

U.E.M. - UFICS
 R. E. 49/02
 DATA 23/04/03
 AQUISIÇÃO aberta
 COTA ATO-19

U.E.M. - UFICS
 R. E. 19/02
 DATA 1.1
 AQUISIÇÃO
 COTA



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
 Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais
 (UFICS)

**Tema: Percepção, cura e integração social da criança epiléptica:
 Um estudo do caso na zona periférica da cidade de Maputo**

Projecto de Pesquisa apresentado em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia da Universidade Eduardo Mondlane

Autora: Tolita Arrone Guiliche
 Docente: Dr. Alexandre A. Mate

U.E.M. - UFICS
 R. E. 4418
 DATA 12/07/05
 AQUISIÇÃO aberta
 COTA ATO-19



Maputo, Outubro de 2002

2005.12
 16.12.05

75

DECLARAÇÃO

Declaro que este Trabalho de Fim de Curso nunca foi apresentado, na sua essência, para obtenção de qualquer grau, e que ele constitui o resultado da minha investigação pessoal, estando indicadas no texto e na bibliografia as fontes que utilizei.

DEDICATÓRIA

À memória dos meus pais, Rabeca Arrone e Ernesto Guiliche, cujo incentivo foi para além das suas consciências.

Aos meus filhos Adélia, Flávio e Clério aos quais busquei carinho estímulo para esta jornada.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar os meus agradecimentos a um número de pessoas que me ajudaram durante a elaboração deste meu trabalho nomeadamente:

Ao doutor professor Alexandre Mate, meu supervisor principal deste trabalho, vai a minha gratidão pelo contínuo apoio e orientação académica desde o dia em que iniciei a concepção do projecto desta pesquisa. Ele investiu o seu valioso tempo, paciência e fé na minha capacidade ao longo da realização deste trabalho.

A minha gratidão vai também para todos os meus professores, em especial os das cadeiras de seminário de pesquisa I, II, III e antropologia da saúde e da doença, respectivamente, Dr. Professor Rafael da Conceição, Dr. José Pimentel Teixeira, Dra. Maria José Arthur e Dra. Nanete Barkele, cujos ensinamentos beneficiei grandemente.

Ao doutor professor Carlos Manuel por ter concedido o máximo de seu tempo possível para a correcção da redacção desta dissertação e ao Dr. Professor Joan Muela pela gentil paciência com a qual fez a revisão do conteúdo.

Aos meus colegas, Cecília Uamusse, Leonor Matine e Elísio Jossai, pela força das suas palavras de encorajamento. Congratulo-me por ter contado com a colaboração na revisão, da minha filha Adélia, a quem muito agradeço.

Ao meu marido e aos meus filhos por todo o carinho, apoio e ajuda redobrados. Vai também a minha imensa gratidão pelo facto de, com muita paciência, se terem privado do meu carinho e atenção que lhes são devidos, liberando-me generosamente horas a fio ao longo de todo o tempo de estudo e de preparação desta dissertação.

À população alvo do bairro das Mahotas, pela sua disposição incansável no trabalho aturado de entrevistas.

Aos funcionários da UFCS, do departamento de Antropologia e Arqueologia e a todos aqueles que directa ou indirectamente contribuíram na orientação e conselhos para a elaboração deste trabalho, expresso a minha inteira gratidão e amizade.

RESUMO

O presente projecto de pesquisa enquadra-se na antropologia da saúde e da doença. Visa analisar e interpretar as percepções e práticas comunitária em relação a epilepsia, e os mecanismos que são adoptados pelas famílias para a prevenção, cura e integração social da criança epiléptica.

A antropologia considera que a saúde, conhecimentos de risco, ideias sobre a prevenção de doenças e tratamentos apropriados são fenómenos culturalmente construídos e interpretados.

A problemática da doença constitui o maior desafio da existência humana. Os grupos humanos sempre desenvolveram um conjunto de crenças, conhecimentos e percepções da doença, de acordo com a suas matrizes culturais para a conceberem, pensar sobre ela, usando mecanismos socialmente construídos para combater a doença, socorrendo-se aos diversos sistemas de cuidados de saúde para enfrentá-la.

A família tem um papel preponderante no processo de decisão sobre o sistema de saúde a recorrer para a prevenção e cura da epilepsia, baseado nas interpretações e sistemas de crenças e não só. O processo decisório é influenciado também por outros factores como custos financeiros, sociais, tempo, conselhos e outros, havendo por vezes, a utilização concomitante de mais que um sistema médico, apesar da sua não integração.

ÍNDICE

Assunto	Página
1. INTRODUÇÃO	1
A problemática	3
Enquadramento teórico	7
Justificação da escolha do tema	14
Delimitação do estudo	16
Breve caracterização do local de pesquisa empírica	17
2. REVISÃO DA LITERATURA	18
3. PERCEPÇÕES E PRÁTICAS SOCIAIS RELACIONADAS COM A EPILEPSIA	24
Rituais e tabus	28
Processo decisório	30
Importância da família e das redes sociais	32
Experiência de integração social da criança epiléptica	35
Políticas de saúde em Moçambique	37
4. Metodologia	39
5. Bibliografia	43
6. Anexos	47

1. INTRODUÇÃO

Augé (1986) afirma que a antropologia reflecte sobre as práticas culturais que se fundem na natureza, definem a ideologia e a linguagem de toda a prática singular, a partir das quais se pode formular a relação indivíduo-sociedade. Nesta perspectiva, a antropologia debruça-se sobre questões internas da sociedade, entre as quais, a problemática da saúde e da doença, entendida e interpretada no contexto das crenças internas da sociedade.

Segundo Uchôa & Vidal (1994) “a antropologia reflecte a partir da década 80 sobre temas de saúde, doença, sistemas de cura, ou seja, reflecte questões oferecidas pela sociedade”.

No debate actual, são assumidas posições que visam incorporar a medicina tradicional na resolução de múltiplos problemas de saúde, partindo de conhecimentos localmente reconhecidos e legitimados pela comunidade.

Reconhece-se que os fenómenos e noções de saúde, doença e cura, ultrapassam a dimensão estritamente biológica. São, com efeito, influenciados por factores sociais e culturais. Essas noções reflectem fenómenos complexos que se conjugam com outros tais como factores biológicos, económicos e ambientais. Portanto, o discurso antropológico tem uma abordagem holística porque analisa o sistema cultural com várias dimensões que se interligam entre si e também com o nível macro.

A doença tem uma dimensão social, cultural, simbólica, económica, biológica, ambiental, etc., e pode ser um exemplo de ligação intelectual entre a percepção individual, simbólica e social. A dimensão de poder compreende a relação entre a medicina moderna que opera maioritariamente nas zonas urbanas e tradicional que opera em larga escala nas zonas rurais. Esta dualidade apresenta um confronto de lógicas no concernente a concepção da doença, sua causalidade e formas de a curar.

O tema em estudo – “ *Percepções, cura e integração social da criança epiléptica*” está ligado à antropologia da saúde e a sua abordagem está implicitamente ligada à medicina tradicional pelas seguintes razões:

Moçambique é um país cuja população é maioritariamente rural; cerca de 80%, com um número diminuto de unidades sanitárias e de pessoal, na razão de 1 médico para 30.000 habitantes concentrados nas cidades, inclusive neste bairro. A maioria da população está desprovida de assistência *biomédica*¹, tendo como recurso a *etnomedicina*² e métodos religiosos, que pertencem ao sector informal.

Dada a exiguidade de unidades sanitárias, por um lado, e a existência de outros recursos da medicina tradicional, por outro lado, as famílias recorrem às práticas pré-existentes para cura de certas doenças incluindo a *epilepsia*³. Estas práticas estão enraizadas na cultura local e podem solucionar alguns problemas de *saúde pública*⁴, entendida por Segre e Ferraz (1997) como “um estado de harmonia razoável entre o sujeito, e a realidade para a toda a sociedade”.

Neste âmbito, como ponto de partida para o tema que pretendemos desenvolver, levantamos a seguinte questão:

Qual é a percepção da comunidade em relação à epilepsia? Que mecanismos têm sido adoptados pelas famílias para a cura e integração social das crianças epiléticas? Quais as lógicas pelas quais as pessoas escolhem determinado tipo de sistema de cura?

Isto remete-nos ao problema da percepção comunitária sobre esta doença partindo dos diversos entendimentos sobre o assunto.

¹ Chama-se biomedicina à medicina convencional, aquela que pertence ao sector formal e se denomina medicina moderna ou ocidental.

² É assim chamada a medicina popular que corresponde a diferentes classificações da doença, terapéutica e prevenção tradicionais. Neste grupo fazem parte os PMT's, ervanários e líderes religiosos com poderes curativos. Para Kleinman etnomedicina é qualquer forma de medicina de acordo com o respectivo sistema cultural. “in” *Patients and Healers in the Context of Culture* (1980:196).

³ A *epilepsia* é perturbação que está relacionada com o mau funcionamento do cérebro. É uma doença que se manifesta pela perda de consciência e por convulsões ou movimentos estranhos causados por problemas cerebrais que ocorrem de repente. Na perspectiva da biomedicina, *epilepsia* é um conjunto de manifestações clínicas decorrentes de processos mórbidos diversos. É de dois tipos: “pequeno mal” e “grande mal”. “in” *Dicionário de Medicina*. (1990:3933).

⁴ O termo *Saúde* é definido pela OMS como o bem estar físico, mental e social completo.

A problemática:

Stacey (1988) postula que “o sector oficial da saúde cobre uma área populacional que possui valores culturais e crenças locais sobre a percepção da doença e da cura implícitos na *medicina tradicional*⁵.”

O SNS em Moçambique cobre, em larga medida, mas com dificuldade, as zonas urbanas e a medicina tradicional opera maioritariamente em zonas rurais. As famílias confrontadas com doenças num SNS ineficiente, recorrem ao sistema pré-existente para procurar solução dos seus problemas de saúde, de acordo com as percepções e crenças locais sobre o diagnóstico, a etiologia e o prognóstico que ditam opções e práticas para tratar doenças.

As práticas culturais fundem-se na natureza e definem a ideologia e a linguagem de toda a prática cultural a partir da qual se pode formular a relação indivíduo-sociedade. Por isso, existem várias definições da epilepsia interpretadas por diversos autores de acordo com as culturas locais por eles estudadas, o que ilustra a percepção comunitária sobre esta doença.

Junod (1974) afirma que a epilepsia é denominada por *wutleka*⁶. É concebida como uma doença contagiosa e é muito temida na comunidade por ele estudada. Por exemplo, uma mulher que amamenta não deve ver um epilético em crise, porque acredita-se que a criança que ela tem no colo poderá tornar-se epilética.

Esta crença foi corroborada no terreno. Para além da mãe que não deve ver um epilético em crise, é tabu falar-se ou tratar-se de qualquer assunto relacionado com a doença epilética por qualquer pessoa que esteja fora do grupo dos anciãos, líderes religiosos e PMT's. Acredita-se que a transgressão do tabu pode gerar crianças epiléticas, ou seja, o tabu é justificado pela teoria de contaminação.

⁵ o conceito de *medicina tradicional* é definido pela OMS como todas as formas de provisão e de cura que estão fora do sector formal ou oficial. É equivalente a de etnomedicina.

⁶ De acordo com Junod (1974), esta expressão significa roubar em língua xi-Rhonga na região de Marracuene em Maputo. Literalmente, significa que a consciência do doente foi roubada pela doença.

Marrato (1990) diz que a epilepsia é denominada por *nwyeti*⁷ ou por *nyokani*⁸, segundo conceitos fornecidos por praticantes da medicina tradicional, pais e familiares das crianças epiléticas em Maputo. Estas denominações ilustram o factor natural como causador da doença.

A mesma autora sustenta ainda que a epilepsia é uma doença que se manifesta geralmente nos primeiros meses da vida da criança e, se não for tratada, pode arrastar-se até a vida adulta com manifestações mais violentas ou mais complicadas.

Este é o tipo de epilepsia que cientificamente é denominada por “*pequeno mal*”. Manifesta-se pela moléstia leve de consciência, ficando o doente durante um momento fora da realidade num período muito curto que varia de 30 segundos a 5 minutos mas sem convulsões. Se isso ocorrer muitas vezes por dia pode dificultar, por exemplo, a aprendizagem da criança.

Por essa razão, toda a criança quando nasce é lhe ministrada na aurora e ao por do sol, leite de folhas verdes denominado localmente por “*dlanyoka*” para tratamento preventivo, por forma a “eliminar” o agente causador da doença, algo que permitirá o desenvolvimento sadio da criança.

Os anciãos da comunidade educam e aconselham os jovens pais a fazer um tratamento preventivo logo após o nascimento da criança, antes da manifestação da doença, “*Nyokani*” se desenvolva com o crescimento da criança.

