevistados afirmaram que depende de cada um, e como exemplo, um dos nossos entrevistados mostrou-nos uma faca e disse que alguém pode tirar duas conclusões sobre ela: limpa ou suja. Perguntamos o porquê destas duas conclusões ao que respondeu: " está suja

pois usei-a para descascar uma manga, mas passei a no pé e "limpei" mesmo assim sentado, e por último ela agora está "limpa" depois de descascar algumas mangas e de passar no meu pé para limpar.

Os termos locais para designar o limpo e o sujo é *yambone* e para o sujo *yanhatha*. Estes termos também significam bonito e feio. No caso da faca apresentada no exemplo acima a beleza da limpeza pode justificar o uso do termo limpo ou belo, o que já vimos coincidir. Para reforçar esta questão linguística, tomemos um outro exemplo que é o xilo *xambone* e xilo *xanhatha*, que é algo limpo e algo sujo que coincide com algo belo e ou feio respectivamente. O limpo, seria portanto o bonito, e o feio o sujo, mudando apenas o prefixo como sucede em todas as linguas bantu. O nosso exemplo é reforçado quando se diz *munhu wamboni* que pode ser pessoa limpa (no sentido de não suja) ou pessoa que tem um procedimento aceite como correcto na comunidade. Pelo que nos parece o aspecto mais importante entre estas comunidades é o último e não o primeiro.

O corpo é considerado limpo, quando não tenha matope e não cheire mal. Aquí, está implícito o papel da água na limpeza do individuo. Em geral, a água é considerada limpa quando não tenha larvas mas mesmo assim, embora de uma forma geral esta água seja considerada suja algumas pessoas não deixam de bebe-la. Um dos nossos entrevistados *chaves* mostrou-nos como havia diferenças de percepção entre as famílias residentes nesta zona sobre o conceito de água limpa. Levou-nos a uma casa vizinha onde pediu a uma mulher que na altura devia estar no grupo etário entre vinte e vinte cinco anos e pediu para que lhe servissem água num copo para beber. A água que naquela casa seria para beber continha larvas e então ele disse.

"veja só como tem bichos, eu não bebo a água desta casa ...".

4.1.4. Origem da Doença e o Processo de Cura

4.1.4.a. Zonas de Predominância *Mwani*

A causa das doença entre os *mwani* têm várias explicações. A manifestação pode ser a mesma mas a diferença reside na causa que tem implicações para o tratamento a ser seguido. A causa principal é tida como sendo a divina ou natural. Esta, inclui as doenças com que o individuo pode nascer. Outras doenças podem ser o resultado de acidentes de trabalho em particular em campos agrícolas. Esta ligação com os campos agrícolas sucede por a prática de actividades agrícolas ser a mais comum nos agregados familiares rurais. A outra categoria da origem das doenças é a do feitiço ou seja doenças causadas (feitas) por alguém contra o outro. Esta categoria, inclui

as doenças consideradas como o resultado da passagem por sítios considerados "minados" onde se enterram medicamentos com o objectivo de fazer mal a alguém. Outras doenças ou infortúnio são tidas como o resultado do incumprimento das obrigações para com os ancestrais.

Devido a esta diversidade na origem deve-se consultar a um adivinho para identificar as causas do porquê ficou doente. Os adivinhos são os Nombo Yanguale ou os mwalimo⁵². Existem adivinhos⁵³ que se dedicam à identificação da origem da doença do mal e do possível mestre para a sua cura. Outros porém, dedicam-se tanto a adivinhação como a cura.

As cerimónias aos ancestrais "Sadaka ou Fateha" são normais entre os Mwani para se evitar os infortúnios. Os entrevistados contaram episódios por eles considerados reais. Vamos tomar dois exemplos para ilustrar a importância da realização de cerimónias aos ancestrais segundo um entrevistado mwani.

