



FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

**Impacto Psicossocial da Doença do Chamamento nas Pessoas Escolhidas
para Serem Médicos/as Tradicionais no Bairro Mafalala**

MONOGRAFIA

Nélia Sara Nhampossa

Maputo, Outubro de 2024



FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA SOCIAL E COMUNITÁRIA

**Impacto Psicossocial da Doença do Chamamento nas Pessoas Escolhidas
para Serem Médicos/as Tradicionais no Bairro Mafalala**

Monografia apresentada em cumprimento dos requisitos parciais para a obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia, Vertente de Psicologia Social e Comunitária.

(Nélia Sara Nhampossa)

(Mester Isália Mate)

Maputo, Setembro de 2024

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu _____, declaro por minha honra que a presente monografia do curso de Licenciatura em Psicologia Social e Comunitária da Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane nunca foi apresentada para obtenção de qualquer nível ou grau, ele é fruto da minha investigação com a orientação da minha supervisora, cujas fontes estão indicadas no texto e nas referências bibliográficas.

(Nélia Sara Nhampossa)

Director do Curso

(dr. Rui João)

Presidente do Júri

Oponente

Supervisor

(Mester Isália Mate)

Maputo, Outubro de 2024

DEDICATÓRIA

A Deus, meu Redentor, que me deu a vida, meu mais profundo agradecimento. Aos meus pais, Francisco Gabriel Nhamossa e Ana Gertrudes Jovo (em memória), dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, saúde e força que sempre me proporcionou ao longo desta jornada acadêmica e em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Francisco Gabriel Nhampossa e Ana Gertrudes Jovo, sou imensamente grata pelo investimento, pelas orações, pelos puxões de orelha e, principalmente, pelo apoio incondicional à minha vida acadêmica . Sem o vosso esforço, nada disso teria sido possível.

Ao Ministério da Serena Luz e aos meus irmãos em Cristo, pelo apoio à minha vida espiritual, especialmente ao pastor José.

Aos meus irmãos, Gabriel Francisco Nhampossa, Dionísio Francisco Nhampossa e Júlia Francisco Nhampossa, meu mais sincero agradecimento pelo apoio incondicional nos momentos mais difíceis da minha caminhada acadêmica .

À minha sobrinha Tatiana Carla e à minha cunhada Benilde Mandlate pelo carinho e amor constantes.

Ao Stélio Bertino Simões, pelo suporte e pela disponibilização de materiais didáticos ao longo da jornada estudantil. Graças à leitura de Linda Davidoff, tornei-me uma estudante sedenta por aprender.

Em um dos momentos mais difíceis da minha vida acadêmica , fui abençoada ao conhecer Miranda, um verdadeiro anjo na terra. Serei eternamente grata pelo teu amor incondicional.

À minha supervisora e docente, mestre Isália Mate, pela paciência, atenção e orientação. Seu amor ao trabalho e à dedicação chamaram minha atenção e, hoje, também te considero como uma mãe.

Agradeço de igual modo a todos os professores da FACED-UEM que me acompanharam nessa jornada, em especial à professora Isália Mate e ao professor Cassilote.

Meus agradecimentos vão também aos meus sobrinhos, Larissa, Gabriel, Yanni, Ana Paula, Dauce, Breno e Akssa, por seus sorrisos e carinho, especialmente nos dias mais difíceis. Amo todos vocês como filhos.

Agradeço também às minhas tias, Madalena Jovo, Adelina Jovo e Melita, pelo apoio, especialmente no momento da perda dos meus pais.

Aos colegas de curso que hoje fazem parte da minha vida: Marta Mungoi, Cíntia Tivane e Izaltina, que hoje compartilham comigo novos projectos de vida.

À mãe Alice e à Páscoa pelo carinho e apoio financeiro em alguns momentos da minha vida estudantil.

Por fim, a todos os que me ajudaram na coleta de dados no bairro Mafalala, meu muito obrigado. Seria impossível listar todos que me apoiaram, mas levarei eternamente no coração a gratidão por cada um.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo geral “Analisar o impacto psicossocial da doença do chamamento nas pessoas escolhidas para se tornarem médicos/as tradicionais no bairro Mafalala”. A pesquisa foi classificada como aplicada, exploratória, com uma abordagem qualitativa e baseada em um estudo de caso, utilizando um guia de entrevista para a obtenção dos dados. Os resultados revelaram que a doença do chamamento, conforme evidenciado nos relatos dos entrevistados, é caracterizada por uma série de crises espirituais, emocionais e físicas que afectam os indivíduos escolhidos para a prática da medicina tradicional. Os participantes descreveram a formação como uma experiência intensa e rigorosa, ocorrendo em ambientes isolados e envolvendo rituais de purificação, consultas espirituais e o aprendizado de práticas tradicionais. Os *tiNyangas* relataram que, durante o processo, enfrentam estigmatização, exclusão social e preconceito, o que impacta suas relações familiares e sociais. No entanto, muitos deles desenvolvem resiliência, maturidade e um compromisso renovado com as práticas culturais e espirituais. Com base nos achados, as recomendações incluem promover maior conscientização sobre o papel e a importância dos médicos/as tradicionais na preservação das tradições culturais e no manejo dos males sociais, visando reduzir o estigma e o preconceito associados à doença do chamamento; criar redes de apoio mútuo entre os médicos tradicionais, permitindo que compartilhem experiências e estratégias para lidar com os desafios emocionais e sociais decorrentes do chamamento; e investigar a interação entre práticas tradicionais e sistemas de saúde modernos, explorando formas de colaboração que beneficiem a comunidade.