Para além das causas percebidas como naturais, a autora menciona a causas “sobrenaturais”, que provocam “*nyoka lê yi kulo*” cientificamente designada “*o grande mal*” que se caracteriza por convulsões. Esta tem como causas “sobrenaturais”, entendidas como castigo dos antepassados e feitiço, entre outras. Há que referir que a doença não só se manifesta em crianças, mas também em jovens ou adultos.

⁷ Este termo significa lua. É explicado pelo facto de os ataques epiléticos ocorrerem durante as mudanças das fases da lua.

⁸ Significa lombriga. Acredita-se que o agente causador da doença localiza-se também no tubo digestivo, a partir do qual pode afectar outras partes do corpo.

Em ambos os casos o diagnóstico é feito por "titholo", ossíolos usados por curandeiros para adivinhação e prescrição dos medicamentos para o tratamento.

É por isso que Marrato (1991) afirma que a percepção da epilepsia varia com a idade da criança, com as causas e as formas de manifestação e o modo como a família encara e interpreta a doença, havendo atitudes bipolarizadas das populações face ao problema, podendo recorrer-se aos PMT's (curandeiros, praticantes da fé, ervanários) ou ao hospital, quando a criança apresentar-se febril.

Isto revela que não há modelo único que possa predizer o comportamento em relação à busca de cuidados de saúde em tempo de crise, cabendo à família decidir onde procurar ajuda. Este processo depende de muitos factores tais como: conceitos tradicionais, custos financeiros e sociais, distância, tempo, etc.

As preferências se devem à explicação e à percepção da doença e os nomes são indicadores de como as doenças são conceitualizadas na comunidade. As crenças, práticas e tratamento estão implícitos na medicina tradicional que tem muita importância e poder terapêutico que funciona como um dos sistemas médicos.

A epilepsia tal como todas as questões a ela relacionadas é percebida dentro do contexto cultural, num universo moldado durante o processo de socialização.

Nesta óptica, "o tratamento da epilepsia no sentido de prevenir o desenvolvimento da doença é feito por todas as famílias no sul de Moçambique antes desta se manifestar em convulsões". (Marrato, 1990:12).

As crenças e práticas médicas são parte integrante da cultura onde está inserida a experiência comunitária de integração social da criança epiléptica. Essa integração a qual depende da atitude dos pais e familiares em relação à criança e grau da sua participação na família.

Nesta pesquisa constitui nosso **objecto de estudo** as percepções, crenças e práticas comunitárias sobre a epilepsia.

Assim, este estudo tem como **objectivos gerais**:

Identificar, analisar e interpretar como o sistema de crenças, principalmente no concernente a causa, influi nas práticas da comunidade para tratar a doença epiléptica ao nível da família, dos anciãos, dos praticantes da medicina tradicional, dos líderes religiosos.

Como **objectivos específicos** do estudo procuramos através do projecto o seguinte:

- a) Elaborar um modelo explicativo constituído por conhecimentos empíricos no campo da pesquisa, a partir de episódios da doença e com referência a tratamentos que são utilizados pelas famílias, vinculando crenças, normas de conduta e expectativas da comunidade.
- b) Analisar o papel da família, das redes de parentesco e de solidariedade comunitária em relação à doença;
- c) Analisar as interpretações sociais e práticas das famílias relativas as crenças que ditam opções para tratar a doença, em particular o recurso aos praticantes da medicina tradicional (PMTs);

De acordo com a problemática acima referida avançamos as seguintes **hipóteses** de trabalho:

- i) As opiniões e opções são basicamente influenciadas pelo sistema de crenças, práticas, conhecimentos e interpretações que determinam o modelo explicativo de certa doença e neste caso específico da *epilepsia*, o que vai ditar o processo decisório e encaminhamento, dentro do pluralismo médico existente em Moçambique.
- ii) A família tem papel preponderante na tomada de decisões e acções para resolver problemas de saúde dos seus membros. Mas isso ultrapassa o âmbito da família como unidade doméstica. As redes familiares, de amizade, de vizinhança, de solidariedade e de parentesco jogam um papel importante nas consultas e conselhos relativos aos procedimentos em relação a doença.

Enquadramento teórico/conceptual

As linhas que se seguem consistem fundamentalmente em procurar trazer a principal perspectiva teórica utilizada na análise do nosso objecto. Tentamos fazer a abordagem dos principais conceitos usados ao longo da nossa análise.

Na definição do objecto de estudo, realçamos que o nosso interesse é estudar as percepções, crenças e práticas comunitárias sobre a epilepsia e o processo de integração da criança epiléptica. As famílias confrontadas com a doença, adoptam mecanismos para lutar contra ela de acordo com a percepção sobre a sua causalidade, tendo em conta os valores e crenças entendidas no contexto sócio-cultural.

Para a análise deste objecto de estudo, optamos pela abordagem do sistema de cuidados de saúde, um modelo cultural proposto por Kleinman (1980), no seu estudo sobre a medicina Chinesa. Define-o como sistema cultural local composto por três sectores de medicina sobrepostas, tendo cada um três elementos: etiologia das doenças, método de diagnóstico e terapia de tratamento.

a) Sector popular; a esfera dos cuidados de saúde popular é a maior de todo o sistema. É a primeira intervenção terapéutica usada por muitas pessoas em grupos culturais. Opera partindo da cultura popular local na qual a "illness" é inicialmente definida e cuidados de saúde são iniciados. Neste sector, a maior parte dos casos não graves são tratados por familiares, amigos, vizinhos e colegas com conhecimento de tratamento de doenças, sendo aqui apelada a rede social. Quando as famílias recorrem a medicina "folk" ou profissional, suas escolhas estão influenciadas de orientações cognitivas e valores da sua cultura.

b) O sector profissional é o segundo sector do sistema local de cuidados de saúde. Em Moçambique, é a medicina moderna incluindo farmácias do estilo ocidental. A organização profissional torna-se fonte de poder social, chegando este sector a considerar outros dois sectores do sistema como irracionais e não científicas.

c) Sector "*folk*", etnomedicina ou medicina tradicional. É o sector não burocrático, não profissional, especialista. Faz parte dos dois outros sectores do sistema de cuidados de saúde. A medicina "*folk*" é uma mistura de componentes diferentes. Alguns estão intimamente ligados ao sector profissional e muitos estão ligados ao sector popular. É classificado em sagrado e secular, mas na prática essa divisão não se verifica e os dois se sobrepõe.

O nosso estudo baseou-se essencialmente na medicina popular e *folk*, porque de acordo com o autor, é no sector popular onde:

- começa a formulação do modelo explicativo (ME);
- a maioria das doenças são tratadas, (cerca de 73%);
- a maioria das actividades neste sector não são para curar as doenças, mas sim, para prevenção e;
- é no sector *folk*, vulgo medicina tradicional, onde as famílias recorrem para tratar doenças, quando o tratamento preventivo da doença de "*nhokani*" não surtir efeitos, devido a predominância da teoria de espírito (denominada "*personalistic*" por Forster) como causas voluntárias da doença.

Distanciámo-nos do estudo baseado na medicina profissional por não constituir o nosso objecto de estudo e por não existir hospital no bairro das Mahotas, que só é considerado recurso quando a doença de "*nyokani*" está associada a febres ou a outras doenças tidas como não tratadas nos outros dois sectores como anemia, desidratação entre outras.

É dentro deste pressuposto teórico que abordamos o problema da doença "*epilepsia*", na tentativa de analisar, compreender e interpretar como os sistemas de crenças que influem nas práticas das famílias para resolver os problemas de doenças e ainda tentar identificar a percepção comunitária sobre a doença de "lua", tomando como base a interpretação da causa e importância atribuída a doença pelos pais, líderes religiosos (com poderes de cura) e PMT's.

Antes porém, iremos discutir os principais conceitos que achamos relevantes para o desenvolvimento do presente projecto de pesquisa tais como: *doença, saúde, família e rede social*.

Doença:

Este conceito refere-se a “todo o conjunto de enfermidade, moléstia, sintomas e sinais que possam induzir a um possível diagnóstico e impedem um completo bem-estar físico, mental social e ambiental do indivíduo; é falta de saúde”. (Gujral 1996:34).

Por seu turno, Kleinmam (1978) define a doença em duas perspectivas distintas:

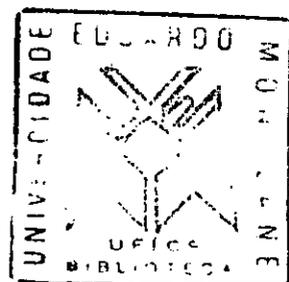
A visão émica, da “*ilness*”, que é a percepção individual ou subjectiva da doença a nível da família ou na arena cultural na qual é elaborado o (ME) proveniente da experiência, dos sintomas que a pessoa tem, e são iniciados os cuidados de saúde;

A visão émica da “*disease*” corresponde a manifestação patológica ou biológica da doença. O médico usa a maneira aprendida na bio-medicina para avaliar o caso.

Esta perspectiva, orientou os estudos da doença e enquadra-se nas contribuições recentes de autores americanos no campo teórico-metodológico.

Mas, a preocupação com as doenças e o desenvolvimento de métodos de alcançar a sua cura são muito antigos quanto a humanidade. Desde os gregos sabia-se que a doença resultava do desequilíbrio entre o indivíduo e o ambiente. Este pressuposto foi escurecido pelas teorias sobre a bacteriologia descobertas por Pasteur e Koch que determinaram a visão individualista da doença. Esta visão foi recentemente abalada por ter sido reconhecida a existência de uma interacção da doença com vários factores ambientais (físico, biológico, social, cultural).

Deste modo, a doença é um facto universal da vida humana. Ocorre em todos os tempos, lugares e sociedades. A sua interpretação varia de acordo com a cultura e, é entendida quando põe em causa a saúde do indivíduo e da comunidade.



Saúde:

O conceito de saúde é flexível e pode ser aplicado a uma vasta área do comportamento humano. Pode ser definido em critérios negativos, positivos (de concepção do normal e de adaptação ao ambiente)⁹ e multidimensional conceitualizado pela OMS.

Quanto ao critério negativo, tem se considerado saúde a ausência de quaisquer perturbações objectivas de função. Neste sentido a saúde é ausência da moléstia. Notamos a limitação desta definição, devido as patologias que podem existir no corpo por muito tempo sem que se manifestem em forma de doenças. Esta definição foi muito utilizada antes dos estudos minuciosos sobre a patologia física e sua relação com os sintomas e sinais da doença.

Depois desses estudos passou-se a concepção positiva de saúde. Os novos indicadores procuram avaliar a saúde como o estado positivo, bem como a independência, a autonomia funcional, a satisfação e até a qualidade de vida.

Ainda no critério positivo, o termo Saúde pode ser concebido como forma de normalidade por um julgamento de valor que implica mais uma vez critérios negativos e positivos. A saúde física e mental é normalmente definida em termos de equilíbrio interno e adaptação ao ambiente natural e cultural.

As perspectivas ora analisadas são puramente individualistas por não considerar outros múltiplos factores internos e externos que interferem na saúde.

Para alterar a visão individualista e mecânica, muito contribuíram o aparecimento da consciência ecológica e da poluição do meio ambiente depois da II Guerra Mundial, devido aos seus efeitos nefastos para toda a humanidade.

No âmbito da Declaração Universal dos Direitos do Homem feita em 1946, a OMS encoraja o estabelecimento de SNS em cada país que, por sua vez, procura garantir o acesso à saúde a toda a população e criação de acções médicas coordenadas.

⁹ Segundo J. Bestham (1789) citado por R. Cabral et al "in" Enciclopédia Verbo, da Sociedade e do Estado 1997:610-621.

A construção deste conceito levada a cabo pela OMS define a saúde como sendo “o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência da doença ou enfermidade”¹⁰. Esta forma de definir a saúde peca por considerar saúde um bem estar que é inalcançável.

Contudo, esta definição abriu o caminho para uma concepção multi-causal da doença como forma implícita de dizer que ninguém pode ser sadio. Isto vem a alterar as formas antigas de encarar a saúde e a doença, dando campo a uma ampla contribuição das ciências sociais no campo da saúde pública.

Do ponto de vista de ciências sociais, o conceito de saúde é visto de diferentes formas. Ele e o seu oposto, o da doença são definidas diferentemente em cada cultura, e a concepção orgânica de saúde parte dum relacionamento entre o indivíduo e o meio ambiente físico e social, incorporando outros aspectos tais como económicos, interpessoais e culturais.

Do ponto de vista da comunidade onde realizamos o pré-inquérito, a saúde é entendida na perspectiva multi-dimensional da OMS. É vista como viver bem; ter família saudável; sentimento de paz na alma. Considera-se que se há na zona, por exemplo, uma família que vive em discussão, tal afecta o ambiente assim como toda a vizinhança criando um “mau-estar”. O conceito de saúde resume-se no “bem-estar” individual, colectivo e ambiental.

A saúde e a segurança dum indivíduo são garantidas pela sua família. É nela onde são prestados os primeiros cuidados de saúde. Portanto, definiremos o conceito de família como sendo uma instituição universal ligada a necessidade de cuidar, onde as funções variam de sociedade para sociedade.