"Num certo dia estava um dos nossos entrevistados, calefatando o seu barco quando o dedo polegar direito ficou imóvel. Em seguida, todo o braço ficou inchado. Os seus parentes, ao perceberem-se do facto, dirigiram-se a um mwalimo que depois de fazer a consulta afirmou que a causa era a falta da realização de cerimónias aos ancestrais. Em seguida administrou-o uns remédios que o ajudaram a recompor-se mas com a obrigação de realizar a cerimónia".

O outro episódio deu-se com um pescador. Como vimos o modo de vida dos Mwani depende muito da actividade pesqueira. Este pescador contou que:

"Passara seis meses sem conseguir capturar nenhum peixe ainda que os outros pescadores conseguissem grandes quantidades. Devido a este facto teve que consultar a um Mwalimo que afirmou que o que lhe sucedia era a falta da realização do Sadaka. Pois, ele prometera a sua mulher já falecida que em caso de sucesso económico faria a campa da tal mulher."

O madjini, é um dos males que enferma as comunidades mwani. O madjini manifesta-se com o fenómeno de possessão. Para a sua expulsão, é necessário realizar uma cerimónia com o mesmo nome. O bem estar acenta na realização de cerimónias Fataia — Esta cerimónia é a retribuição das promessas que o individuo faz aos ancestrais em troca da sua protecção contra os males ou o sucesso na vida cotidiana. Esta cerimónia é realizada anualmente, no terceiro mês após a realização do Ramadan.⁵⁴ Os mwani são

⁵² Mwalimo é um termo de origem Swahili que significa professor. Os mwalimo dedicam-se a ensinar a religião Islâmica aos mais novos. Orientam as rezas nas mesquitas e dedicam-se também à cura de doenças.

⁵³ O termo adivinho será usado indistintamente para o Nombo yanguale e para o Mwalimo sempre que não houver variações do que ambos fazem.

⁵⁴ O terceiro mês é conhecido entre os habitantes desta zona como Funguthathu.

Islamizados e acreditam que o bem estar está condicionado às preces diárias.

A vida do ser humano é determinada pelos ancestrais, razão pela qual mesmo que a produção agrícola é baixa deve-se realizar cerimónias para se conseguir o bem estar tanto material como espiritual e a ausência de doenças.

A leitura do albadre- parte do alcorão para que aconteça mal a alguém- é considerada um mal.

4.1.4.a.1. A Cerimónia do Madjini

De acordo com os mwani o madjini é causado por um animal invisível que tem a designação de Djini este, habita em sítios silenciosos como as praias, serras ou lagos. Segundo os entrevistados o Djini faz uma viagem de norte a sul ao longo da costa saído das montanhas onde habita. É durante esta viagem que as pessoas são por ele apanhadas. O madjini manifesta-se com dores em todo o corpo, dores de cabeça muito fortes, dores de barriga acompanhadas de diarreia, dores nos pés e por último ataques de possessão. Os ataques de possessão são a incorporação do madjini no corpo do individuo.

O madjini ataca com frequência as mulheres adultas. Quando este faz a sua viagem na direcção norte a sul. As mulheres são susceptíveis de entrar em contacto com o "calor" do madjini quando estas fazem a pesca de madada⁵⁵ junto à costa. Os homens entrevistados afirmaram que os individuos de sexo masculino não são atacados pelo madjini em vertude destes fazerem a pesca do alto mar e por isso não entrarem em contacto com o madjini visto que este passa junto a costa. Mas segundo um Mwalimo, o madjini ataca também aos homens, mas estes preferem um tratamento secreto e não acompanhado de batuques como sucede com o tratamento às mulheres. Por isso pode se ter a impressão errada de que estes não são atacados pelo madjini.

Existem dois métodos usados pelos Mwalimo para se repelir o Madjini ou feitiço. O primeiro método é o da leitura do al badre, este método consiste na leitura do alcorão para imulizar o individuo contra o madjini ou feitiço. O segundo método, é o do Ilissi, que consite em o Mwalimo escrever num papel branco que depois é envolvido num pano branco que dá ao individuo para levar consigo para onde fôr. Por vezes, o Ilisse é colocado na entrada das casas, como protecção contra a acção dos feiticeiros. Alguns entrevistados entre os Mwani, afirmaram haver curandeiros que os

⁵⁵ Peixinhos de baixo valor comercial.

consideraram vulgares que dão um fio denominado *napo*⁵⁶ ao individuo que amarra-o na cintura para se proteger dos feiticeiros.