Índice

Índice

FACULDADE DE EDUCAÇÃO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA	1
MONOGRAFIA	1
FACULDADE DE EDUCAÇÃO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA	2
DECLARAÇÃO DE HONRA	1
DEDICATÓRIA	2
AGRADECIMENTOS.....	3
Resumo	5
CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	9
1.1. Contextualização	9
1.2. Problema de Pesquisa	10
1.3. Objectivos.....	11
1.3.2. Objectivos Específicos	11
1.4. Questões de Pesquisa.....	11
1.5. Justificativa.....	12
CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1. Definição dos Conceitos.....	13
2.1.2. Chamamento.....	14
2.1.3. Doença do Chamamento	15
2.2. A Luta Antissezonática dos Nguni em Moçambique.....	15
2.3. O Vale do Limpopo e os Prestadores de Cuidados de Saúde no Período Colonial	16
2.4. A Guerra Civil: tradição, bandidos, Naparamas, mortes	17
2.5. Doença: desequilíbrios biológicos nas relações interpessoais.....	17
2.6.(Des)equilíbrios no Universo Social: a “doença da tradição”	18
2.7. O Entendimento sobre a Feitiçaria.....	19

2.9.O Recrutamento dos <i>TiNyanga</i> : uma nova identidade.....	22
2.10.1.O Percurso dos Curandeiros	23
2.10.2.O Processo de Formação do <i>Tinyanga</i>	24
2.11.O Processo de Escolha do <i>Nyanga</i> pelos Espíritos	26
CAPÍTULO III: METODOLOGIA	28
3.1. Descrição do Local do Estudo	28
3.2. Caracterização da Pesquisa	29
3.1.1. Quanto à Natureza da Pesquisa	29
3.1.2. Quanto aos Objectivos da Pesquisa.....	29
3.1.3. Quanto à Abordagem da Pesquisa.....	29
3.1.4. Quanto aos Métodos da Pesquisa	30
3.2. População e Amostra.....	30
3.2.1. População	30
3.2.2. Amostra.....	30
3.3. Procedimentos de Colecta de Dados	30
3.4. Técnicas de Análise dos Dados	31
3.5. Aspectos Éticos da Pesquisa.....	32
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS	33
4.1. Caracterização do Perfil dos Entrevistados	33
4.1.Características da Doença do Chamamento nas Pessoas Escolhidas para serem Médicos/as Tradicionais no Bairro Mafalala.....	33
4.2.O Processo de Chamamento dos <i>Tinyangas</i> do <i>Bairro Mafalala</i>	35
4.3.Os Principais Desafios Enfrentados pelos <i>Tiyangas</i> no Processo de Chamamento para Exercer a Profissão de Médico Tradicional no Bairro Mafalala	39
4.4.O Impacto Psicossocial da Doença do Chamamento nas Pessoas Escolhidas para Serem Médicos/as Tradicionais no Bairro Mafalala.....	43
CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	47
5.1. Conclusões	47
5.2. Recomendações	48

Para os Médicos/as Tradicionais e Associações Afins:	48
Para as Autoridades Locais e Políticas Públicas:	48
Referências Bibliográficas	51
APÊNDICE.....	53
ANEXOS	57

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização

Em Moçambique, pelo menos 80% dos indivíduos continuam a recorrer à medicina tradicional e alternativa para cuidados primários de saúde, segundo dados do MISAU (2020). Esta entidade diz que em duas décadas foram formados 110.422 praticantes da medicina tradicional.

Segundo Cabral (1958) e Araújo (1959), medicina tradicional é um conjunto de crenças e práticas “rústicas” e “imitativas”, resultado da difusão de medicinas eruditas passadas e das diferentes etnias que compuseram a uma determinada população. Por seu turno, Barros (2000) se refere ela como sendo conjunto de crenças, saberes e práticas tradicionais desfasadas do conhecimento médico moderno, que mantém uma população em estado de atraso social e económico.

Medicina tradicional é um conjunto de crenças, saberes e práticas que são transmitidos através das gerações e que se originam da combinação de medicinas eruditas do passado e das diferentes etnias que compõem uma população (Puttini, 1989).

E dentro da medicina tradicional (o termo que será usado nesta pesquisa) está o Curandeiro, que é especialista que é tido como capaz de obter a cura dos doentes ou ter êxitos num tratamento cirúrgico graças a poderes sobrenaturais ou a conhecimentos experimentais positivos cuja actuação é favorecida pela benevolência de espíritos tutelares (Puttini, 1989).

O antropólogo Granjo (2009) afirma que o papel e função do curandeiro ou *Nyanga* é, ser um prestador de serviços terapêuticos e rituais, ser um intermediário junto das entidades espirituais recorrendo à adivinhação e ser um gestor da incerteza. Isto faz com que, para além de curar doenças, possa ver-se obrigado a desempenhar tarefas tão díspares como combater feiticeiros ou servir de conselheiro matrimonial e familiar (Granjo, 2009).

A exigência de trabalho por parte dos espíritos assume a forma de uma doença de *chamamento* que, a par de sintomas físicos individualizados e/ou de acidentes frequentes e insólitos, incluirá uma fraqueza geral e fortes dores (em particular nas articulações), para as quais a biomedicina não encontrará aparente explicação. Normalmente, o enfermo irá recorrendo a todos os prestadores de cuidados de saúde a que puder ter acesso, até que um *Nyanga* lhe diagnostique uma possessão por espíritos, revelando a identidade destes e os acontecimentos que, no passado e na genealogia, legitimam o seu chamamento (Granjo, 2009). Esta pesquisa realiza-se no contexto desta doença de chamamento descrita no sentido de aprofundar a compreensão sobre a mesma e

o s seus impactos psicossociais.

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: O Capítulo I aborda a introdução, onde são apresentados a contextualização do estudo. Além disso, são discutidos o problema de pesquisa, os objectivos gerais e específicos do estudo, a justificativa é apresentada, fornecendo razões e fundamentos para a relevância e importância do estudo. No Capítulo II, é realizada a revisão de literatura. No Capítulo III, é descrita a metodologia adoptada no estudo. São apresentados o tipo de pesquisa, assim como a definição da amostra seleccionada para participar do estudo. Os instrumentos e técnicas de colecta de dados são descritos, sendo a entrevista semi-estruturada a principal ferramenta utilizada para obter as percepções dos participantes. No capítulo IV, é descreve-se apresentação, interpretação e discussão dos dados e, por fim, no Capítulo V, descreve-se as Conclusões e Recomendações.

1.2. Problema de Pesquisa

Em Moçambique, pelo menos no lado sul, o processo de se tornar *Nyanga* (curandeiro) questiona-se, por exemplo, Granjo (2010) diz que a actividade e o percurso profissional dos *tiNyanga* aparenta, assim, constituir uma forma de "vocaçào" imposta, mesmo se os próprios não recorrem a essa noção quando equacionam o assunto e por sua vez.

Segundo Sequeira (s/d), a necessidade de se tornar um (a) *Nyanga* tem a sua primeira manifestação na altura da identificação de um mal-estar decorrente de uma disfunção biológica ou de um infortúnio pessoal. Autora diz ainda que estes episódios se tornam crónicos e permanentes, mesmo após a consulta a vários provedores ou a realização de cerimónias tradicionais. A enfermidade transforma-se em "doença do chamamento", quando, num contacto com um *Nyanga* (na gíria, "procurar tradicionalmente"), este informa o paciente de que os seus espíritos "querem trabalhar" (Sequeira, s/d).