Família:

O conceito tem diversos significados. É questionado por ser polissémico, instável, multidimensional e de difícil definição. A sua utilização só se verifica se o seu significado for claramente definido.

¹⁰ In “The First Ten Years of the World Health Organization” Genebra, (1958:459).

Augé (1975) afirma que, “a utilização deste termo sem qualquer qualificação, designa habitualmente um grupo social que compreende no mínimo, um homem e uma mulher unidos por laços socialmente reconhecidos e mais ou menos duradouros de casamento, e um ou vários filhos nascidos dessa união ou adotados” ou seja, no sentido restrito.

O mesmo autor afirma ainda que em antropologia a família é considerada unidade “básica” e “universal” da sociedade humana. É a família derivativa e unidimensional.

Fortes (1989) designa família como sendo a “unidade doméstica” ou “grupo doméstico”. Este conceito é mais operacional por incluir todas as dimensões, tendo em conta que não é uma unidade estável, é mutável por ser uma unidade social dotada de dinâmica própria que se desenvolve em articulação com a etapa de vida dos membros que influem no desenvolvimento do grupo doméstico.

Família é também considerada “casa” ou “*household*” por Bender (1995) no sentido de ser uma unidade social onde os indivíduos partilham determinadas funções e responsabilidades. Um lugar de intimidade, de afectividade e de solidariedade. Nela ocorrem acontecimentos da vida individual tais como nascimento, casamento, morte.

Neste contexto o termo “casa” é usado como sinónimo de família e por isso, simboliza-a. Inclui os não parentes que coabitam a mesma casa por um lado e, os membros da mesma família mas sem coabitação, por outro. É nesta linha que Augé (1995), refere-se ao conceito de família no sentido lato que, ao contrário do “grupo doméstico”, não implica necessariamente a coabitação, isto é, continua a existir mesmo que os seus membros residam separadamente.

De acordo com o autor, a mudança da família verifica-se no âmbito da forma e não do conteúdo e pode ser composto por pessoas que tem ou não relações de parentesco mas ela trás consigo a dimensão de parentesco.

No concernente a dimensão de parentesco, Meillassoux (1977) sustenta que “a família, é célula de produção, torna-se o lugar de desenvolvimento de uma ideologia e de ritos em que dominam o respeito pela idade e o culto dos

No contexto da função orientadora da família, Osório (1996) afirma que “a família é o primeiro agente da socialização que intervém de forma duradoura e decisiva na construção de valores e na legitimação de sistema de valores que forma competências”.

As posições destes dois autores remetem-nos a percepção de que é na família de orientação (na qual o ego nasceu e foi criado) onde são prestados primeiros cuidados de saúde, pelos membros competentes e legitimados, tendo em vista a maximização do capital humano. Na família de orientação ou, derivativa¹¹ adoptam-se mecanismos de luta contra a doença, dentro do conjunto das crenças e práticas desenvolvidas no contexto da socialização baseada na cultura local.

É por isso que Andrade (1998) vê na família uma “forma social activa que orienta a vida das pessoas em termos de expectativas nas suas múltiplas dimensões” mesmo na situação de dispersão espacial¹².

Isto remete-nos a percepção da grandeza do campo da família. Corroborando com Cabral (1995), o campo da família é muito grande, não se limita a “unidade social primária”¹³. Enquadra-se no domínio das relações sociais e envolvem processos sociais de identificação, por existirem laços baseados no casamento, na colateralidade, na filiação, no parentesco espiritual, sendo a rede social apelada em momento de procurar ajuda.

Neste sentido, ainda na esteira de Cabral (1975), as pessoas dependem da sua família para se protegerem na medida em que a família responde aos desafios com que as pessoas se defrontam.

¹¹ Robin Fox na sua obra sobre “Parentesco e Casamento (1986:44) chama família derivativa ou família conjugal, termos que designam família constituída por um homem, uma mulher e os filhos deles dependentes sendo portanto uma unidade que garante a sobrevivência e maturidade dos seus membros menores. Enquanto que Martínéz (1995) trata-a por família de orientação.

¹² Loforte (2000:248) vê a dispersão das unidades domésticas, das linhagens e a emergência de famílias elementares não como “desestruturação” da família, mas sim, uma forma de controle social, que pressupõe a manutenção das relações de solidariedade e de interajuda em momento de crise.

¹³ O termo “unidade social primária” é utilizado aqui como equivalente ao de “família derivativa”.

Deste modo, as pessoas vão construindo concretamente a forma e o conteúdo do campo da sua própria família, sendo esta, um facto e uma construção social.

Rede social:

O termo rede é uma abstracção da realidade. Contém maior parte de informação sobre a totalidade da vida social da comunidade à qual corresponde e pode ser entendida como rede total. Este termo é utilizado para explicar o que efectivamente acontece e corresponde as conexões entre as pessoas numa rede de relações sociais.

Este conceito refere-se ao conjunto de relações interpessoais concretas que veiculam indivíduos a outros indivíduos. Congrega por exemplo, rede religiosa, de casamento, que são redes parciais duma rede total.

Barnes (1974) define a rede como um campo de relações sociais entre as pessoas: vizinhos, amigos, colegas, parentes. A rede social espalha-se por todos as direcções e pode agrupar conexões de parentesco e é sustentada pela convergência de interesses. "As relações sociais nas redes sociais estabelecidas com parentes, vizinhos, amigos, colegas funcionam como redes de protecção. Portugal (1995:166).

O conceito de rede social é indispensável na discussão de situação em que indivíduos estão envolvidos em relações interpessoais que ultrapassam a fronteira da família como "unidade social primária". Este conceito é apropriado em situações em que os indivíduos são continuamente chamados a escolher a quem procurar para obter ajuda, informação, orientação em determinados aspectos da vida social e em momento de crise.

Justificação da escolha do tema:

A nossa motivação para a escolha do presente tema prende-se com o facto de ser um dos temas de actualidade no debate da antropologia em geral e da antropologia da saúde e da doença em particular.

É um tema até agora pouco estudado na sua especificidade, existindo pouca literatura sobre o assunto, sendo por isso um tema rico para a investigação

É um tema até agora pouco estudado na sua especificidade, existindo pouca literatura sobre o assunto, sendo por isso um tema rico para a investigação antropológica, na tentativa de compreender os fenómenos que se passam na nossa sociedade por forma a interpretar a percepção comunitária em relação à epilepsia de acordo com o sistema de crenças sobre a sua causalidade, escolha do sistema de cura em momentos de crise e as relações sociais que se estabelecem em torno desta doença.

Neste estudo, o nosso interesse consiste, fundamentalmente, em analisar a percepção da comunidade¹⁴ em relação à epilepsia e os mecanismos que são adoptados pelas famílias na prevenção, cura e integração da criança epiléptica. É importante sublinhar aqui que não pretendemos “desconstruir” o conceito de comunidade, por não ser o nosso objecto de estudo, embora seja necessário uma discussão sucinta sobre o mesmo.

Um dos pressupostos fundamentais é que a medicina tradicional é um dos sistemas médicos utilizados para o tratamento de muitas doenças entre as quais a *epilepsia*, uma das doenças infantis considerada perigosa e, por isso, muito temida no sul de Moçambique.

O tema é importante para o país na medida em que a prática da medicina tradicional tem um valioso contributo na saúde devido a incapacidade da biomedicina em diagnosticar e curar certas doenças, a escassez de unidades sanitárias e factores culturais.

Em termos antropológicos, este tema enquadra-se na antropologia da saúde e da doença, disciplina relevante na explicação dos contextos biológico, cultural, social e simbólico da doença.

Nesta perspectiva, há que tentar compreender o papel que as relações de parentesco jogam no processo de procura de cura, pois as comunidades rurais e urbanas têm organizações informais de solidariedade, que constituem formas de vencer obstáculos que enfrentam no seu quotidiano. A nossa análise tem em conta as dinâmicas da família e os processos de solidariedade na doença.

¹⁴ O termo comunidade é usado aqui no sentido de bairro residencial.

As ciências sociais em Moçambique tratam o tema no contexto da medicina tradicional e da saúde pública, de acordo com os princípios da OMS, que criou o conceito de medicina tradicional. Este é um potencial a ser utilizado em paralelo com a medicina moderna que por si só, é incapaz de resolver todos os problemas de saúde. Isto deve-se ao facto das comunidades terem atitudes bipolarizadas face ao problema da doença. Nesta óptica, a sua abordagem exige uma perspectiva multi e interdisciplinar.

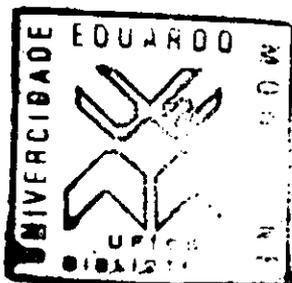
Delimitação do estudo:

O nosso projecto de pesquisa compreende o período de 1980 a 2000. A escolha deste período deve-se ao facto de a política do SNS após a independência de Moçambique ter desencorajado e procurado banir a prática da medicina tradicional. Apesar disso, ela continuou a operar na “clandestinidade” devido a incapacidade da medicina moderna em dar cobertura aos problemas de saúde a nível nacional, e ao facto da medicina tradicional ser o único recurso da maioria da população para obter ajuda nos momentos de crise sobretudo nas zonas rurais. Contudo, a medicina tradicional não é só procurada pela exiguidade da medicina moderna, mas sobretudo pelo facto de crenças locais em relação as causas das doenças, rezarem que existem doenças cuja cura só é possível na medicina tradicional.

Nos finais dos anos 80 há uma tentativa de incluir a medicina tradicional no S.N.S. com a criação do GEMT no MISAU, devido a incapacidade da medicina moderna em cobrir o território nacional, devido a múltiplos factores tais como guerra e distância entre local de residência e unidade sanitária. Deste modo, a medicina tradicional passou a ocupar o seu papel sempre preponderante na solução de alguns problemas de saúde como é o caso vertente da epilepsia.

A recolha de dados empíricos no terreno insidiu sobre a periferia da cidade de Maputo, no Distrito Urbano número 4 – Bairro das Mahotas. Mas porque é que optamos pela escolha deste bairro?

A nossa escolha prende-se fundamentalmente a duas razões:



nem semi-colectivo que o ligue directamente com o centro da cidade, onde existe um número considerável de unidades sanitárias. Esta situação é mais complicada quando há necessidade de recorrer aos serviços de saúde no período nocturno, o que obriga a população a socorrer-se aos diversos PMT's localmente reconhecidos, cabendo assim, a medicina tradicional um papel relevante no sistema de cura de doenças.

A segunda razão deve-se ao facto de, no nosso contacto prévio com alguns curandeiros e líderes da igreja zona com poderes de cura, terem mostrado interesse em nos fornecer mais dados sobre os processos de cura. Acreditamos que este bairro é um campo fértil para este tipo de estudo antropológico, aliado ao factor do domínio da língua local.

Breve caracterização do local de pesquisa empírica:

Mahotas é um dos 11 bairros suburbanos do distrito urbano nº4, que se situa a nordeste da cidade de Maputo. É limitado a Norte pelo bairro do Albazine, a Sul pelo bairro 3 de Fevereiro, a Este pelo bairro dos Pescadores e a Oeste pelo o bairro de Magoanine. A sua área total é de 119.5 hectares, com um total de 21.282 habitantes com uma densidade populacional de 65 habitantes por hectar¹⁵.

O grupo-alvo são as famílias que têm crianças com idades inferiores a seis anos, os curandeiros, anciãos, líderes religiosos da igreja Zione (com poder de cura).

¹⁵ Fonte: Direcção de Urbanização e Endereçamento da cidade de Maputo, 1997.

2 — REVISÃO DA LITERATURA

No âmbito da discussão literária, o tema em estudo remete-nos ao debate já iniciado pelos antropólogos clássicos quando a antropologia deixou de ter uma perspectiva individualista do problema da saúde e da doença. Em antropologia este problema passou a ser entendida na dimensão social. Porém, a doença é também a mais íntima e mais individual das realidades, por isso, este fornece-nos um exemplo da ligação intelectual entre a percepção individual, simbólica e social.

Nos últimos anos, tem havido debates e estudos importantes sobre a medicina tradicional entre os intelectuais e especialistas da área na procura de soluções para os problemas de saúde pública, dentro dos contextos culturais.

De acordo com Augé (1986), o estudo de interpretação de doenças pode esclarecer o debate sobre a racionalidade de crenças ditas “primitivas”. O autor entra neste debate, evocando a questão da complementaridade, a homogeneidade do senso e do saber, a racionalidade. Afirma que todas as sociedades tiveram necessidade do senso desde que apareceu a consciência da linguagem, a elaboração de técnicas nas relações sociais e a constituição progressiva do saber”.

Neste contexto, os recursos da medicina tradicional incluem conceitos, crenças, terapias tradicionais e cidadãos inseridos nestes conhecimentos e práticas tais como: adivinhas, ervanários, praticantes religiosos, etc.