O tratamento do *madjini* é feito normalmente por um especialista com a designação de *Nalombo*. Ao longo do trabalho de campo assistimos a uma cerimónia de *madjini* esta cerimónia, tinha como protagonista uma criança doente, que depois da consulta no hospital local onde ficou internada durante uma semana e registara algumas melhorias, fora levada pelos pais para uma zona distante onde se localizam parte das machambas do agregado familiar⁵⁷. Três meses depois a criança adoecera outra vez "tempo considerado insuficiente para que voltasse a ficar doente". O resultado foi procurar-se consultar a um *Nalombo* que afirmou haver necessidade de se fazer a cerimónia de *Madjini* pois, aos olhos dos actores o tratamento médico não tinha surtido nenhum efeito. Por outro lado, deve-se notar que existem outros antecedentes que levaram a consulta a *Nalombo* tais antecedentes, relacionam-se com a fase de gravidez da mãe da criança em causa, que devido às perturbações durante a gravidez pedira a propeção dos ancestrais e em retribuição faria a entrega de uma capolana⁵⁸. Aqui está patente uma percepção cultural sobre as doenças podendo-se notar que neste caso acredita-se que a doença da criança era uma retaliação dos ancestrais por não se ter cumprido a promessa da capolana.

A cerimónia, consiste em batuques que segundo os especialistas convidam os *madjini*. O tratamento consiste no uso do *Kombe* - uma tinta avermelhada, com a qual o *Nalombo* escreve num prato e em seguida põe água e dá ao doente e aos participantes da cerimónia para tomar, ao mesmo tempo que o doente coberto com uma capolana e se acende o *Udi* — um incenso - vulgarmente conhecido por flôr da Índia. A cerimónia pode durar até dois ou três dias. Nela, o doente e os parentes mais próximos tomam uma refeição especial de arroz — cozido a parte, com um caril composto por uma galinha ou galo,⁵⁹ banana, açúcar, coco, papaia e temperos da Arábia⁶⁰.

Segundo um *Mwalimo*, o *madjini* manifesta-se da seguinte forma: o individuo fica doente e recorre ao médico, e este não consegue cura-lo. No hospital, o doentes de *madjini* não suportam o cheiro dos medicamentos e por isso de lá fogem. Quando se lhes receita comprimidos estes, não passam pela garganta. Quando se lhe dá injeções estas pioram o seu estado de saúde. Esta afirmação do *Mwalimu* leva nos a uma distinção entre o mal

⁵⁶ Parece que esta percepção dos *Mwani* é produto da sua Islamização. Entre os *Makonde* o *napo* é usado com mais frequência e sem a mesma percepção de ser produto de curandeiros vulgares.

⁵⁷ A zona de localização das machambas afirma-se ter muitos mosquitos.

⁵⁸ Trata-se de uma retribuição que a mãe da referida criança faria em caso de esta nascer. Esta retribuição é comum entre diferentes grupos étnicos de Moçambique. Entre os grupos do sul existe também. Normalmente são pedaços de pano de cor branca e azul com cerca de 20 centímetros quadrados.

⁵⁹ A recomendação se deve ser uma galinha ou galo é dada pelo próprio *Nalombo*. Não foi possível determinar-se o critério de escolha seguido pelo *Nalombo* entre o galo e a galinha. Alguns informadores afirmaram que neste critério de escolha selecciona-se também a cor da galinha.

⁶⁰ Trata-se de temperos de origem Árabe não produzidos localmente podendo ser de Zamzibar.

físico e o mal psíquico. O mal físico é da esfera do médico e também dos herbalistas. O psíquico é da esfera do Mwalimu.