Essa vontade manifesta-se sob a forma de males físicos e infortúnios pessoais ou profissionais (Granjo, 2010). Quando a vontade dos espíritos é comunicada ao enfermo, define-se o limiar entre uma vida, em que os indivíduos têm plena consciência do papel que ocupam na sociedade e quais as suas expectativas e uma outra vida, envolta de incertezas, preconceitos sociais e experiências pessoais. O determinismo associado à "doença do chamamento", para além do padecimento físico que a própria enfermidade comporta, acarreta sofrimento social que decorre de um destino que jamais se desejou e, por vezes, da integração num "grupo profissional" que nunca se aceitou.

Ou seja, no contexto prático os indivíduos que têm e que são escolhidos para serem curandeiros passam por um processo de não-aceitação o que acaba provocando diversas consequências tanto no

físico assim psicológicos.

Na pesquisa exploratória conduzida pela investigadora no *Bairro Mafalala*, com indivíduos atualmente atuantes como curandeiros, constatou-se que muitos deles inicialmente não aceitavam ao chamamento, o que resultava em desequilíbrio em suas vidas. Por exemplo, enfrentavam dificuldades para conseguir emprego, não eram chamados para entrevistas. Além disso, alguns relataram dificuldades para engravidar e problemas nos relacionamentos conjugais.

De acordo com Siqueira (s/d), este sofrimento social, inerente não só ao paciente, mas também à sua família, expressa-se através da resistência em se aceitar ser *nyanga*, através do prolongamento da situação de enfermidade e, ainda, através da consulta a vários *tinyangas* que possam infirmar o diagnóstico proferido e restabelecer a sua saúde. Este padecimento social agudiza-se, quando, após prolongada e manifesta incapacidade física, o enfermo se depara com um dilema de vida ou de morte – ou aceita “deixar os seus espíritos trabalhar” e vê a sua enfermidade curada ou se recusa a “ser formado” e assume o risco quanto ao seu bem-estar futuro.

Portanto, tendo em conta este processo de não-aceitação dos indivíduos que são escolhidos para serem médicos e observando sobretudo a pressão dos espíritos na escolha dos mesmos, levanta-se a seguinte questão:

Qual o impacto psicossocial da doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos/as tradicionais no bairro Mafalala?

1.3. Objectivos

1.3.1. Objectivo geral

- Analisar o impacto psicossocial da doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos/as tradicionais no bairro Mafalala.

1.3.2. Objectivos Específicos

- Caracterizar a doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos/as tradicionais no bairro Mafalala;
- Descrever o processo de chamamento dos *tinyangas* do *Bairro Mafalala* ;
- Identificar os principais desafios enfrentados pelos *tiyangas* no processo de chamamento para exercer a profissão de médico tradicional no bairro Mafalala;
- Identificar o impacto psicossocial da doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos/as tradicionais no bairro Mafalala.

1.4. Questões de Pesquisa

- Quais são as características da doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos/as tradicionais no bairro Mafalala?
- Como ocorre o processo de chamamento dos *tiyangas* no *Bairro Mafalala* ?
- Quais são os principais desafios enfrentados pelos *tiyangas* no processo de chamamento para exercer a profissão de médico tradicional no bairro Mafalala?
- Qual é o impacto psicossocial da doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos/as tradicionais no bairro Mafalala?

1.5. Justificativa

A presente justificativa é dividida em 3 perspectivas, nomeadamente: no âmbito social, académico e no âmbito pessoal.

No âmbito pessoal, para a pesquisadora, o tema tem uma importância pessoal significativa. Além do interesse académico na compreensão das práticas de saúde em contextos diversos, a pesquisa sobre os desafios e estratégias enfrentados pelos *tiyangas* no processo de recrutamento para exercer a profissão de médico tradicional no bairro Mafalala oferece a oportunidade de dar voz aos profissionais de saúde que muitas vezes são marginalizados ou sub-representados nos discursos académico e políticos. Essa investigação não só contribui para a valorização e reconhecimento dessas práticas tradicionais, mas também promove um maior entendimento cultural e social das mesmas. Além disso, a realização deste estudo proporciona à pesquisadora um profundo senso de realização pessoal, ao contribuir para a preservação e valorização do conhecimento tradicional e ao apoiar a inclusão e a representatividade dos *tiyangas* na sociedade.

No âmbito social, o bairro Mafala, assim como muitas outras comunidades em áreas urbanas e rurais, depende significativamente dos serviços de saúde fornecidos pelos médicos tradicionais, conhecidos como *tiyangas* ou curandeiros. Ademais, ao compreender os desafios enfrentados pelos indivíduos durante o processo de recrutamento dos *tiyangas* é de extrema importância para identificar lacunas no sistema de saúde local e para desenvolver políticas e programas que fortaleçam e apoiem essa importante parte do cuidado de saúde comunitário.

No meio académico, a análise dos processos de recrutamento dos *tiyangas* para a profissão de médico tradicional no bairro Mafalala representa uma oportunidade única para a pesquisa interdisciplinar. Essa pesquisa poderá contribuir para o entendimento mais amplo das dinâmicas sociais, culturais e económicas que influenciam a prática da medicina tradicional em contextos específicos, além de oferecer *insights* valiosos para áreas como saúde pública, antropologia médica, sociologia e políticas de saúde.

CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA

Nesta parte do trabalho apresentamos a revisão de literatura com o objectivo de fazer menção as diversas visões dos autores a respeito da temática discutida na presente pesquisa. Neste sentido, começamos com a discussão dos conceitos e posteriormente apresentamos as diversas discussões.

2.1. Definição dos Conceitos

2.1.1. *Nyangas*/Médico Tradicional

Para Honwana (2002), os médicos/as tradicionais ou *Nyangas* funcionam como intermediários entre os seres humanos e os espíritos dos antepassados. O autor diz ainda que através dos seus poderes de adivinhação, os *Nyangas* descodificam as mensagens espirituais para os vivos e os seus conhecimentos de ervas lhes permitem tratar e curar várias doenças.

Granjo (2010) reforça que, tal como em outros países do mundo, esta figura do *Nyanga* ou médico tradicional assumiu um papel fundamental de “prestação de cuidados de saúde, na regulação de incertezas e dos problemas sociais dos seus utentes”. Honwana (2002, p. 266) acrescenta que os mesmos indivíduos e grupos sociais, para além de procurarem os médicos/as tradicionais para o tratamento de várias doenças, buscam também a protecção contra os perigos da vida e o seu equilíbrio.