A epilepsia tal como todas as questões a ela relacionadas é percebida dentro do contexto cultural, “num universo moldado durante o processo de socialização, quando foram inculcados hábitos e valores próprios no “eu” dos indivíduos”. (Lundin, 1991).

Junod (1974) por exemplo, na sua obra sobre “Usos e costumes dos Bantu”, estuda a epilepsia ou “*wutleka*”, suas causas, sintomas, e as formas de prevenção e de cura, acompanhados de ritos de dispersão, para levantar a poluição da doença e integração do doente curado bem como crenças a ela relacionadas.

Os seus estudos baseam-se apenas no contexto da Medicina tradicional onde analisa a epilepsia no contexto das doenças infantis.

Marrato (1990), por sua vez, no seu estudo sobre "Condições de Integração de Criança Deficiente Mental" na periferia da cidade de Maputo, analisa a epilepsia como uma doença mental, isto a partir das suas características e manifestações localmente reconhecidas.

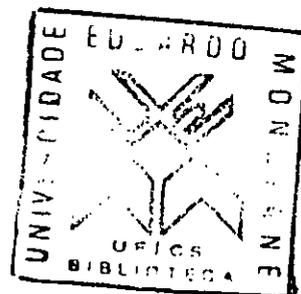
Faz uma abordagem das práticas sócio-culturais ligadas à saúde mental. A sua análise da epilepsia tem como base os conceitos fornecidos por praticantes da medicina tradicional, pais, familiares das crianças epiléticas e o papel dos PMT's no diagnóstico e tratamento de esta doença.

A autora aborda questões da cultura local e sua influência no comportamento das pessoas quanto à doença e o meio de a curar. Afirma que na comunidade por ela estudada, todos os PMT's e informantes entrevistados, encontram na natureza a causa da epilepsia porque segundo os costumes locais, todas as crianças nascem com um "verme" no intestino e, quando a lua está no quarto crescente e no quarto minguante provoca nas crianças males tais como vômitos, febres, diarreias e convulsões.

Ainda de acordo com esta autora, no sul de Moçambique, assim que criança nasce se faz um tratamento preventivo, podendo ser feito por uma mulher idosa que já teve filhos, uma tia, ou avó, mas nunca por uma mulher em idade fértil. Este procedimento observa o sistema quente/frio no tratamento da epilepsia e a forma de a conceber varia com a idade da criança, com as causas e o modo como a família encara e interpreta a doença.

Para além das causas naturais, a autora refere causas sobrenaturais, que provocam epilepsia denominada por "*nyoka lê yi kulo*" e cientificamente por "*o grande mal*" tais como:

a) A falta de "*kutsivelela nwana*" — É uma cerimónia de recepção da criança recém nascida na família. Acredita-se que quando a criança nasce deve ser apresentada ao pai, aos membros da família, vivos e defuntos através desse processo. Os ritos variam de região para região de acordo com os hábitos culturais de cada família;



b) Castigo dos antepassados — a epilepsia é entendida por muitos como castigo dos antepassados ou quando um parente de um dos pais já falecido estiver insatisfeito com eles por qualquer motivo que pode ser a falta de “*kuphalha*”, de missa (actos que ligam os antepassados da linhagem com os vivos) ou desacordo dos antepassados em relação ao nome atribuído à criança, o espírito vai pressioná-los provocando doenças aos filhos do casal até que este, aconselhado pelo curandeiro da família, rectifique o erro cometido, satisfazendo as necessidades dos ancestrais;

c) Sanção social “*kuthakiwa*” — No sul de Moçambique, acredita-se que a doença é uma sanção social severa em relação a quem transgredir as normas de conduta socialmente estabelecidas. Isto ocorre geralmente a pessoas que tenham praticado roubo, adultério, assassinato directo ou indirecto (feitiço), recusa em satisfazer qualquer pedido, não pagamento de dívida, entre outros.

A mesma autora sustenta ainda que em ambos casos o diagnóstico é feito por “*tihlolo*”, ossíolos usados pelos curandeiros do tipo *nyangarume*¹⁶ e do tipo *nyamussoro*¹⁷ para adivinhar e prescrever os medicamentos para o tratamento ou para indicar o curandeiro que deve fazer o tratamento nos casos em que há necessidade de entrar em transe.

A propósito de diagnóstico, Foster (1984)¹⁸, atribui aos problemas de saúde causas “*naturalistic*” e “*personalistic*”. Segundo o autor, as doenças por causas “*naturalistic*” enquadram-se nas explicações físicas e ambientais ou “naturais” e podem ser tratadas tanto pela etnomedicina como pela medicina moderna; enquanto que as doenças com causas “*personalistic*” enquadram-se nas explicações

¹⁶ *Nyangarume* em Maputo é o PMT que trabalha com plantas medicinais, podendo utilizar ossíolos ou não no processo de divinação, mas sem poderes possessores.

¹⁷ Segundo Muthemba citado por Honwana (1988:12), *nyamusoro* é o espírito *nyanga* que para trabalhar, evoca os seus espíritos. Só exerce a sua divinação quando entra em transe para descobrir o desconhecido espírito possessor do doente.
Nyanga - Nome em língua local do sul de Moçambique que designa curandeiro na língua portuguesa. Subdivide-se em *Nyangarume* e *Nyamussoro*, segundo Cabral (2001:21). O *Nyanga* do primeiro tipo somente conhece plantas medicinais e não tem faculdade para se dedicar aos espíritos possessores. Enquanto que o segundo tipo é especialista em espíritos possessores.

¹⁸ Os termos “*naturalistic*” e “*personalistic*” usados por Forster equivalem aos termos “naturais e sobrenaturais. Referem a doenças por causas naturais e voluntárias respectivamente. Para mais detalhes ver Marrato et al (1991:20), in *Fornecedores e Utentes de Cuidados de Saúde Moderna e Tradicional em Moçambique*.

“sobrenaturais”, devido a conflitos entre as pessoas e transgressões de normas sociais, sendo tratadas exclusivamente pela medicina tradicional. Existe aqui uma concepção dualística da doença que norteou os debates renascidos na antropologia.

Estamos a falar da concepção dualística sobre a doença, de acordo com Augé (1986). Essa dualidade se exprime a nível institucional. Contudo, certos PMT's dedicam-se a diagnóstico e não curam ou que certos terapeutas não se ocupam do diagnóstico mas curam e ainda os que se dedicam ao diagnóstico e curam em simultâneo. Portanto essas instituições têm lógica de diagnóstico e de terapia.

Na sua obra, Augé faz referência a vários estudos realizados em alguns países de África, Ásia e no sul da América. Entra neste debate e levanta a questão da homogeneidade do saber, da racionalidade e da eficacidade dos sistemas médicos tradicionais.

O estudo realizado pelo GEMT do MISAU em 1991¹⁹ teve como ponto de partida, a concepção dualística da causa da doença acima citada. No entanto, nota-se uma abordagem diferente da dos três autores acima citados (Junod e Marrato) por considerar a epilepsia, uma doença tratada tanto na etnomedicina como na biomedicina.

Este estudo refere que não há um modelo único que possa prever o comportamento em relação à busca de saúde em tempo de crise, cabendo a família decidir onde procurar ajuda. Refere ainda que o processo decisório depende de muitos factores [...] sendo os doentes que sofrem de “*Nyokani*” tratados na medicina moderna e na medicina tradicional.

O estudo revela também uma atitude negativa do pessoal de “saúde moderna” em relação à “medicina tradicional”. Vêem nela apenas os aspectos negativos e de acordo com o estudo em causa. Isto demonstra a falta de conhecimentos sócio-culturais desse pessoal sobre a saúde e doença.

¹⁹ Por exemplo, as doenças mentais são tidas como de causa sobrenatural e, conseqüentemente, devem ser tratadas pela medicina tradicional chegando a contra-indicar o tratamento prescrito pela medicina moderna ou formal. Enquanto que a epilepsia cuja causa é naturalística é tratada tanto pela etnomedicina como pela biomedicina.

O estudo faz também alusão a necessidade de consciencialização sobre esses aspectos de influência e aplicação de alguns aspectos positivos da medicina tradicional em programas de saúde moderna em colaboração com os PMT's, pois que as práticas da medicina tradicional embora tenham sido "desalojados" pela medicina moderna tiveram ao longo dos séculos um lugar importante no diagnóstico e no tratamento.

Nos debates contemporâneos em Moçambique referentes aos processos de cura fala-se de políticas de desenvolvimento da medicina tradicional nos cuidados primários de saúde em termos teóricos. Isto enquadra-se nas políticas do Governo que reconhece a sua importância na melhoria da saúde das comunidades e, por conseguinte, a necessidade da sua cooperação em todos os aspectos da vida da comunidade em geral, e na saúde em particular.

As políticas actuais de saúde encorajam um trabalho conjunto entre a "medicina tradicional" e a "medicina moderna" e outras especialidades, no "sentido de capacitar os PMT's na identificação dos problemas de saúde que podem ser prevenidos em conjunto na comunidade, e dotá-los de práticas que podem servir de veículo para a prevenir as doença"²⁰.

A medicina tradicional é reconhecida pela OMS como sendo um potencial a ser utilizado em paralelo com a medicina moderna por se constatarem atitudes bipolarizadas das populações face ao problema da doença, tanto nas zonas rurais, como nas zonas urbanas.

Sobre esta problemática, alguns especialistas e cientistas nesta matéria no nosso país defendem que *"o importante não é apressarmo-nos a considerar o que afirmam as pessoas como meras revelações de charlatanismo, mas sim procurarmos meios de realizar pesquisas científicas que nos permitem avaliar a eficácia ou não [...] no tratamento de doenças"*²¹. Este debate tem sido levantado e publicado nos órgãos de informação nos últimos tempos.

²⁰ "in" Jornal Domingo de 17/2/2002, Maputo.

²¹ Segundo porta-voz do GEMT ao jornal Domingo de 3/3/2002 página 3.

3. PERCEPÇÕES E PRÁTICAS SOCIAIS RELACIONADAS COM A EPILEPSIA.

Neste capítulo iremos abordar a questão da percepção comunitária sobre a epilepsia, as práticas a ela relacionadas, as lógicas pelas quais as pessoas escolhem um determinado tipo de cura dentro do sistema de saúde plural, tendo em conta a importância das redes sociais, bem como os mecanismos adoptados pelas famílias para a integração social da criança epiléptica. Iremos trazer também a perspectiva actual da política de saúde em Moçambique que procura abrir espaço para as práticas da MT na intervenção social.

Forster citado por Marrato (1991) sustenta que “todas as sociedades desenvolveram um modo particular e sistematizado de encarar e definir a doença assim como as terapêuticas apropriadas”.

A mesma autora, num outro trabalho intitulado “Condições de Enquadramento Familiar da Criança Deficiente Mental”, afirma que “a cultura local influi na concepção da doença, no comportamento das pessoas quanto à doença e o meio de a curar” e Lundin (1991) corroborando com Marrato, acrescenta que “os grupos humanos desenvolvem um conjunto de crenças, conhecimentos e percepções de acordo com as suas matrizes culturais para conceber, pensar sobre a doença, usando os recursos sócio-ambientais”.

Nesta óptica Lundin considera que existe uma ligação muito estreita entre a percepção dum realidade qualquer e o universo sócio-cultural de indivíduos e grupos, universo esse moldado durante o processo de socialização, quando foram inculcados hábitos e valores próprios de uma organização social dada no “eu” desses indivíduos e grupos.

Na mesma esteira, Stacey (1988) sustenta que “(...) as crenças têm sua lógica, que podem ser entendidas quando elas estão no seu próprio contexto social e cultural”, onde estão presentes as representações sociais que expressam o valor da sociedade. Por isso, Heggenhougen e Draper (1990) citados por Cabral (2001) defendem que “a nossa cultura fornece-nos ordem e sentido ao nosso mundo, explica o inexplicável e proporciona segurança”.

É dentro desta perspectiva que Marrato, no seu trabalho de dissertação acima referido, defende que no meio suburbano de Maputo a epilepsia se denomina de “*Nyokani*” que é entendida como “existência de um possível objecto estranho no corpo, neste caso, uma “*cobra*” no sentido de lombriga, um agente causador da doença que tomou posse do corpo do doente”. Esta designação é também usada por Junod (1974). Este autor sustenta que “usa-se o termo “*nhokani*” ou doença da cobra para referir as convulsões das crianças”. Outros nomes usados são “*muwa a phuka*”, “*xitshamuka*”.

No bairro das Mahotas, onde realizamos a pesquisa preliminar, as pessoas entrevistadas identificaram a epilepsia com os seguintes nomes:

“*nyokani*” - doença da cobra; “*mababye ya nwyeti*” - doença da lua; “*mababye ya kuwa*” - doença de cair; “*mababye ya vatsongwana*” - doença das crianças; “*xitshamuka*” doença de convulsões, entre outros.