4.1.4.b. Zonas de Predominância Makonde

Entre os Makonde as doenças tem como causa primária a origem divina. Os Makonde são um grupo Étnico que professa a religião cristã ou seitas sincreticas entre o cristianismo e as crenças locais.

Para os Vamakode as doenças são divinas "Nungu". Porém, as mesmas doenças são usadas pelos feiticeiros, neste caso a morte é acelerada. Entre os Makonde acredita-se na imunização contra os feiticeiros.

As doenças resultantes da feitiçaria requerem a consulta ao curandeiro⁶¹. Esta consulta é feita pelos parentes da vítima do feiticeiro. A participação dos parentes da vítima do feitiço nas consultas aos adivinhos acontecem apenas quando se trata de uma vítima do feitiço. Quando se trata de uma vítima de feitiço que se voltou contra o feiticeiro deve por si só procurar o seu curandeiro.

A origem da doença é identificada pelo Fundi Yanguele. Este, identifica e cura a doença. Mas se depois de um certo tempo o Fundi yanguele não consegue recomenda um outro Fundi Yanguele considerado mais experiente. Para todas as doenças procura-se a causa. Só depois é que se decide quem deve ser o actor a envolver na cura. Para as doenças tidas como de origem divina pode ser optar pelo tratamento ministrado por um herbalista ou pelo hospital local.

A feitiçaria, transmite-se durante o processo de socialização das crianças em particular na ida às machambas. As doenças são em primeira mão identificadas pelos Fundi Yanguele que no processo de cura imunizam os doentes para que não sejam atingidos por nenhuma doença de feitiço. A única doença que se acredita que pode resultar da falta de higiene são as dores de barriga que alguns entrevistados reconhecem que beber água com larvas origina dores de barriga.

De acordo com os nossos entrevistados para qualquer doença é necessário consultar o adivinho antes de inicial qualquer tratamento pois, se o individuo levar qualquer doença de feitiço ao hospital, este não vai resolver o seu problema. Estes entrevistados afirmaram que se por exemplo um individuo

⁶¹ Existem dois tipos de curandeiros: O FUNDI yanguele e o Fundi Kulaula. O primeiro é o adivinho e o segundo é o herbalista.

ao andar chocar com um tronco, e começar a doer lhe a perna e depois começa a ter febres deve consultar a um adivinho para identificar a causa que originou o choque porque pode ser que tenha sido em resultado de uma feitiçaria. O curandeiro poderá identificar a causa da doença e ao mesmo tempo imunizar o individuo e "preparar" a sua casa para que nenhum feiticeiro entre. O ter a casa preparada dá ao individuo um equilíbrio psíquico pois fica confiante de que nenhum mal poderá-lhe acontecer. Segundo os nossos entrevistados, é necessário fazer-se consultas periódicas ao curandeiro da mesma forma que se faz consultas de seguimento do crescimento das crianças nas unidades sanitárias.

Uma visão da origem das doenças complementar é a que foi dada em geral pelos nossos entrevistados, foi dada por uma Fundi yanguele formada na Tanzania e com práticas Islamizadas, esta tem uma maneira própria de ver as doenças e afirma que o ser humano é habitado por animais bravos como: cobras, leões, leopardos, hienas, cães etc. A doença é o resultado de estes animais tentarem matar o homem, por isso é necessário fazer cerimónias com batuques para apaziguar a estes animais.

O bem estar reside na realização de cerimónias para os ancestrais "Kumbukumbo". Estas cerimónias são realizadas no período pós colheita. As promessas como a retribuição da cura fazem parte da vida.

Os herbalistas (Fundu Kulaula), reconhecem uma variedade de ervas com um poder curativo e reconhecem não conhecer a cura para determinadas doenças.

1. Dores de barriga

Planta mangata

Modo de usar:

- Raspar o caule e pilar as cascas. Em seguida por água, misturando as cascas e a farinha de mapira. Leva-se em seguida ao lume. O efeito só se sente depois de três dias. Usar uma colher para tomar. Caso não resolva, usa-se a folha de de namiundo, uma árvore grande. Modo de usar: Pilar as folhas e depois deta-las à água. E toma-se o líquido com uma colher três vezes ao dia.