O *Nyanga* é, segundo Polanah (1987), um indivíduo conhecedor de plantas e de técnicas com real valor terapêutico. Este autor entende que sua actividade reveste-se dum mínimo de carácter mágico.

De acordo com Tinga (2019), o papel e função do *nyanga* é, neste quadro, ser um prestador de serviços terapêuticos e rituais, ser um intermediário junto das entidades espirituais (recorrendo à adivinhação ou transe) e ser um gestor da incerteza. No entender de Tinga (2019), isto faz com que, para além de curar doenças, possa ver-se obrigado a desempenhar tarefas tão díspares como combater feiticeiros ou servir de conselheiro matrimonial e familiar.

Cipire (1992, p. 17) considera que o ramo da medicina tradicional é a que mais polémica traz no seio da sociedade moderna, colocando-a em causa a favor da medicina convencional e ou das igrejas. Contudo, a mesma sociedade que defende soluções de determinados problemas apenas com base nas igrejas e medicina convencional tem consultado os médicos/as tradicionais às escondidas para buscar soluções de alguns dos seus problemas insolúveis à luz das igrejas e hospitais. Por sua vez, os *tinyagas*, através de cerimónias apropriadas e acompanhadas de oferendas aos defuntos, conseguem expulsar os azares no corpo de quem sofre (idem). Resumindo

entende-se que os *Nyangas*, ou médicos tradicionais, são intermediários espirituais e curadores nas comunidades africanas. Utilizando poderes de adivinhação, os *Nyangas* decodificam mensagens espirituais dos antepassados e aplicam um vasto conhecimento de ervas e técnicas terapêuticas para tratar e curar doenças. Além disso, eles desempenham funções, realizam rituais e terapias, combatem feiticeiros, e actuam como conselheiros matrimoniais e familiares.

2.1.1. Chamamento

Chamamento, segundo Aurélio (2020), significa fazer com palavras ou sinais com que outrem venha, significa ainda invocar, escolher para desempenhar um cargo.

O Dicionário Porto Editora Infopédia define chamamento como solicitação, através da voz ou de sinais, da atenção ou da aproximação de alguém, convocação ou invocação. O chamamento no contexto da possessão espiritual pode ainda ser considerado como solicitação pelos espíritos dos antepassados por meio de sinais tais como doenças, conflitos conjugais, problemas no trabalho, entre outros, para servir aos mesmos por meio da profissão de *nyanga*.

Podemos perceber que este chamamento é considerado uma forma que os espíritos encontraram para comunicarem-se com os vivos, para avisar que estes precisam de dar continuidade a profissão de *nyanga*. Ainda no âmbito do processo do chamamento, as vítimas passam também por problemas que podem variar desde a falta de convergência ou entendimento na vida marital, problemas de saúde, no emprego, entre outros.

Entende-se assim que o chamamento se refere à solicitação ou convocação, através de palavras, sinais ou sintomas, para que alguém desempenhe um papel ou cargo específico. No contexto da possessão espiritual e da medicina tradicional, o chamamento é a invocação pelos espíritos dos antepassados, manifestando-se através de sinais como doenças, conflitos conjugais e problemas no trabalho, para que o indivíduo atenda ao chamado e se torne um *nyanga*, ou médico tradicional.

2.1.2. Doença do Chamamento

Honwana (2001, p.87) citado por Tinga (2009) olha para a doença do chamamento como uma doença grave, sintomática, ancestral e que só pode ser curada através da iniciação a formação para tornar-se curandeiro.

Falar da doença do chamamento implica, falar de um campo multidisciplinar pelo facto de envolver as dimensões religiosa, social, cultural, médica, antropológica, psíquica, entre outras (Tinga, 2009). Falar deste fenómeno é mexer com muitos campos disciplinares, é falar da perturbação, da aflição e o desconforto que tem sido característico do fenómenos. O autor ainda sublinha que falar da doença do chamamento é o mesmo que falar do chamamento porque ambos se caracterizam pelos acontecimentos que antecedem a formação do *nyanga*.

A doença do chamamento, segundo Honwana (2002, p.87), é uma doença ancestral grave, sintomática e que só pode ser curada através da iniciação ao curandeirismo.

Dos conceitos acima, pode-se perceber que a doença do chamamento é uma condição grave e sintomática de origem ancestral, que só pode ser curada através da iniciação para se tornar curandeiro. Esta doença envolve múltiplas dimensões, incluindo a religiosa, social, cultural, médica, antropológica e psíquica, reflectindo sua complexidade multidisciplinar. Caracterizada por perturbação, aflição e desconforto, a doença do chamamento é tanto uma manifestação de sintomas quanto um sinal do chamamento espiritual para a formação de um *nyanga*, ou médico tradicional.

2.2. A Luta Antissezonática dos Nguni em Moçambique

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

A partir de 1820, com a conquista Nguni, liderada por Soshangane (o primeiro rei do Estado Nguni da Gaza chamou-se Soshangane, parece, contudo, que o próprio assumiu este nome por ele ter pertencido a um chefe changana ancestral, como forma de fazer com que a sua governação fosse melhor aceite pelas populações conquistadas, no vale do Limpopo). Os

Ngunis dominaram os reinos aí existentes e criaram um estado centralizado – o Império de Gaza.

Durante este período, os chefes eram muito importantes na intermediação da relação entre vivos e mortos e na resolução de situações de cariz político, social e mágico-religioso, evidenciando, assim, o seu prestígio e importância e granjeando respeitabilidade (Covane, 2001: 76-82). A partir de 1875, inicia-se um movimento migratório da população do sul de Moçambique para os mercados de trabalho dos países vizinhos, principalmente para as minas de ouro e diamantes e plantações agrícolas (Covane, 2001).

Com a Conferência de Berlim (1884-1885) e, em 1885, com a captura de *Ngungunhane*, comumente designado por Imperador de Gaza (actual região sul e centro de Moçambique) por Mouzinho da Albuquerque, deu-se, por parte das autoridades portuguesas, uma ocupação mais efectiva do centro e sul do território moçambicano que, até aí, segundo Pélissier, ” (...) não era uma colónia, mas sim uma mera cadeia de feitorias costeiras e fluviais, cuja sobrevivência se ritmava pela chegada ou pela demora dos veleiros” (Pélissier, 1988 citado por Sequeira, 2017).