As diversas denominações têm lógicas nas crenças etiológicas. Elas caracterizam a doença e formas de manifestação e apresentam uma representação simbólica.

A lua é o símbolo da doença daí o nome “doença da lua”. Simboliza o momento mais crítico da doença, relacionado com as fases da lua. De acordo com Mário Tembe, *nyamussoro* nosso entrevistado, “... *As crianças sofrem mais ataques nas fases da lua cheia e nova. Nessas fases há que ter muito cuidado na medicação para evitar o ataque*”.

Naquele bairro, duas causas atribuem-se à doença: uma natural, adquirida durante a formação congénita e de tratamento fácil; e outra sobrenatural, quando adquirida na fase adulta, de difícil mas possível tratamento através do processo de possessão ou de revelação religiosa.

Esta constatação corrobora a causalidade dualística de Augé (1986) que defende a existência de doenças com causas naturais e doenças com causas sobrenaturais e que por isso, determina as lógicas de diagnóstico e de tratamento expressas a nível institucional. Há assim, especialistas de diagnóstico que não curam

e o recurso a certos terapeutas especialistas pressupõe um diagnóstico que pode ser feito ao doente e à sua família.

Constatamos que a lógica do tratamento preventivo visa a prevenção das doenças e permite um desenvolvimento saudável da criança. Lina Uqueio, outra informante, referiu-se ao assunto nos seguintes termos: *"... faz-se o tratamento a todas as crianças por não se saber se esta ou aquela criança é ou não portadora da doença... não se sabe se na árvore genealógica ascendente materna ou paterna da criança alguém sofreu dessa enfermidade. Por isso torna-se necessário prevenir... o remédio tem dupla acção, preventiva e prover um bom desenvolvimento da criança"*.

Outro nosso informante de nome Fabião Tovela referiu que: *"... Ao nascer a criança contem em si a "Nyokani" de origem. Todas as pessoas a possuem podendo este agente ser de dois tipos: macho e fêmea. São os dois que nos dão vida e provocam doença... o medicamento que se dá à criança é também de dois tipos, o leite de folhas e outro de raízes que é fervido. Mesmo que não se manifeste a doença, o remédio é ministrado até ao desmame ... o remédio não faz mal mesmo quando a doença não se manifestar. Antes pelo contrário, cria equilíbrio no organismo da criança e possibilidade desta se desenvolver sem outras doenças infantis. Se a doença se manifestar, o tratamento pode se prolongar até seis anos ou até quando esta desaparecer"*.

Acredita-se que em algumas crianças, sobretudo nas do sexo masculino, a doença é muito violenta, sendo o tratamento preventivo mais rigoroso, para impedir que a doença se desenvolva.

Outra causa sobrenatural é provocada por um espírito possessor estranho à família que tivesse sido utilizado por um antepassado da linhagem para obter certos benefícios no âmbito da magia, cuja dívida não foi paga pelo devedor durante a sua vida. Nestes casos, a epilepsia pode se manifestar nos descendentes do devedor como forma do defunto lesado, localmente denominado por *"mudlhiwa"*, ou *"mphukwa"* exigir o pagamento da dívida.

"...São os maus espíritos e estranhos à família que provocam esta doença e nunca os espíritos dos antepassados da família. Isso ocorre quando a doença aparece nos adultos. Há aqui um segredo que muita gente não sabe. É preciso que

seja um bom curandeiro para descobrir esse segredo e ter força mágica para enfrentar esse espírito mau...o espírito do estranho usa o nome do antepassado devedor conhecido na linhagem como dele se tratasse por forma a ser bem atendido...exige que se lhe seja construída uma palhota, e atribuir-se-lhe uma rapariga como esposa. Então a rapariga quando cresce, casa e tem filhos, o espírito do lesado, zangado por lhe ter sido arrancado a "esposa", pode manifestar-se em epilepsia, e atacar os filhos dela. Quando descoberta a causa da doença, o marido devolve a esposa a casa dos seus pais e muitas vezes, a relação termina em divórcio. Nesses casos, nós expulsamos o demónio pela revelação religiosa enquanto que os nyamussorro expulsam-no através da possessão²²..." (entrevista com José João Matsinhe, líder religioso zione).

Esta informação esclarece o ponto de vista de Marrato (1990) segundo o qual, quando um dos parentes dos pais da criança, já falecido não estiver satisfeito por qualquer motivo como a falta de missa, desacordo em relação ao nome atribuído à criança, faz pressão provocando epilepsia. No bairro onde fizemos o pré-inquérito, este ponto de vista é refutado porque acredita-se que os espíritos dos antepassados da linhagem materna ou paterna são protectores de todos os membros da família, embora a sua função seja diferenciada. Em caso de insatisfação por qualquer motivo, podem manifestar-se em sonhos nos visados e podem provocar choro constante e perturbante na criança, mas nunca provocam doenças aos seus descendentes.

Prognóstico: Os curandeiros e líderes religiosos com poderes de cura afirmam curar efectivamente a doença, enquanto que para os anciãos e famílias, existem casos de cura impossível. Isto por exemplo, em casos em que o doente tenha sofrido uma queimadura.

A lógica da percepção comum da causa natural e da causa sobrenatural, bem como a crença nos processos mágicos faz com que se criem processos de protecção para prevenir a doença, obedecendo certos rituais.

²² Possessão – Segundo Medeiros (1991:17), a possessão é uma situação em que uma entidade espiritual estranha ou devoradora se apodera da mente do indivíduo, suplantando a sua vontade, e modifica o seu comportamento ou nele provoca alterações mórbidas de carácter fisiológico ou psíquico (...). Na concepção africana a possessão é provocada pelo acto voluntário ou espírito maléfico; Para Feliciano,(1998) nas sociedades tsonga do sul de Moçambique o espírito possessor é de origem estrangeira, dá aos mágicos o poder de apropriarem e de manipularem forças especiais; é um fenómeno mágico-religioso.

Rituais e tabus

O rito exprime activamente a crença. Representa a expressão cerimonial do mito ou doutrina e coloca-se no domínio do sagrado.

Segundo Van Gennep (s/d) existem três fases de ritos: de separação que compreende o comportamento simbólico de afastamento do grupo espacial, na estrutura social ou no conjunto de condições culturais; de margem ou liminar que compreende o período de transição onde o sujeito ritual atravessa a condição de ambiguidade; e de integração em que o "ritualizando" possui direitos e obrigações perante outros e já possui uma posição social na estrutura social.

Os rituais constituem a base do tratamento. Ocorrem no início e no fim do tratamento, e variam de acordo com os métodos do curandeiro. Ambos são por eles realizados.

Alguns processos rituais que nos foram revelados começam com a veneração dos espíritos e apresentação do medicamento a esses mesmos espíritos. Este ritual é localmente denominado "*kuphalha*" e o objectivo é de fazer com que o tratamento tenha efeito desejado. Este ritual corresponde a fase de separação.

Neste processo de tratamento contam-se todos dedos do doente. Em seguida, gira-se o recipiente contendo o medicamento na cabeça da criança e se lhe deita uma gota na fontanela e a primeira dose na boca. À mãe, é dada a tomar o medicamento no primeiro dia para dentro do estômago, este se misturar com o leite materno. Esta acção ritualística pode ser levada a cabo pelo "curandeiro", obedecendo o sistema quente/frio ou por uma criança de sexo oposto mais adulta em relação à criança doente. Isto revela a existência do princípio de aleopatia no início do tratamento desta doença.

Depois desta fase do ritual, qualquer pessoa pode continuar a administrar a medicação à criança até ao período do seu desmame. O período do tratamento corresponde a fase liminar.

Quando o primeiro medicamento caduca, é devolvido ao PMT que está a tratar o doente, acompanhado de um valor monetário por ele estipulado, e procede o segundo ritual, designado "*kuwuma*" ou "*kuwumba*". É o ritual de dispersão que

consiste em deitar ritualmente os restos de medicamentos num cruzamento de caminhos, no mato, nas térmitas designados localmente por “*xidulo*” ou na lixeira familiar, “*taleni*”. Isto significa dispersar a doença por forma a não voltar mais a atacar a pessoa ora tratada. Corresponde a fase de integração.

Quando a *nyokani* resiste ao tratamento preventivo, esta torna-se complicada e pode arrastar-se até à fase adulta com manifestações cada vez mais violentas. Nesse caso, a doença é interpretada como sendo um castigo pelo não cumprimento de alguma norma social ligada aos espíritos dos antepassados, os “*Pswikwembu swa vakokwana*”²³. Nesse caso o tratamento só pode ser feito pelo processo de possessão designada localmente por “*nyamusorro*”, por se tratar de doença física e mental.

Para Lundin (1991) “a possessão e todo o desarranjo mental só são compreensíveis à luz de uma revelação religiosa ou de uma agressão maléfica, é fenómeno mágico-religioso; assim (...) o doente é tratado transformado em direcção dos seus conteúdos mentais perturbados para um estado socialmente útil”.

Todos os inquiridos referem-se à importância e à obrigatoriedade de fazer o tratamento preventivo, o que mostra o conhecimento da importância de prevenir a doença. Essa prática constitui um dos mecanismos de integração da criança na sociedade, pois ocorre logo após o nascimento, acompanhado pelo o processo de atribuição de nome ao novo ser.

Pelos processos acima referidos, as famílias adoptam mecanismos através dos quais, alguns elementos da família (avó, tia paterna, anciãos), cabe decidir onde recorrer para procurar cura em caso de doença epiléptica tida como contagiosa e muito temida, sendo tabu falar-se ou tratar-se qualquer assunto relacionado com a doença epiléptica por adolescentes, jovens, e adultos em idade fértil. Só os anciãos e os PMT's têm a legitimidade de falar e tratar esta doença. Acredita-se que a transgressão do tabu por estes grupos de idade podem gerar crianças epilépticas.

²³ Designação local de espíritos dos antepassados da família ou da linhagem, segundo Feliciano. Também designados *tinguluve* na língua Xitswa, uma das línguas locais da província de Inhambane.

Processo decisório

Uchôa & Vidal (1994) afirmam que a antropologia considera que a saúde e o que com ela se relaciona, como o conhecimento de risco, ideias sobre prevenção de doenças, tratamentos apropriados, etc., são fenômenos culturalmente construídos e interpretados. Sustentam ainda que o estado de saúde duma população é associado ao modo de vida e ao universo social e cultural.

A cultura local influi no comportamento das pessoas quanto à doença e o meio de a curar. Influi também no processo decisório ao nível da família, partindo dos conceitos tradicionais, da etiologia socialmente interpretada e atribuída à doença, o que predita onde recorrer para obter a cura e não só, existem outros factores que condicionam o processo decisório.

O mesmo autor afirma ainda que um dos factores que preditam a escolha do sistema de cura é a etiologia que se atribui às doenças. Há, assim duas causas que preditam as doenças que o médico pode curar sem demora e que se enquadram nas explicações físico-ambientais ou seja, associadas a causas "*naturalistics*". Outras que o médico não pode curar, associadas a causas "*personalistics*"; estas têm explicações sobrenaturais, estando neste grupo as doenças causadas por conflitos entre pessoas e transgressões de normas sociais, o que implica tratamento pelo "*Nyamusoro*".

Marrato (1991) sustenta ainda que algumas famílias consideram *nyokani* uma doença que pode ser tratada na medicina moderna e na medicina tradicional em simultâneo, dependendo do modelo explicativo adoptado pelas famílias e do processo decisório a elas inerente, sendo o elemento *febre* muito importante nesse processo. Esta posição foi corroborada e um informante²⁴ afirmou:

"...quando tem ataque epiléptico associado a febres leva-se a criança também para o hospital para se tratar as causas da febre ao mesmo tempo que se ministra o medicamento tradicional pois esta doença não é curada no hospital".

²⁴ Trata-se duma curandeira -Nyangarume, isto é, com conhecimentos de diagnóstico e cura mas sem poderes possessores. A entrevistada é também enfermeira da medicina moderna, Albertina Ubisse

De acordo com Foster (1984) citado por Marrato *et al* (1991) “o processo decisório é também influenciado por factores tais como: custos financeiros e sociais, tempo, conceitos tradicionais, personalidade ou fama dos diversos fornecedores de cuidados sanitários.

Nesta óptica, o factor custos financeiros é um dos mais importantes neste processo. As dificuldades em ter disponibilidade financeira para o pagamento imediato de consulta, de meios auxiliares de diagnóstico e de medicamentos receitados, dá vantagem a opção pela medicina tradicional, que em caso de indisponibilidade o doente pode ser tratada e pagar os custos mais tarde depois de estar curado.

Outro factor mais importante também é o tempo. Os PMT's e utentes encontram-se no mesmo local de residência, prontos a atender os seus utentes a qualquer momento. Não há portanto, custos pela distância e tempo de espera, o que dá mais suporte a MT.