- Afirma-se que aqui que o tratamento mais eficaz é o primeiro.

2. Hérnia

Não tem cura.

3. Lepra.

Não tem cura.

4. Dores de cabeça
Nachivalala – Arbusto
Tirar as folhas e pilar. Em seguida misturar com água. Este líquido é usado para se lavar o rosto.
5. Apendicite
Mambalembe – planta.
Pilar as folhas e misturar com água. Filtrar, e em seguida servir muito quente. Toma-se com colher três vezes ao dia, durante um período de três dias.
6. Conjuntivite.
Likulaviane – Planta
Põe-se as folhas na água e depois de ferver bem lava-se o rosto com ela. O tratamento é feito durante cinco dias, três vezes por dia.
7. Tosse ou Tuberculose
Nkulana – Planta
Nesta planta usa-se as raízes que devem ser fervidas. Para tomar usa-se uma cabaça. Porém, para o caso da tuberculose cura apenas se a doença estiver no princípio.
8. Sífilis e Gonorréia.
Lyungo – Planta.
Deve-se queimar e moer as folhas que depois são misturadas com gergelim. Depois aplica-se este pó no pênis ou na vagina. Ao mesmo tempo, vai-se tomando o medicamento líquido, resultante da fervura das raízes.
9. Asma
Nakadingula - Planta trepadeira
Moer as folhas e misturar com água e molhar o individuo durante os ataques. Dois dias de tratamento.
10. Bilharzioze.
Ainda não se conhece uma planta eficiente, porém trata-se com a planta nalo – uma planta trepadeira. Cozer as raízes e tomar o líquido durante um período de quatro dias. Duas vezes por dia (manhã e noite).
11. Fracturas (perna e braço)
Nkalanga – planta.
Raspar e pilar a casca e juntar a perna da galinha direita ou esquerda, de acordo com a perna ou pé fracturado. Aplica-se esta mistura onde o individuo sente a dor.

V. Conclusões

O presente trabalho, analisa a característica do Sistema Nacional de Saúde em Moçambique. A análise da informação primária de 1997 sobre o Sistema Nacional de Saúde, recolhida pelo Ministério da Saúde, permite-nos concluir que o Sistema Nacional de Saúde caracteriza-se por possuir uma fraca cobertura de unidades sanitárias em particular nas zonas rurais. Porém, devemos notar que no período pós-independência, houve um grande esforço das autoridades sanitárias do país em alargar a rede de cuidados de saúde. Este esforço, foi inviabilizado pela guerra em particular na década de 80 e a primeira metade da década de 90.

A guerra, não constitui o único factor que justifica a actual situação do sistema oficial de saúde em Moçambique. Pois, a fraca cobertura em unidades sanitárias está associada a fracas condições de funcionamento básico como a deficiência no abastecimento de água e electricidade às unidades sanitárias e dos serviços básicos como laboratórios e maternidades. Os recursos humanos são em geral de baixa qualificação. O número de médicos é insuficiente e concentra-se no sul do país em detrimento das zonas norte e sul do país. Esta característica do Sistema Nacional de Saúde origina um fraco nível de atendimento resultante da falta de recursos. Que pode ser corrigido apenas com um desenvolvimento sustentável do país.

Ao longo deste trabalho, analisamos as crenças e práticas de saúde da população que o sistema de saúde pretende servir. Esta análise, foi feita tanto sob do ponto de vista bibliográfico como sob do ponto de vista de trabalho de campo. A análise das crenças e práticas de saúde teve como objectivos por um lado compreender a percepção sócio-cultural da saúde da população e por outro lado, explorar uma possível aproximação entre a medicina tradicional e a medicina moderna em Moçambique. A conclusão que podemos tirar desta análise é de que existem pelo menos duas razões para o uso da medicina tradicional. A primeira, relaciona-se com as deficiências de funcionamento do Sistema Nacional de Saúde e a segunda, relaciona-se com as crenças e práticas de saúde da população.