2.3. O Vale do Limpopo e os Prestadores de Cuidados de Saúde no Período Colonial

De acordo com Sequeira (2017), com os dados recolhidos durante o período de ocupação colonial, a maioria da população optava pela medicina tradicional, preparada em casa, ou recorria aos curandeiros. O papel assumido por eles, naquela época, não é conclusivo, uma vez que não é claro se as funções curativas e mágico-religiosas e as funções políticas estariam entregues a diferentes membros da comunidade ou estariam centralizados numa só pessoa (Op.cit).

Para a autora, no entanto, “os chefes tribais e os elementos das divisões territoriais controlam o território através da guerra e sobretudo dos rituais mágico-religiosos de defesa e de protecção do território; controlam os conflitos, as infracções, os males, a manutenção da ordem através dos seus processos, consultando os adivinhos, requerendo os serviços dos *tiNyanga* “possuídos” por poderosos espíritos estrangeiros.

Sobre este assunto, o único testemunho que Sequeira (2017) conseguiu recolher refere a existência de uma divisão entre o papel do curandeiro e do régulo (por vezes designado por chefe da terra), recorrendo este último ao chefe da que teria a função de zelar pelos interesses comuns da sua comunidade, inclusivamente providenciar chuva e boas colheitas.

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

pelos *tiNyanga* (Sequeira, 2017).

2.4. A Guerra Civil: tradição, bandidos, *Naparamas*, mortes

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

Em 1988, é criado o movimento armado *Naparama*, constituído por camponeses armados com armas tradicionais e temidos pelos seus poderes sobrenaturais e mágicos. Recorriam a vários amuletos de protecção e, antes de partirem para um conflito, efectuavam “vacinas” por todo o corpo e aplicavam remédios tradicionais (Seibert, 2003 citado por Siqueira, 2017). Para esta autora, os *Naparama* eram temidos pelas forças da Renamo, que lhes reconheciam um nível superior de poder e eram muito respeitados pelas forças da Frelimo, a quem os soldados pediam amuletos de protecção (Seibert, 2003).

O discurso tradicional, os rituais religiosos e espirituais faziam parte integrante do conflito entre os *Naparama* e as forças da Renamo, dando-lhe contornos de disputa de supremacia nos dois mundos (vivos e espíritos). Quer a Frelimo quer a Renamo recorreram ao recrutamento coercivo, tendo esta estratégia um papel central na manutenção do conflito (Seibert, 2003).

2.5. Doença: desequilíbrios biológicos nas relações interpessoais

Desde que existe a necessidade de receber cuidados de saúde, de “domesticar a incerteza” (Granjo, 2009) – a nível individual ou colectivo – os curandeiros têm, em Moçambique, um papel de reconhecida importância. De acordo com Sequeira (2017), a sociedade moçambicana considera a vida terrena como o somatório das relações não só entre os vivos mas também entre eles e os seus antepassados.

O curandeiro aparece, assim, como o intermediário entre os dois mundos, permitindo a comunicação entre os parentes vivos e os mortos, em que se fazem pedidos e ofertas aos antepassados – “(...) há sempre comida e bebida, oferecidas aos espíritos, umas vezes, para

agradecer termos sido bem-sucedidos em processos analógicos, outras para pedir sucesso, no início do ciclo ou aquando do seu reordenamento, em momentos críticos” (Feliciano, 1998).

Desta forma, fortalecem-se os laços de família entre os dois mundos e reforça-se a solidariedade entre os familiares vivos, na medida em que os rituais requerem a presença física e o contributo material de todos (Sequeira, 2017). Para Honwana (2008), a ancestralidade exerce um controlo de ordem social, dado que a morte não fractura a relação entre os indivíduos, continuando a existir entre os mortos e os vivos uma troca de obrigações. Através da relação com os antepassados, garante-se o equilíbrio das forças espirituais responsáveis pela prosperidade, protecção (especialmente da feitiçaria), saúde, procriação, produção, prestígio social, em suma, o bem-estar dos indivíduos na sociedade (Honwana, 2002).

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

2.6.(Des)equilíbrios no Universo Social: a “doença da tradição”

Para abordar o tema da “doença da tradição”, é fundamental a sua contextualização na cosmovisão moçambicana, na qual os rituais, os eventos quotidianos e o papel desempenhado pelos intervenientes se interligam com as enfermidades (Sequeira, 2017). À semelhança da “doença do hospital”, as “doenças da tradição” emergem da cosmovisão social de Chókwe e estão relacionadas com as mudanças estruturais ocorridas nos últimos 35 anos e com as estratégias e iniciativas que envolvem os vários provedores de saúde e, ainda, com as relações estabelecidas entre esta sociedade e o seu meio.

A título ilustrativo, a fecundidade, enquanto geração de descendência (sentido biológico) e produtividade que garanta a sua sobrevivência e manutenção dos vindouros, assume uma centralidade ímpar no quotidiano destas sociedades e ultrapassa o sentido biológico que lhe possamos, inicialmente, atribuir (Whyte, 1997). Um indivíduo não existe fora da sua linhagem, fora do seu grupo de origem e pertença, e é socialmente considerado incompleto, se não contribui para o esforço de manutenção da sua linhagem, através da descendência e da produtividade do seu trabalho, como garantia de subsistência dos seus membros.

Nos jovens, o “ser deixado”, o desinteresse do parceiro sexual e todos os outros eventos que possam fazer perigar o esforço de ter filhos são sinais de alarme que deixam os indivíduos em desespero por colocarem em risco a sua primordial função de reprodução social e, nesse sentido, podem ser, também, considerados vítimas de “doença da tradição” ou feitiçaria (Sequeira, 2017).

Quanto aos antepassados, os testemunhos recolhidos por Sequeira (2017) ajudam-nos a compreender os diferentes níveis de proximidade e funções que operam. No entender da autora, num primeiro plano, os espíritos dos familiares da linhagem são entidades presentes no dia-a-dia dos indivíduos, em honra dos quais devem ser cumpridos cerimoniais, realizadas oferendas através do sacrifício de animais, impostos tabus alimentares e proibições, normalmente associadas à abstinência sexual por um período determinado de tempo e extensível à generalidade dos membros.

Numa lógica de reciprocidade, os elementos dessa linhagem esperam que os seus antepassados os defendam contra ameaças vindas do exterior e lhes proporcionem saúde, longa vida, sucesso profissional, descendência, boas colheitas e desafogo financeiro (Sequeira, 2017). Os antepassados têm, assim, um papel de guardiões, de protectores da linhagem. Contudo, a não satisfação do “contrato social” mantido com os antepassados (do conhecimento dos próprios membros), a ruptura com os laços e obrigações familiares e de parentesco podem originar enfermidades, má sorte, infertilidade e insucesso generalizado aos membros vivos do grupo de origem e pertença.