Nesta comunidade existem três processos terapêuticos: um praticado por simples conhecedores da doença com o recurso a métodos curativos, sem poderes divinatórios e possessores, os chamados “nyangarume”; outro praticado pelos chamados “mungoma” que passa pela adivinhação, a partir da qual se identifica o agente causador da doença, seguida de análise do sintoma e terminando com o tratamento através de plantas medicinais específicas “dlhanyoka”. O último que inicia com a expulsão dos maus espíritos através da possessão ou de jejum, dependendo do especialista. É o caso do processo religioso zioni.

O processo decisório depende de causas socialmente percebidas e interpretadas, podendo a família decidir levar o doente ao praticante da medicina tradicional (PMT), praticante da fé, a um vizinho, a família, ao hospital ou outro lugar. Portanto, não há modelo único que possa predizer o comportamento em relação à busca de saúde em tempo de crise, cabendo a família decidir onde procurar ajuda.

Nota-se a preocupação de colaboração com a biomedicina “quando a epilepsia é acompanhada por febres e quando se verificam sintomas de outras

doenças não tratadas pela medicina tradicional, como por exemplo, a falta de sangue, a desidratação"²⁵, sendo o elemento febre importante no processo decisório sobre o sistema médico a recorrer.

A escolha do sistema de cura cabe aos anciãos da família, geralmente do sexo feminino, dada a experiência adquirida e pelo facto de estarem fora do perigo de contágio. O processo de escolha ocorre na família, podendo esta accionar outros mecanismos que fazem uso de redes sociais a todos os níveis. Portanto, o processo decisório é influenciado por conhecimentos que se articulam.

Importância da família e das redes sociais

A família tem o papel preponderante na elevação da qualidade do capital humano, procurando meios alternativos para maximizar a qualidade de saúde dos seus membros.

As transformações que a família sofre operam-se no âmbito da forma e não do conteúdo como postula Donzon (1995). Mesmo em situação de dispersão espacial, a família continua a desempenhar as suas funções de orientar, aconselhar, utilizando mecanismos e estratégias elaboradas no contexto do sistema de crenças social e culturalmente construídas para combater determinadas doenças.

Existem laços baseados no casamento, na colateralidade, na filiação e no parentesco. Cada laço é um vínculo que liga indivíduos entre si, através de consanguinidade, de aliança, de adopção, espiritual e de amizade. Neste sentido, interpretando Cabral (1995) "...cada pessoa tem uma família diferente por ela criada ao longo da sua vida, conjuntamente com outras pessoas que se reconhecem entre elas como pertencendo a mesma família". Neste contexto consideramos que a família constitui a base de solidariedade na doença.

Os membros júniores da família derivativa (filhos e filhas casados), embora vivendo fora ou longe da família de orientação continuam a consultar os anciãos

²⁵ Entrevista com Rafael Mulhanga, líder da igreja zioni.

desta sempre que precisem de ajuda em momentos de crise, podendo optar por consultar outros conselheiros sobre procedimentos para o tratamento da epilepsia.

Esta situação foi confirmada naquele bairro por um dos nossos entrevistados nos seguintes termos: *"... o afastar da residência do meu filho é apenas físico, as normas da vida, ele continua a colher de mim, sua mãe, sua tia paterna...Essa casa que ele foi construir, seja onde for, continua ostentar o nome da família...a nora, os filhos, filhas vêm ter connosco para colher conselhos. Mas se eles não se aproximarem, não lhes obrigamos a receber os nossos conselhos, eles são livres de consultar onde querem."*²⁶. Este depoimento demonstra que para além da família derivativa, as redes sociais são apeladas no aconselhamento para a procura da cura.

De acordo com Portugal (1995), as redes sociais estabelecidas com os parentes, amigos, colegas, vizinhança e igreja são importantes em determinados aspectos da vida social, pois fornecem informação, esclarecimento de dúvidas, aconselhamento, resolução de determinados imprevistos e indicações sobre onde obter ajuda em casos de doença. Portugal designa estas redes de "redes de protecção".

Este ponto de vista foi corroborado por um dos nossos informantes²⁷ sustentando que: *"...aconselhamos jovens pais a levar seus filhos a pessoas da igreja que sabem curar epilepsia e outras doenças como é o caso da vovó Rosa. Temos pessoas por nós conhecidas que sabem tratar diversas doenças, para as quais encaminhamos os que precisam de ajuda, sejam eles nossos crentes ou não."*

Outro informante²⁸ referiu-se ao assunto nos seguintes termos: *"... nas igrejas dá-se conselhos tal como na família. Onde a pessoa vive, os vizinhos aconselham mesmo os colegas de serviço..."* É nesta óptica que Donzon (1995) afirma que *"...o fenómeno urbano organizou novas relações sociais, distribuiu indivíduos em grupos, em espaços diferenciados, de acordo com os critérios sócio-económicos e sócio-profissionais"*, ou seja, no contexto urbano constituem-se redes de parentesco complementar e de solidariedade fora das linhagens das solidariedades familiares.

²⁶ Entrevista com Eugénio A. Macamo, Nyangarume e camponês.

²⁷ Entrevista com Rafael Mulhanga, líder sénior da igreja zioni.

²⁸ Entrevista com Albertina Ubisse, enfermeira da medicina moderna e nyangarume.

Na mesma linha de pensamento, Rita-Ferreira (1998) citado por Cabral (2001), afirma que “no contexto urbano há uma viragem dos sistemas familiares tendente a valorizar e constituir redes de parentesco complementar fora da solidariedade familiar, assim como fora das linhagens²⁹”.

Nesta perspectiva, Cabral (1995) sustenta que essas redes constituem “família” no sentido de ser “um domínio de relações sociais criado no interior das solidariedades primárias (...), sendo o campo da família muito grande, e não se limita a unidade social primária”. Sustenta ainda que as pessoas dependem da sua família para se protegerem a si próprias e àqueles com quem se identificam.

Pode dizer-se que as famílias desde sempre preocuparam-se em elevar a qualidade do capital humano, procurando meios alternativos para maximizar a qualidade de saúde, combatendo a doença e em todo este empreendimento, as redes sociais e simbólicas articulam conceitos culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico.

É por isso que na óptica de Portugal (1995), quando nasce o primeiro filho numa família, sobretudo quando se trata de jovens casais, os pais são aconselhados e orientados pelos parentes mais experientes para se seguirem as práticas comunitárias em relação à epilepsia, neste caso específico, independentemente da coabitação. Existem nas comunidades formas de auxílio mútuo impostas pelas obrigações familiares, podendo-se inclusivamente contar com a assistência de parentes na integração social da criança.

Experiência da integração social da criança epiléptica

As crenças e práticas médicas são parte integrante da cultura na qual também está a experiência comunitária de integração social do epiléptico. Esta integração depende da atitude dos pais, dos outros membros da família, do grau de participação dessa criança em actividades domésticas, do sexo e da idade.

²⁹ Estas redes existem nas organizações religiosas, em que grupos específicos de anciãos experientes e com poder de curar têm o papel de aconselhar os pais jovens que vivem longe dos seus parentes a fazer o tratamento preventivo da epilepsia assim que nascem as crianças, segundo revelou a nossa fonte no local de pesquisa, o Bispo Rafael Mulhanga da Igreja Zion.

Pode-se falar da experiência comunitária na integração social e aqui a família tem um papel primordial. A nossa entrevistada referiu-se a este assunto nos seguintes termos: "... *na família a criança epiléptica é ensinada a fazer tudo dependendo das suas capacidades físicas e mentais, pois considera-se pessoa diferente das outras normais da família no caso de cura total impossível...é como doente mental, o seu desenvolvimento é lento. Em casa leva uma vida normal. Faz todos os trabalhos até onde pode, segundo as capacidades e habilidades suas, mas sempre acompanhada porque não se sabe quando é que o ataque pode ocorrer. Se for mulher pode ter ataque ao cozinhar podendo se queimar. É uma pessoa dependente por toda a vida, mas não é marginalizada ou fechada.*"³⁰.

Outro informante falando da sua experiência enfatizou o seguinte: "... *o meu irmão tem agora 34 anos. Está doente desde os 8 anos. Faz o que consegue em casa e na machamba quando a doença está calma...foi tratado por vários curandeiros mas não lhe conseguiram...toma sempre medicamentos para acalmar a doença.*

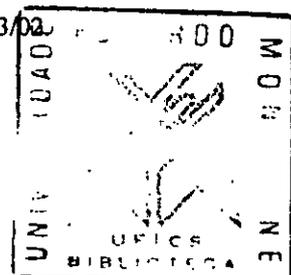
Constatamos que na percepção dos PMT's e líderes religiosos com poderes de cura, não existem casos de cura impossível, mas sim de cura difícil, que exigem intervenção de melhores especialistas.

Para os *nyangarume*, é necessário ter um conhecimento profundo sobre a diversidade de medicamentos a utilizar em casos de cura difícil. Os *líderes religiosos zona*, acreditam que o jejum e a revelação religiosa seguida de medicação apropriada pode traduzir-se na cura.

Para as *famílias e anciãos*, existem casos de cura impossível decorrentes da etiologia mágica, vulgo "feitiço". Após várias tentativas de cura com diversos especialistas, o doente é controlado e medicado por toda a vida, apenas para acalmar a doença, ao mesmo tempo que se lhe ensina a ter uma relativa autonomia dependentemente das suas capacidades físicas e mentais.

Em casos de cura impossível, as famílias têm mecanismos de integração social da criança até a fase adulta, de acordo com estratégias familiares socialmente

³⁰ Entrevista com Albertina Ubisse, nyhangarume e enfermeira da bio medicina em 18/03/02



construídas tais como: a divisão sexual de trabalho no seio da família, no sentido de acomodar o estado de dependência do epiléptico.

Isto corrobora o postulado de Helminen (1995), segundo o qual, “se a pessoa com deficiência mental receber durante a sua infância muito treino e educação conseguirá muito melhor, na idade adulta, utilizar as suas capacidades e tornar-se mais independente em relação a uma pessoa não treinada quanto cedo ou que não recebeu treino”. Esta autora considera a epilepsia como uma das causas de deficiências mentais que aparece durante os primeiros anos de vida, muitas vezes à nascença.

A experiência de integração neste bairro, refuta o postulado de Marrato segundo o qual, “em caso de cura impossível, o doente é fechado e isolado. Essa atitude pode ser tomada pelo próprio doente por temer as crises; defende Marrato (1990:16).

Todos os inquiridos referem-se à importância e à obrigatoriedade de fazer o tratamento preventivo, o que mostra o conhecimento da importância de prevenir a doença. Essa prática constitui um dos mecanismos de integração da criança na sociedade, pois ocorre logo após o nascimento, acompanhada pelo processo de atribuição de um nome ao novo ser.

À medida que a criança cresce, ela é integrada na vida familiar, dependendo das suas capacidades.

Políticas de saúde em Moçambique

Moçambique é um país com um sistema plural de saúde mas não integrado durante muitos anos. A medicina tradicional foi combatida pelo governo colonial e mais tarde pelo Governo moçambicano nos primeiros anos da independência.

Este facto é ilustrado por Nourmahomed e Segall (1992) que no seu artigo sobre “Organização e Funcionamento do Sistema de saúde em Moçambique” afirmam que “de entre as primeiras medidas tomadas pelo Governo foi a nacionalização da medicina e a interdição de qualquer forma de exercício privado de

medicina”. Referem ainda que “o Governo prosseguiu uma política de desenvolvimento rural e integrado resultante da experiência ganha nas zonas libertadas no decurso da luta de libertação nacional”, cujas políticas e estratégias de governo não incluíam o sector de medicina tradicional.

Este sector é usado pela maioria dos moçambicanos nos seus cuidados de saúde e na sua vida; uma percentagem significativa da população tem a medicina tradicional como único meio de cuidados de saúde que se baseia num complexo sistema de diagnósticos e tratamentos que combinam a componente espiritual, social e cultural.

Na óptica de Marrato (1990) a tentativa de interditar este sistema teve o seu término, devido a “impossibilidade financeira de manter os cuidados médicos gratuitos, dada às dificuldades económicas actuais.

Neste contexto, o Governo redefiniu a política de Saúde a partir de 1987 que culminou com a integração da MT e criação do GEMT no MISAU em 1991”. Essa redefinição enquadra-se nas transformações políticas, económicas e sociais operadas no país em 1987, com a introdução do PRE’s.

Este ponto de vista é corroborado por Cabral (2001) ao afirmar que “a tentativa de banir as práticas da medicina tradicional no tempo colonial e no pós-independência vistas como superstição visava, respectivamente, banir os usos e costumes locais sob o lema de combate ao obscurantismo e sob a bandeira do socialismo científico, o que levou às práticas clandestinas da medicina tradicional”.