Uma aproximação entre a medicina tradicional ou local e a medicina oficial ou moderna baseada na hipótese de que a medicina tradicional utiliza plantas com um poder curativo reconhecido empiricamente pelos praticantes da medicina tradicional e até uma certa medida comprovado por testes laboratoriais em várias parte do mundo, apesar de em Moçambique a extensão de tais testes laboratoriais sobre o poder farmacológico destas plantas ser ainda infimo ou mesmo inexistente. Contudo, não podemos afastar a hipótese de que algumas das plantas podem estar a ser utilizadas

sem possuírem nenhum valor curativo ou serem aplicadas para circunstâncias não apropriadas. Esta questão, só pode ser correctamente respondida se houver um esforço das autoridades sanitárias oficiais na colaboração entre a medicina moderna e a tradicional.

As crenças e práticas de saúde da população mostram-nos que o estado de saúde não é apenas físico mas sim inclui uma satisfação psicológica que se obtém com os rituais que fazem parte do processo de cura na medicina tradicional. Devemos reconhecer que não existem evidências de repúdio da medicina moderna pelas populações mas sim o que existe, é uma tomada de decisão que envolve factores de percepção sócio-cultural e psicológicos das causas do mal que obrigam a uma escolha entre a medicina tradicional ou moderna nas zonas onde se tem acesso a ambas as medicinas como por exemplo nos centros urbanos. É evidente, que quando apenas se tem acesso "físico ou financeiro" à medicina tradicional esta escolha não é aplicável. Mesmo nos centros urbanos, onde se tem acesso a ambas as medicinas e excluindo as limitações financeiras as decisões sobre o uso de uma ou outra medicina estão baseadas na percepção sócio-cultural. Isto, explica por exemplo o abandono dos tratamentos receitados pela medicina moderna ou ainda os casos em que os pacientes usam em paralelo remédios da medicina tradicional e moderna.

A aproximação entre a medicina tradicional e a medicina moderna, permitiria em primeiro lugar reduzir os casos de morte por intoxicação resultantes de sobre-doses, não raras na medicina tradicional, e em mudanças de algumas práticas negativas na medicina tradicional. Estes objectivos, por um lado podem ser alcançados com estudos de caso pontuais e definição de estratégias de acção baseadas num conhecimento profundo das práticas e crenças locais. Por outro lado, um investimento na pesquisa de plantas medicinais poderia a médio ou longo prazo reduzir os custos de importação de medicamentos para o país. A identificação de áreas de intervenção dentro da medicina tradicional pode ser facilitada com o envolvimento da Associação dos Praticantes da Medicina Tradicional a AMETRAMO.

A aproximação entre as duas medicinas requer também intervenções de equipas multi-disciplinares envolvendo especialistas tanto da medicina moderna, praticantes da medicina tradicional e cientistas sociais em debates abertos com o objectivo único de integração da medicina tradicional no sistema oficial de cuidados de saúde e flexibilidade nas acções recomendadas. Por outro lado, deve-se afastar os preconceitos existentes em relação à medicina tradicional. Tais preconceitos, são o resultado de uma mentalidade colonial ou da aculturação em que tanto o praticante da medicina tradicional como o seu cliente são tidos como duma "cultura inferior". Uma mudança de atitudes em relação à medicina tradicional permitiria melhorar a prestação de cuidados de saúde pelos praticantes da medicina tradicional como também permitiria oferecer em geral um melhor

nível de cuidados de saúde para a população. Desta forma, estamos convencidos que as hipóteses trabalho foram comprovadas.