2.7. O Entendimento sobre a Feitiçaria

A feitiçaria é um fenómeno dinâmico, plural quanto aos grupos sociais que atrai e resulta de um conflito entre as partes, caso haja uma mediação feita por um curandeiro ou haja consenso no grupo social (Sequeira, 2017). Para esta autora, questiona-se, assim, quais as suas funções e de que forma elas foram reconfiguradas, nas últimas décadas. Dada a ancestralidade da feitiçaria, não será possível analisar as suas funcionalidades, no passado.

Moore e Sanders (2001) defendem que a feitiçaria é um “ (...) conjunto de discursos sobre a moralidade, sociabilidade e humanidade, distanciando-se de crenças irracionais e apresentando-se como uma forma de consciência histórica, uma espécie de diagnóstico social” (2001: 20). Geschiere (1997) adopta uma posição mais crítica e refere que a feitiçaria é “um indicador, finamente calibrado, das forças culturais e económicas globais nas relações locais,

nas percepções sobre os mercados e o dinheiro e, ainda, na abstracção e alienação dos valores e significados “indígenas” (Geschiere, 1997: 223).

Não sendo esta investigação focalizada na feitiçaria, há que ter em conta que a análise dos discursos dos interlocutores conduz a um reconhecimento dos contributos de Jean Comarof, que consideram a feitiçaria contemporânea como uma manifestação moderna da incerteza, uma inquietação moral e uma recompensa e aspiração desiguais no momento actual (Comarof, 1985).

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

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

2.8. Os *TiNyanga* e seu Perfil

Os *tinyanga*, enquanto membros integrantes da população de Moçambique, foram o primeiro provedor de cuidados de saúde (Sequeira, 2017). Actualmente, a sociedade moçambicana recorre à diversas abordagens terapêuticas para fazer face às enfermidades e infortúnios, e os *tiNyanga* continuam a ter um papel central nas crenças e práticas curativas.

Ao contrário dos profissionais da medicina alopática, que adquirem os seus conhecimentos através de uma educação e formação de base científica, os *tiNyanga* possuem poderes e conhecimentos sobre cura de enfermidades, que são mediados pelos seus antepassados, com quem entram em contacto na esfera espiritual, sendo esse um elemento fundamental da sua prática terapêutica (Sequeira, 2017).

Dos quarenta e quatro curandeiros entrevistados, 29 eram mulheres, um resultado que, também, reflecte a população maioritariamente feminina que caracteriza o distrito de Chókwè – 43% de taxa de masculinidade (MAE, 2005), consequência de uma elevada emigração de homens para a África do Sul. Honwana refere que as mulheres, conhecidas por *nyamusoro*, são as principais praticantes da medicina tradicional (2002). Passador atribui-lhes um papel de destaque na integração e manutenção de uma ordem social desejável (2011).

Quanto às filiação religiosa, no momento em que a entrevista foi realizada, a maioria dos curandeiros declarou “não ir à igreja/não rezar”, ainda que alguns o possam ter feito antes de iniciarem a formação. Estes dados contrastam, em grande medida, com o perfil dos *tiNyanga* do estudo de Gessler et al., em que a grande maioria pertencia a uma congregação religiosa (Gessler et al., 1995).

Segundo Sequeira (2017), o catolicismo é apontado como a fé com maior número de adeptos por parte dos curandeiros com quem conversámos, devido ao fraco controlo social e à tolerância que existe nesta igreja, congregando, também, grande variedade de pessoas.

O processo de formação do praticante é baseado na transmissão oral, sendo essa capacitação da responsabilidade do *nyanga-pai* ou *nyanga-mãe*, que ensinam os seus aprendizes a interpretar o *tinholo* ou outro meio de adivinhação, a escolher e coletar as plantas e raízes, a realizar cerimónias, a preparar e administrar as terapêuticas tradicionais, entre tantas outras actividades (Sequeira, 2017).

Esta formação oral e baseada na experiência minimiza a importância de saber ler e escrever. Aliás, este processo de aprendizagem reforça os laços com a tradição e a ancestralidade e remete-nos para o período pré-colonial, em que a memória coletiva e social tinha como base a tradição oral, ao mesmo tempo que mantém o carácter de conhecimento exclusivo da medicina tradicional (Sequeira, 2017).

2.9.O Recrutamento dos *Tinyanga*: uma nova identidade.

De acordo com Sequeira (2017), o processo de se tornar *Nyanga* tem a sua primeira manifestação na altura da identificação de um mal-estar decorrente de uma disfunção biológica ou de um infortúnio pessoal. Estes episódios tornam-se crónicos e permanentes, mesmo após a consulta a vários provedores ou a realização de cerimónias tradicionais (Sequeira, 2017).

A enfermidade transforma-se em “doença do chamamento”, quando, num contacto com um *nyanga* (na gíria, “procurar tradicionalmente”), este informa o paciente de que os seus espíritos “querem trabalhar”. Essa vontade manifesta-se sob a forma de males físicos e infortúnios pessoais ou profissionais. Quando a vontade dos espíritos é comunicada ao enfermo, define-se o limiar entre uma vida, em que os indivíduos têm plena consciência do papel que ocupam na sociedade e quais as suas expectativas e uma outra vida, envolta em incertezas, preconceitos sociais e experiências pessoais (Sequeira, 2017).

O determinismo associado à “doença do chamamento”, para além do padecimento físico que a própria enfermidade comporta, acarreta sofrimento social que decorre de um destino que jamais se desejou e, por vezes, da integração num “grupo profissional” que nunca se aceitou. Este sofrimento social, inerente não só ao paciente mas também à sua família, expressa-se através da resistência em se aceitar ser *nyanga*, através do prolongamento da situação de enfermidade e, ainda, através da consulta a vários *tiNyanga* que possam informar o diagnóstico proferido e restabelecer a sua saúde (Sequeira, 2017).

Este padecimento social agudiza-se, quando, após prolongada e manifesta incapacidade física, o enfermo se depara com um dilema de vida ou de morte – ou aceita “deixar os seus espíritos trabalhar” e vê a sua enfermidade curada ou se recusa a “ser formado” e assume o risco quanto ao seu bem-estar futuro (Sequeira, 2017).