Sobre este aspecto o nosso entrevistado, Fabião Tovela, *nyangarume* e presidente da AMETRAMO ao nível do bairro teceu as seguintes considerações: “*No tempo colonial a medicina tradicional era desprezada e combatida. Eu entrei na cadeia três vezes por ser curandeiro. Depois da independência dizia-se que era obscurantismo, não se valorizava a nossa tradição (...) hoje trabalhamos em conjunto entre nós e com a medicina moderna e vimos a bandeira da AMETRAMO içada, por isso agradecemos o nosso governo pelas mudanças feitas*”

Actualmente, com o liberalismo económico e a valorização das culturas nacionais há proliferação dessas práticas que gradualmente vão conquistando espaço maior na intervenção social.

4. METODOLOGIA

Tendo em conta o objecto do estudo e o pré-inquérito, a metodologia utilizada para a elaboração do presente trabalho teve três momentos:

1° — pesquisa bibliográfica. Consistiu na identificação de fontes escritas, análise da documentação para seguidamente elaborarmos a primeira parte do projecto, tendo em conta a problemática, os objectivos, as hipóteses de trabalho. O material bibliográfico foi adquirido na biblioteca do Departamento de Arqueologia e Antropologia (Faculdade de Letras), na biblioteca principal da Faculdade de Letras, e bibliotecas da UFICS, do AHM, do MISAU e do Jornal Notícias e na *Internet*. Foi recolhido também o material bibliográfico fornecido ao longo do curso nas diversas cadeiras, cujo conteúdo directa ou indirectamente se associa ao tema em estudo.

2° — O segundo momento foi o trabalho de campo para a recolha de dados empíricos que ocupou os meses de Março e Abril 2002. Este foi realizado no bairro das Mahotas. Tendo em conta os objectivos gerais e específicos acima mencionados, o nosso estudo baseou-se no método etnográfico que privilegia o método qualitativo para recolhermos informações sobre o tema, combinado com a técnica de entrevistas semi-estruturadas, recorrendo a fontes orais e informantes privilegiados.

3° — O terceiro e último momento do nosso estudo é referente a análise, tratamento de dados recolhidos e elaboração da redacção do texto final, entre os meses de Maio e Setembro de 2002.

Para elaboração do presente trabalho utilizamos os métodos e técnicas abaixo citados pelas seguintes razões:

Método etnográfico — por ser um método formal da prática etnográfica. “A etnografia é sinónimo de abordagem qualitativa e directa da realidade social”. Copans (1974:43), citado por Cabral (2001).

Entrevistas semi-estruturadas — No campo da pesquisa empírica recolhemos informações com base em entrevistas semi-estruturadas (a partir de personalidades conhecedoras do tema cujo grupo alvo é constituído por PMT's, anciãos e líderes religiosos zioni) por serem relevantes na obtenção de dados qualitativos para identificar e analisar a mediação que exercem os factores culturais e sociais na

construção de formas características de pensar e de agir face à saúde e à doença. Estes instrumentos de medida permitem:

- uma interacção entre duas ou mais pessoas para obtenção de informações que permitem o entrevistador penetrar mais ao fundo e ultrapassar as barreiras das questões.
- perceber as relações sociais e o processo de acção social que se desenrola no terreno e as coisas mais importantes.

Outra técnica é a de *bola de neve* que consiste em se ancorar a um informante chave no local de pesquisa que por sua vez indicou outros informantes.

A pesquisa empírica decorreu no bairro das Mahotas, arredores da cidade de Maputo, entre os meses de Março e Abril de 2002. No decurso do trabalho foram entrevistadas 26 pessoas entre os quais: 4 líderes religiosos *Ziones*, 5 PMT's do tipo "*nyangarume*", 5 do tipo "*mungoma*" ou "*nyamusoro*", 7 anciãos, 2 mães jovens, 2 pais jovens e o secretário do bairro.

As dificuldades encontradas na realização deste projecto de pesquisa no campo teórico inserem-se na exiguidade de literatura concernente ao tema, por ser pouco estudado até agora em Moçambique.

Durante a recolha de dados empíricos salientamos que foi difícil entrevistar os pais das crianças com menos de 6 anos de idade como estava previsto. Esta dificuldade prendeu-se ao facto de constituir tabú falar da presente doença com o primeiro subgrupo alvo (vide anexo I). As mães dessas crianças aceitaram serem entrevistadas mas após a introdução ao assunto não respondiam cabalmente as questões da entrevista, limitando-se a dar respostas do tipo "*não sei; a minha mãe ou minha sogra ou os mais velhos é que sabem; só me mandam dar remédio que eles procuraram*". Não entendíamos a causa de tal atitude e procuramos de imediato entender, junto dos anciãos o que estava por detrás dessas reacções.

Foi-nos explicado que a questão da doença epiléptica pertence ao saber da gerontocracia, por um lado, e é tabu falar dela com e na presença de pessoas jovens ou em idade fértil por razões inseridas no sistema de crenças locais sobre as causas da epilepsia, por outro lado. Assim, percebemos a necessidade de não continuar a

entrevistar aquele subgrupo-alvo, para não chocar com as crenças locais. Por isso, as nossas entrevistas incidiram mais no grupo de PMT's e dos anciãos e líderes religiosos zioni..

Na nossa pesquisa , constatamos que a comunidade desenvolve um modo particular e sistematizado de pensar sobre a doença e de a definir, assim como sobre as terapêuticas apropriadas, dentro do universo social e cultural local que influem na sua concepção, no comportamento das pessoas quanto à doença e ao meio de a curar, cuja racionalidade está no sistema de crenças.

Pudemos constatar também que a maioria dos informantes por nós entrevistados usa as mesmas denominações dos autores citados em relação a doença. Refere também que a criança com epilepsia é encaminhada para o hospital, quando a epilepsia está associada a outras doenças. Contudo, nesta situação, a criança deve continuar a receber medicamentos tradicionais.

Notámos também a associação da epilepsia com outras doenças e a sua percepção varia com a idade da criança, com as causas e o modo como a família encara e interpreta a doença.

Percebemos que as práticas da MT coexistem com o sector oficial de saúde. Elas possuem uma importância social e cultural inegável, ilustram a capacidade de prevenir e curar certas doenças, através de meios alternativos que maximizam a saúde e elevam deste modo a qualidade do capital humano, contribuindo para a melhoria da saúde pública.

O estado actual do debate acerca da medicina tradicional em Moçambique, orienta-se na vertente da articulação entre esta e a medicina moderna ou com instituições do estado em termos teóricos. Contudo, pensamos que é momento de trazer outras dimensões para a reflexão, que possam permitir a passagem desses pressupostos teóricos em termos práticos pelo facto de ao nível das zonas rurais onde vive a maioria da população, a MT parecer constituir um aspecto integrante do quotidiano da maioria da população que parece ter legitimidade na comunidade.

Com esta nossa abordagem, esperamos não esgotar a pesquisa, mas sim contribuir ao nível do saber e do debate acerca do problema da doença epiléptica,

sobre a importância da MT; das práticas comunitárias no tratamento e integração de pessoas que sofrem de enfermidades tidas como incuráveis, tal como é o caso da epilepsia, e ter uma maior amplitude no debate sobre a problemática. Esperamos também que o presente projecto venha contribuir na academia, suscitando novos debates.

5. BIBLIOGRAFIA

- ALVES, César, e MINAYO, M^a C. De Sousa. Saúde e Doença: Um olhar antropológico. Maputo: MISAU, 1994.
- ANDRADE, Ximena, et al. Família em contexto de mudança em Moçambique. Maputo: Wilza Mozambique, 1998.
- AUGÉ, Marc, et al. L'homme 97-98. Paris: Navarin Éditeur, 1986.
- AUGÉ, Marc, et al. Os domínios do parentesco. Lisboa: Edições 70, 1975.
- BARNES, A. Antropologia das sociedades contemporâneas. redes sociais e processo político. in FELDMAN-BIANCO, Bela (org.), São Paulo: Global Universitária, 1974.
- BROWN, Peter J. Understanding and applying medical anthropology. California: Mayfield publishing Company Mountain View. 1998.
- CABRAL, João de Pina, e LOURENÇO, Nelson. Em terras de tufões: dinâmicas da etnicidade macaense. Macau: Instituto cultural de Macau, 1995.
- DONZON, Jean-Pierre. História da família. Lisboa: Terramar, 1998.
- ECO, Umberto. Como se faz uma tese em ciências humanas. Lisboa: Editorial Presença, 1991.
- FOX, Robin. Parentesco e Casamento: Uma perspectiva antropológica. Lisboa: Vega, 1986.
- HARRIS, Marvin. Assessing Cultural Anthropology. Colombia: American Anthropological Association, 1997.
- JUNOD, Henri. Usos e costumes dos Bantu (Vol.1/2). Lourenço Marques: Imprensa Nacional, 1974.

- LOFORTE, A.M. Género e Poder entre os Tsonga de Moçambique. Maputo: Coleção Identidades, 2000.
- MEILLASSOUX, C. Mulheres, Celeiros e Capitais. Porto: Edições Afrontamento, 1977.
- NOURMAHOMED e SEGALL, Organização e Funcionamento do sistema de Saúde em Moçambique. Maputo: MISAU, 1992.
- OSÓRIO, M.C. Violência Contra a Jovem e Construção de Identidade Feminina. Maputo: Publicações MULEIDE, 1996.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUT LucVan. Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, 1992.
- STACEY, Margaret. The Sociology of Healthy and Healing: a Text book. London, 1988.
- UCHÔA, Elizabeth, e VIDAL, Jean Michel. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença, Cad. Saúde pública, Estampa editora. Rio de Janeiro, 1994.
- GANNEP, A. Van. Os Ritos de Passagem, Vozes Editora. Brasil, (s/d).
- VAN VELSEN, J. "Análise Situacional e o Método de estudo de Caso Detalhado" in FELDMAN-BIANCO, Bela (org.), Antropologia das sociedades Contemporâneas, São Paulo: Global Universitária, 1974.
- YANAGISAKO, S.J. Family Household: the analysis of domestic groups, Standford. California, 1979

Documentos de trabalho

- Documento de Trabalho. "O campo da antropologia da saúde". Doc. CCSAAS 1/1992.

- HELMINEN, Helina. CRIANÇAS DEFICIENTES –Também nossos filhos. Maputo: Ministério de Coordenação de Acção Social, 1995.
- LUNDIN, Iraê. Algumas reflexões sobre a percepção individual e colectiva da doença e cura nas sociedades doméstico-rurais e camponesas. Maputo: DAA/UEM, 1991.
- MARRATO, J. et al. Fornecedores e utentes de cuidados de saúde moderna e tradicional em Maputo: Opiniões e preferências mútuas. GEMT/MISAU, 1991.
- Material de base para Investigação da Cultura Tradicional, Maputo: Departamento de Antropologia de ISP Ed-CRDS, 1991.
- MEDEIOS, E. Práticas Tradicionais frente à doença, ao infortúnio e às perturbações sociais. Maputo: CRDS, 1991.
- **Dissertações**
- CABRAL, F. Impacto e poder da etnomedicina no tratamento de possessões e traumas de guerra nos Tsonga do sul de Moçambique. *Tese de Licenciatura*. UFICS, 2002.
- HONWANA, A. Pratiques et Rôle Social du Nyamusoro en Milieu Urbain-Maputo: Premiers Elements. Maitrise de Sociologie, Université de Paris VIII, 1988. Mestrado.
- MARRATO, J. Condições de Enquadramento Familiar da Criança deficiente Mental. Maputo: ISP, 1990. Licenciatura.
- **Revistas**
- GUJRAL, Lorna. *Revista Médica de Moçambique Vol7*. Maputo: Instituto Nacional de Saúde, 1996.
- PORTUGAL, Sílvia. *Revista Crítica de Ciências Sociais nº42*. Coimbra: Centro dos Estudos Sociais, 1975.



- SEGRE, Marco, e FERRAZ, Flávio C. O Conceito de Saúde. in Revista de Saúde Pública Vol.31 nº6, São Paulo: Editorial, 1997.
- Alguns jornais editados pelo “Jornal Domingo” que tratam o assunto.

ANEXOS:

ANEXO I

LISTA DAS ABREVIATURAS USADAS

OMS – Organização Mundial da Saúde

MISAU - Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

GEMT- Gabinete de Estudos em Medicina Tradicional

MT – medicina tradicional

PMT's – praticantes da medicina tradicional

ME – Modelo Explicativo

AMETRAMO – Associação dos médicos tradicionais de Moçambique

PRE - Programa de Reabilitação Económica

PRE's – Programa de Reabilitação Económica e Social

ANEXO II

I GUIÃO DE ENTREVISTA (para algumas famílias com crianças menores de 6 anos)

Nome:

Idade:

Residência:

Naturalidade

Número de filhos

1. Qual a sua experiência em relação aos tratamentos que se fazem para a criança nos primeiros meses de vida ou o que entende por epilepsia.
2. Quem lhe aconselhou para fazer esses tratamentos. (para perceber a importância do parentesco das redes sociais)
3. Onde fez o tratamento (no hospital, no curandeiro no religioso, ou familiar) e porque.
4. Se foi no curandeiro que tipo de curandeiro.
5. Foi preciso "*kufemba*" porquê.
6. Fez o tratamento antes ou depois de se manifestar a doença.
7. Como foram os resultados dos tratamentos positivos ou não.
8. Se não que tipo de consideração e tratos é sujeita essa criança. (para perceber o processo de integração da criança deficiente mental).