VI. Bibliografia

- Abrahams, R. G.
1959 African Concepts of Health and Disease, In: Symposium on Attitudes to Health and Disease among some East African Tribes.
Makerere Institute for Social Research, Kampala.
- Al-Hassan Conteh
1985 Reflections on some concepts of religion and medicine In Liberian society.
[s/e]
- Angrosino, M. V. Editor.
1991 Human Organisation
Journal of the Society for Applied Anthropology. Vol. 30 Number 1.
- Baer, H. A.
1995 Medical Pluralism in the United States: A Review.
in: Medical Anthropology Quarterly. International Journal for Analysis of health.
Vol. 9 Number 4.
- Bastien, J. W.
1988 Cultural perception of neonatal tetanus and programming implications, Bolivia.
The Resources for Child Health Project, Arlington, VA USA.
- Bulmer M. and Wawick D. P.
1983 Social Research in Developing Countries: Surveys and Censuses in the Third World.
UCL Press Limited, London
- Colison, A. C. and K. E. Selby
1997 Medical Anthropolgy', In : B.J. Siegel et al. (Eds.) Annual Review of Anthropology,
Vol. 3 Annual Review Inc., Palo Atlto, California
- Conceição, A. R. F
1993 Entre mer et terre: situation identitaire des populations côtières du nord
mozambicain (Cabo Delgado) 1929 - 1979. Tese de Doutoramento. Univ. Paris VIII.
- Da Silva Tavares, J. A.
1909 A arte de curar entre os indigenas das terras de Magude.
Lourenço Marques.
- Da Silva Tavares, J. A.
1948 A arte indigena de curar.
Documentário Moçambique, No. 53.
- Dunn, F.
[s/d] Traditional Asian medicine and cosmopolitan medicine as adaptative systems.
[s/e]

- Evans-Pritchard, E. E.
1937 *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*
Clarendon Press, Oxford
- Feierman, S.
1979 *Health and Society in Africa: A Working Bibliography.*
Cross Roads Press, Massachusetts.
- Feierman, S. and Janzen J.
1992 *The Social Basis of Health and Healing in Africa.*
University of California Press, Berkeley.
- Finerman, R. D.
[S/d] *Experience and Expectation: Conflit and Change in Tradicional Family Health Care Among The Quichua of Saraguro.*
University of California, Department of Anthropology, Los Angeles.
- Furnivall, J.S.
1939 *Netherlands India, A study of Plural Economy.*
Cambridge University Press, London.
- Gelfand, M.
1964 *Medicine and Custom in Africa*
Livingstone, Edimburgh.
- Gerlach, L. P.
1959 *Some basic Digo concepts of health and diseases among some east African tribes.*
Makerere Institute for Social Research, Kampala.
- Gonzalez-Quevedo, P. J.
1980 *Feitiçeiros, Bruxos e Possessos.*
Editorial A. O., Braga 1980.
- Goverment of Mozambique and UNICEF
1994 *The Situation of Children and Women in Mozambique.*
Coopimagem, Maputo, Mozambique.
- Green E. C.
1994 *AIDS and STDS in Africa: Bridging the Gaps Between Traditional healing and Modern medicine.*
University of Natal Press, Pietermaritzburg, South Africa.
- Gulube, L. L.
1997 *Aspectos do sistema de organização da rede sanitária colonial na Região sul do save, 1960 - 1974: Problemas e pespectivas.*
Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras, Departamento de História Maputo. Dissertação de licenciatura.
- Horton, R.
1967 *African traditional though and western science: From tradition to science.*
Africa XXXVII, Nos. 1 and 2 (January and Abril), pp. 50 - 71 and 155 - 87.
- I.N.E.
1997 *II Recenseamento Geral da População e Habitação*
Direcção de Estatísticas Demograficas Vitais e Sociais
- Janes C. R.
1995 *The Transformation of Tibetan Medicine*
in: Medical Anthropology Quarterly. International Journal for Analysis of health.
Vol. 9 Number 1