A “doença do chamamento”, ao determinar uma nova identidade para os homens e mulheres que aceitam seguir o apelo dos seus antepassados, cria ruturas referentes não só aos novos papéis sociais que são adotados dentro da própria linhagem e nas rotinas diárias como também na vida comunitária em que estão inseridos. Na pesquisa de Sequeira (2017), houve vários interlocutores que trabalhavam na África do Sul e se viram obrigados a regressar à sua terra natal para receberem formação como *tiNyanga* e outros tiveram de se separar dos seus filhos para passar a viver na casa do *nyanga*-pai/*nyanga*-mãe.

Ao contrário das conclusões de Semenya e Potgieter (2014), a transmissão de conhecimento

para os novos iniciados/aprendizes realizou-se, maioritariamente, através de um *nyanga* sem ligações familiares ao formando.

A procura de tratamento nos vários sistemas terapêuticos, quando antes já lhe fora comunicado por um *nyanga* que os seus “espíritos querem trabalhar”, demonstra a resistência em aceitar este novo papel social “imposto”. Por outro lado, para as mulheres que, anteriormente, frequentavam a igreja e criticavam as práticas dos *tinyanga*, a aceitação desta nova vocação é realizada com muitas resistências (Sequeira, 2017).

A relutância em aceitar uma nova identidade, desvalorizando os aspetos fisiológicos e sociais das enfermidades/infortúnios e o seu impacto no bem-estar diário, corresponde ao que Kleinman define como a minimização e negação da doença, enquanto estratégia de enfrentamento (1980). Para este autor, quanto às relações familiares e na medida em que a manifestação dos espíritos nos remete para a linhagem patrilinear da mulher e não para a linhagem do seu marido, muitas curandeiras referiram que, a partir do momento em que decidiram ser formadas ou quando regressaram ao lar depois da formação, os seus maridos foram entregá-las à casa dos pais.

Em relação a este modo de agir, as interlocutoras da pesquisa de Sequeira (2017) destacaram dois tipos de justificações: a sobrecarga e a sobreposição do trabalho de *nyanga* com as obrigações domésticas, o que não permitiria o cumprimento cabal do seu papel social e o desacordo em ter uma *nyanga* como esposa, mesmo sabendo que a sua decisão surgiu de um dilema de vida ou de morte.

2.10.1.O Percorso dos Curandeiros

No entender de Sequeira (2017), a “doença de chamamento” dos *tiNyanga* entrevistados remete-nos para uma enfermidade social, em contraste com as disfunções biológicas que foram encontradas nos discursos das *tinyanga*. Estes males sociais foram expressos por uma sucessão de ocorrências que os impedia de alcançarem o sucesso profissional e pessoal, principalmente no que se refere à constituição de família (Sequeira, 2017).

Nenhum testemunho semelhante foi recolhido em relação às curandeiras entrevistadas (Sequeira, 2017). Noutros casos, a aprendizagem desta nova identidade ocorreu por via hereditária, entre familiares (transmissão dos parentes mais velhos para um elemento masculino do agregado), por forma a se assegurarem os meios de subsistência dos membros da linhagem. Essa transferência não pressupunha nenhum episódio de enfermidade. Se da “doença do chamamento” emergem, em primeiro lugar, as ruturas que os indivíduos têm de operar nas suas vidas, principalmente as mulheres, não podemos desvalorizar o seu papel mobilizador e

congregador dos membros da linhagem, ao terem, entre os seus, um elemento mediador entre eles e os seus antepassados (Sequeira, 2017).

Ainda na pesquisa da autora Sequeira (2017), foi evidente que um *nyanga* no grupo de origem e pertença confere um sentido de continuidade, entre vivos e mortos, e reafirma a cosmovisão local. Daí que todos os interlocutores tenham afirmado que, sempre, foram bem recebidos pelos seus familiares (pais, irmãos e primos), que eles tomaram parte na sua decisão de serem formados (principalmente para os *tinyanga*), contribuíram monetariamente e estiveram presentes na cerimónia de regresso (Sequeira, 2017). No caso das *tiNyanga* que retornam à casa dos pais ou irmãos mais velhos, esta concordância é fundamental e estrutura as futuras relações sociais entre os membros da linhagem.

2.10.2.O Processo de Formação do *Tinyanga*

No entender de Sequeira (2017), a decisão de seguir a vontade dos antepassados e ser *Nyanga* deve ser analisada à luz das rupturas que emergem e da aceitação de uma nova identidade, que é moldada pela convivência diária com o/a *nyanga* que se escolheu para ser formador. Esta determinação pode ter por base uma confiança ou conhecimento prévio ou, ainda, as condições que são impostas à família do iniciado.

A autora entende os custos de formação de um curandeiro assemelham-se ao *lobolo*: oferece-se vinho, roupa, capulanas e lenço para a cabeça, matam-se cabritos, dão-se cabeças de gado e entrega-se dinheiro – entre os 3000 e os 8000 meticais (entre 75€ e 200€).

Segundo alguns *tinyanga*, há alguma flexibilidade no pagamento destes montantes, uma vez que, se os parentes do aprendiz não conseguirem reunir toda a quantia exigida, o recém-*nyanga*, após a formação, deverá entregar-lhe as suas receitas até pagar a dívida contraída. Ainda assim, vários testemunhos sublinharam a dificuldade que a linhagem tem em reunir as condições necessárias para que a formação do seu familiar ocorra sem constrangimentos de ordem financeira (Sequeira, 2017).

Na mudança para a residência do mentor, onde passará um período entre um e seis anos (dependendo da situação financeira dos seus familiares e do acordo realizado com o *nyanga*), o futuro aprendiz deverá levar consigo todos os seus bens pessoais, tais como as capulanas, roupas, esteiras, mantas e utensílios de cozinha. A relação que existe entre o formando e o seu guia é de extrema reverência e respeito, ao mesmo tempo que existe um sentimento familiar – frequentemente os *tiNyanga* referem-se aos seus aprendizes como filhos (Sequeira, 2017).

Estas relações interpessoais, também, são reguladas por alguns dos tabus que foram referidos

durante as entrevistas, particularmente o não “comerem do mesmo prato” e absterem-se de relações sexuais com os seus parceiros. Uma vez instalados na casa do *nyanga*, inicia-se o processo de aquisição de uma nova identidade (Sequeira, 2017).