II GUIÃO DE ENTREVISTA (curandeiros e líderes religiosos)

Nome:

Idade:

Naturalidade

Número de filhos

1. Fala-me da sua história da vida de curandeiro.

- a) Onde vem o conhecimento sobre saúde.
- b) Com quem aprendeu a curar.
- c) Que doenças sabe curar mais. Quais os nomes.
- d) Fala-me mais da epilepsia. É difícil ou não para curá-la. Quanto tempo.
- e) Qual é a causa. Como se caracteriza. Qual é a base do tratamento que faz.
- f) Que rituais se praticam.
- g) Qual a melhor idade da criança para iniciar o tratamento.
- h) Há casos em que não é curável a doença. Porquê.
- i) Que destino tem a doente não curado. (processo de integração da criança epiléptica).
- j) De onde vem os doentes. São vizinhos ou vem doutros bairros.
- k) Acha que quem lhes fala de teus trabalhos para cá virem e porquê; (factores de preferência).

III GUIÃO DE ENTREVISTA (para líderes políticos e anciãos)

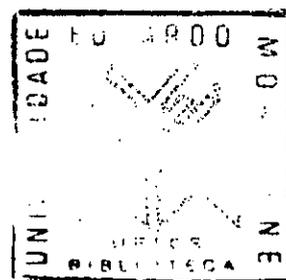
Nome:

Idade:

Naturalidade:

Número de filhos:

- a) O que entende por epilepsia.
- b) Como se manifesta. No seu entender quais são as causas dessa doença.
- c) Que práticas são desenvolvidas pela comunidade a para combater a doença.
- d) Quem transmite o conhecimento dessas práticas. (redes sociais)
- e) O que pode acontecer para as famílias que não as praticam.
- f) Existem rituais que acompanham esse tratamento. Quais. Qual é a sua importância.
- g) Conhece outras formas de tratar essa doença. Quais são e como funcionam.
- h) Porque as famílias preferem tratamentos com PMTs. (factores distância, custos, fama, crenças, etc.)
- i) o que entendes por saúde?



ANEXO III

Lista dos entrevistados

Dia 2 de Março de 2002

Nome: Lina Uqueio

Idade: 75 anos

Profissão: curandeira do tipo “nyangarume” e anciã.

Nome: Tomás Fabião Mondlane

Idade: 57 anos

Profissão: funcionário público e líder religioso *Zione*

Dia 5 de Março de 2002

Nome: Mário Tembe

Idade: 54 anos

Profissão: “*Nyamussoro*”

Nome: João Matsimbe

Idade: 39 anos

Profissão: serralheiro

Nome: Felizarda Manuel

Idade: 28 anos

Profissão: doméstica

Dia 6 de Março de 2002

Nome: Fabião Thovela

Idade: 56 anos

Profissão: curandeiro do tipo “nyangarume”

Nome: Mário Cossa

Idade: 35 anos

Profissão: ardina

Nome: Alzira Tembe

Idade :28 anos

Profissão: doméstica

Dia 18 de Março de 2002

Nome : Albertina Ubisse

Idade: 52 anos

Profissão: enfermeira e curandeira do tipo "*nyangarume*"

Nome: Mavua Cuna

Idade:74 anos

Profissão: anciã.

Dia 24 de Março de 2002

Nome: Rafael Mulhanga

Idade:45 anos

Profissão: Bispo da igreja *Zione*

Nome: Rosa Matchaie

Idade: 80 anos

Profissão curandeira do tipo "*nyangarume*"

Dia 25 de Março de 2002

Nome: Elsa Wiliamo

Idade: 48 anos

Profissão: doméstica

Nome: Adelina Muianga

Idade :49 anos

Profissão: doméstica

Nome: Cristina Macamo

Idade: 35 anos

Profissão: doméstica

Nome: Maria Mboene

Idade: 35 anos de idade

Profissão: professora do EP1

Nome: Eugénio António Macamo

Idade : 75 anos

Profissão: curandeiro do tipo "nyangarume" e camponês

Dia 1 de Abril de 2002

Nome: José João Matsinhe

Idade: 55 anos

Profissão líder religioso *ziona*

Nome: António Pedro Machava

Idade: 52 anos

Profissão: electricista e crente *ziona*

Nome: Jordão Bila

Idade : 63 anos

Profissão: líder da igreja *ziona*

Dia 18 de Abril de 2002

Nome: Rosita Marques Cossa

Idade: 37 anos

Profissão: curandeira do tipo "*mungoma*"

Nome: Joaquim Chilaule

Idade: 59 anos

Profissão curandeiro do tipo "*mungoma*"

Nome: Manuel Bila

Idade : 59 anos

Profissão: camponês, ancião.

Nome: Vasco Mause

Idade: 57 anos

Profissão: curandeiro do tipo *nyangarume*.

Nome: António Mucabele

Idade: 58 anos

Profissão: secretário do círculo.

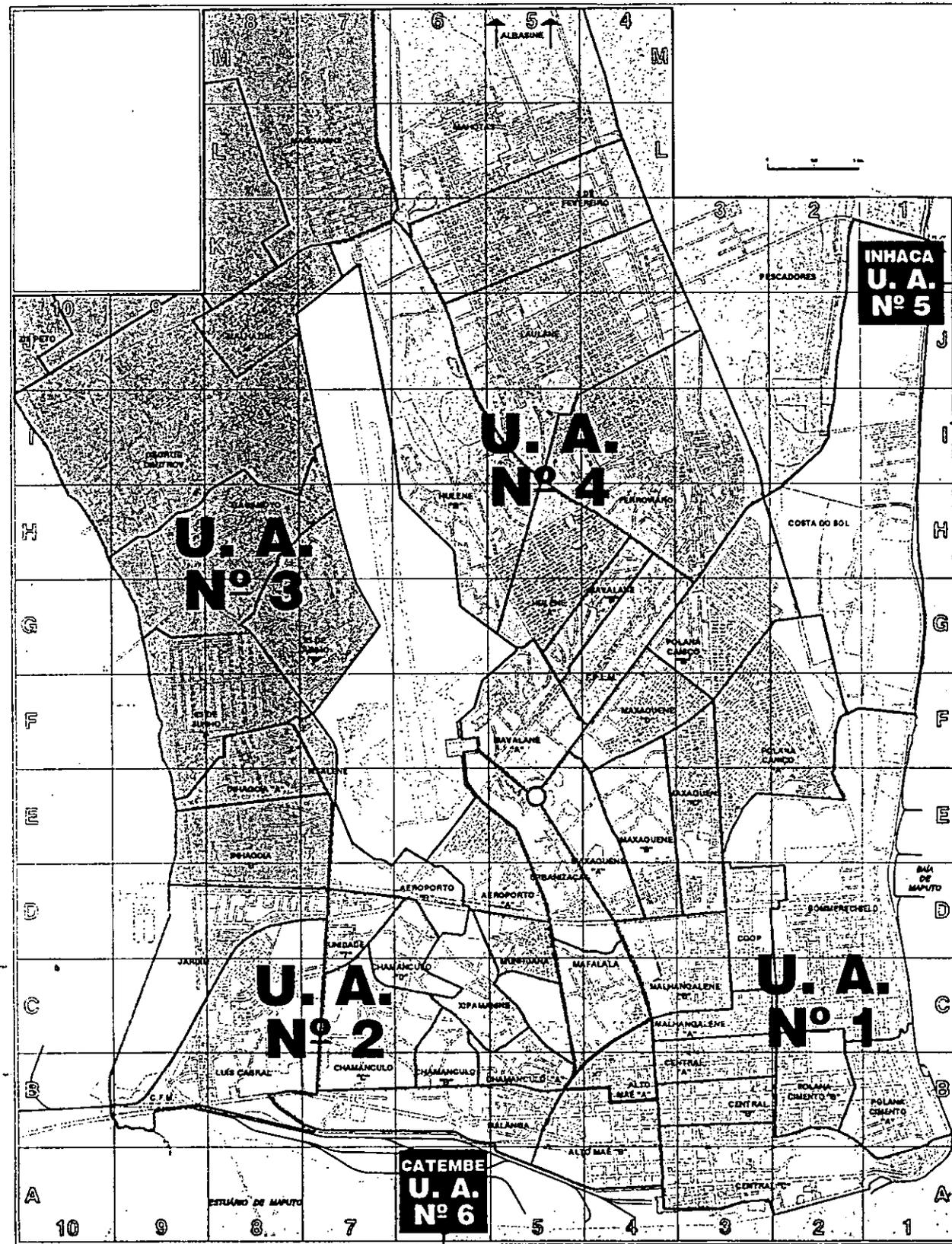


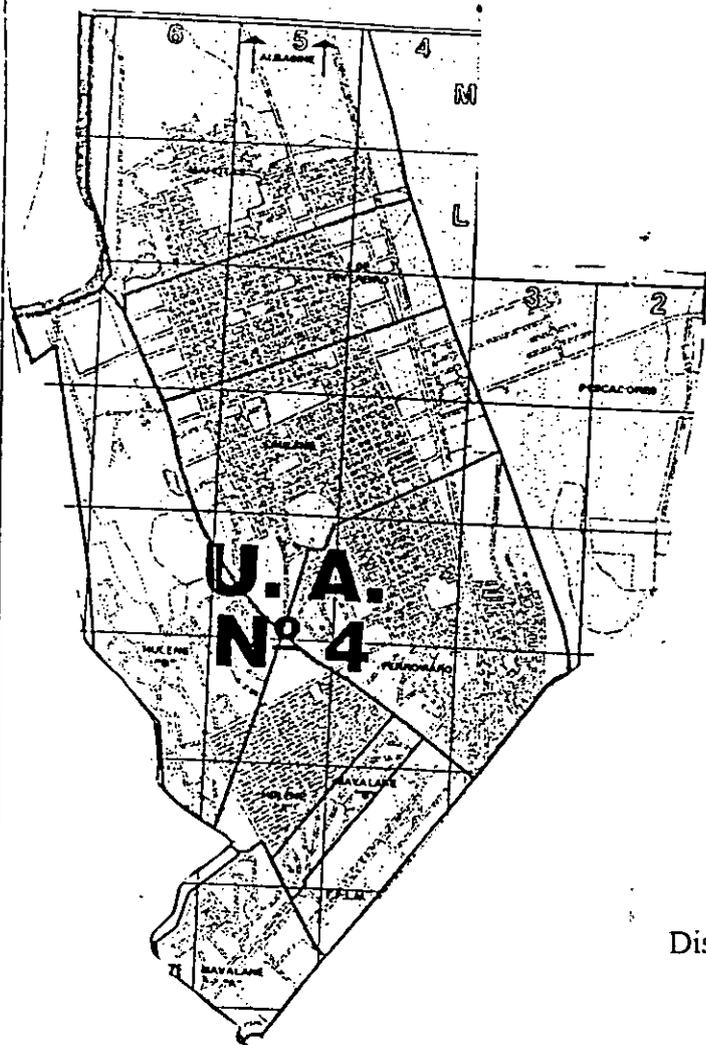
ENDEREÇAMENTO DA CIDADE DE MAPUTO
PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE UNIDADES ADMINISTRATIVAS

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
 CONSELHO MUNICIPAL DE MAPUTO
 Direcção dos Serviços Urbanos

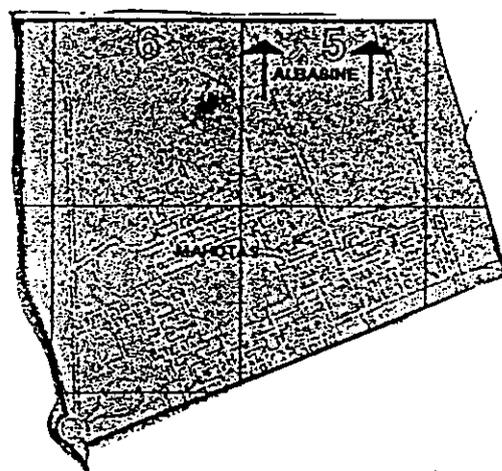


REPÚBLICA FRANCESA
 MISSION FRANÇAISE DE COOPÉRATION
 E DE ACCÃO CULTURAL





Distrito de Marracuene



Bairro de Maganine

Bairro dos pescadores

Bairro 3 de Fevereiro

Mapa do Distrito Urbano nº 4 e do Bairro das Mahotas, local onde se realizou a pesquisa empírica.

Fonte: Direcção de Endereçamento do Conselho Municipal da Cidade de Maputo.
Adaptação da autora.

AO chefe da seção de Registro Acadêmico,
Considero que o Trabalho da estudante
TOLITA A. Guitiche possui os requisitos exi-
gidos para a defesa.

Alex. A. Guitiche
203.10.00.