- Junod, H. A.
1946 "Magia" In: Usos e costumes dos bantus, tomo II (Vida Mental).
Imprensa Nacional de Moçambique, Lourenço Marques, pag. 435 - 557.
- King, R. and Mulumba, B.
[s/d] The use of Traditional and Modern Medicines for the same
Illnesses in Selected Populations in Zair.
Charles R. Drew University of Medicine And Science. International Health Institute.
[S/local de edição]
- Klain, N.(editor)
1986 Culture, Curers, and Contagion: Readings for Medical Social Science.
Chandler & Sharp Publishers, California
- Kleinman, A. Culture and healing in Asian societies
1978 Cambridge, Mass
- Kleinman, A.
[s/d] Concepts and model for a comparison of medical systems as cultural systems.
Department of Psychiatry and Behavioural Sciences of Washington School of Medicine.
In: S. Soc. Med. Vol.12 [s/d]
- Kucholl, V.
1985 Ethnomedical evaluation in Lesotho 1984-1985
Final Report.
Paray Hospital, Thaba-Tseka, Lesotho.
- Leslie, C. M.
[s/d] Pluralism and Integration in the Indian and Chinese Medical System.
[s/e]
- Luborsky, M. R.
1995 Aging, health, and Culture: The Contribution of Medical Anthropology.
[s/e]
- Perez de Armiño, K.
1997 Guía de Rehabilitacion Posbélica: El Proceso de Mozambique
y la contribucion de las ONG
Hegoa, Faculdade de Ciencias Económicas, Bilbao
- PNUD
1997 Relatório do Desenvolvimento Humano 1997.
Trinova Editora, Lisboa.
- Polanah, L. D.
1965 O Nhamussoro e as outras funções magico-religiosas: Tese de Licenciatura.
Instituto Superior de Ciências Sociais e Política Ultramarina, Lisboa.
- Polanah, L. D.
1967 Possessão sagrada em Moçambique, Parte I: Patologia Religiosa.
Geographica, No. 11, Sociedade de Geografia de Lisboa, pag. 17-34.
- Polanah, L. D.
1967 Possessão sagrada em Moçambique, Parte I: Patologia Religiosa.
Geographica, No. 12, Sociedade de Geografia de Lisboa, pag. 71 - 91.

- Polanah, L.D.
1968 *Possessão e Exorcismo em Moçambique*
Mems do Inst. Invest. Cient. Moç.
- Prater, G. S. and Azevedo, M.
1989 *Beliefs and Attitudes toward Infant mortality and Modern Health Care Centers in East Cameroon*
Jackson State University, Jackson, Mississippi.
- Rego, A. da S.
1961 "O Animismo" in: *Lições de Missionologia*, pag. 236 - 243.
- Rita-Ferreira, A.
1960 *Crenças e práticas mágicas em Homoine (Moçambique)*.
Bol. Inst. Invest. Cient. Moç. 1 (1): 3-245
- Rita-Ferreira, A.
1967 - 1968 *Os africanos de Lourenço Marques, Saúde e Nutrição, (Cap. XII)*
Mems Inst. Invest. Cient. Moç., 9, Serie C, pag. 423 - 441
- Rita-Ferreira, A.
1967-1968 *Os africanos de Lourenço Marques, actividade de caracter religioso e magico: A religião tradicional.*
Mems Inst. Invest. cient. Moç., 9, Serie C. pag. 443 - 463
- Rita-Ferreira, A.
1974 *Etnohistoria e cultura tradicional do grupo Anguni. (capitulo XII)*
Mems Inst. Invest. Cient. de Moç., vol. 11, Serie C,
Lourenço Marques, pag. 3 - 247.
- Schwalbach, M. T. F. S. e Schwalbach, J. F. L.
1968 *Aspectos Gerais da Medicina Negra em Moçambique.*
[s/e], Lourenço Marques.
- Slikkerveer, L. J.
1990 *Plural Medical Systems in the Horn of Africa: The Legacy of "Sheikh" Hippocrates.*
Kegan Paul International, London
- UNDP (United Nations Development Programme)
1997 *Human Development Report 1997*
- United Nations Agencies in Mozambique
1997 *Common Country Assessment for Mozambique.*
- Vaughan M.
1991 *Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness*
Stanford University Press, Stanford
- Yamamoto, M. e Polgar, S.
[s/d] *Medical Anthropology in Community Medicine*
[s/e].
- Young, A.
1975 *Some Implications on Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology*
In: *American Anthropologist*, pages 78 - 79



República de Moçambique