Todo o saber que envolve a aquisição de conhecimento e a experiência terapêutica do curandeiro não pode ser desligado do seu corpo (Langwick, 2011), uma vez que foi nele que foi diagnosticada a “doença do chamamento” e que virá a ser através dele que será mediada a relação com os antepassados, por via do *tinhlolo* ou outro meio, que será determinada a causa e o tratamento da enfermidade tendo, assim, uma função fundamental no processo curativo.

De acordo com Sequeira (2017), ao contrário da experiência etnográfica de Langwick, que contactou alguns curandeiros, na Tanzânia, que tinham um registo escrito (“*faraki healers*”) quanto ao modo de diagnosticar e tratar todas as enfermidades (Langwick, 2011: 89), nenhum dos *tiNyanga* por nós inquiridos recorria a documentos escritos, sendo todo o seu conhecimento transmitido de forma oral e individual.

A mudança para a residência do *nyanga*, onde o aprendiz permanecerá pelo menos um ano, servirá para estabelecer uma nova fronteira identitária (Sequeira, 2017). Aí aprenderá qual o seu lugar na hierarquia doméstica, quais as suas funções, que comportamento deverá adoptar tanto para com o seu mentor como para com os restantes familiares e, ainda, para com os outros aprendizes e visitantes (Sequeira, 2017). Por outro lado, a sua indumentária irá diferenciá-lo dos restantes membros do agregado e da vizinhança (Sequeira, 2017).

O *tinhlolo* é considerado por alguns autores (Granjo, 2012 e Honwana, 2002), um modo de adivinhação. Segundo Granjo, ele tem a função de apresentar, por um lado: “(...) as razões passadas subjacentes aos problemas presentes e, por outro, as condições presentes para aquilo que o futuro seria, no caso de essas condições não serem – conforme os adivinhos bem sabem e afirmam – alteradas, a partir de então, pela complexa e permanente interacção entre factores materiais e a acção de inúmeros agentes sociais, vivos e mortos” (Granjo, 2012: 2).

O aprendiz de *nyanga* demonstra o domínio do *tinhlolo* e dos seus espíritos, quando sabe como realizar as cerimónias familiares, desfazer feitiços, “retirar os espíritos maus” e providenciar tratamentos para as mais variadas enfermidades e infortúnios. Dominando estes conhecimentos e rituais está, pois, preparado para a cerimónia de *kuthwasa*, que marca a conclusão da sua formação e que será realizada na casa do seu mentor e com toda a família presente. De acordo com alguns *tiNyanga* entrevistados por Siqueira (2017), em Chókwè, o cerimonial de *kuthwasa* é composto por dois grandes momentos.

- O primeiro consiste na procura de plantas e objectos escondidos, incluindo a vesícula de um cabrito (*nyongwa*) pelo formando sob transe e fazendo uso do *tchovo*. Segundo Honwana, “(...) este teste visa avaliar a capacidade dos espíritos de revelarem o desconhecido.” (2002: 108).
- O segundo momento é o vomitar do sangue de cabrito, que é ingerido após o animal ter sido golpeado com uma faca e enquanto está vivo. O regurgitamento é feito com a administração de um medicamento tradicional.

A realização deste último teste ao iniciado volta a pôr em evidência o carácter excepcional e singular dos *tiNyanga* que, publicamente, colocam em risco a sua vida, comprovando, assim, a fase de transição do ritual de passagem (Van Genep, 1909 citado por Honwana, 2002: 107).

De acordo com Sequeira (2017), terminada com sucesso a cerimónia de *kuthwasa*, o formando exhibe o *nyongwa* na sua testa e adquire o estatuto de *nyanga*. Depois da cerimónia de *kuthwasa*, o recém-*nyanga* pode regressar para junto dos seus familiares, tendo, para isso, de realizar a cerimónia *kuheleketa*, que, no entanto, pode ser, sucessivamente, adiada pelos seus parentes, por não terem sido reunidas todas as condições financeiras e materiais para a sua realização.

2.11.O Processo de Escolha do Nyanga pelos Espíritos

De acordo com Noronha (2005), a capacidade para desempenhar estas tarefas advir-lhe-á de ser possuído por espíritos (*chikuembo*) – ou seja, por entidades espirituais que, ao contrário dos antepassados e defuntos comuns, adquiriram poderes especiais em virtude do estatuto, acções ou excepcional força espiritual que tiveram em vida, ou devido a circunstâncias negativas na sua morte.

Para Noronha (2005), com efeito, não é suposto alguém escolher ser *nyanga*, mas antes ser escolhido(a) para essa tarefa por espíritos que mantêm algum tipo de ligação familiar com a pessoa e querem trabalhar através dela (ou, mais precisamente, com ela e nela), após um acto de possessão.

“Em casos excepcionais, que apenas detectei em famílias onde um dos pais herdou uma grande quantidade de espíritos, a escolha pode ser anunciada (por sonhos, adivinhação ou transe) mesmo antes do nascimento da criança, juntamente com o género e o nome a atribuir ao bebé” (Noronha, 2005).

Habitual, contudo, é que a exigência de trabalho por parte dos espíritos assume a forma de uma “doença de chamamento” que, a par de sintomas físicos individualizados e/ou de acidentes frequentes e insólitos, incluirá uma fraqueza geral e fortes dores (em particular nas

articulações), para as quais a biomedicina não encontrará aparente explicação (Noronha, 2005). Normalmente, o enfermo irá recorrendo a todos os prestadores de cuidados de saúde a que puder ter acesso, até que um *nyanga* lhe diagnostique uma possessão por espíritos, revelando a identidade destes e os acontecimentos que, no passado e na genealogia, legitimam o seu chamamento (Noronha, 2005).

Segundo Noronha (2005), para ter acesso a todas as capacidades de que um *nyanga* pode dispor implica que se seja possuído por, pelo menos, três tipos diferentes de espíritos: por membros falecidos da família (*tinguluve*, cuja principal especialidade é a cura de doenças, embora também façam adivinhação), por espíritos *Vanguni* (os invasores de origem zulu que estabeleceram o império de Gaza no século XIX, cujas especializações são inversas das anteriores) e por espíritos *VanDau* (os mais longos resistentes à expansão *Nguni*, então integrando já nas suas tropas os anteriores habitantes do sul de Moçambique, que têm como principal especialidade o *kufemba*, processo de detecção e eventual expulsão de espíritos que adiante referirei).

Granjo (2010) afirma que os espíritos que se manifestam por meio desta doença e que criam o momento de dificuldades na vida do indivíduo obrigam-no a seguir a profissão por meio de uma declaração dos mesmos e uma ameaça de morte caso recusem-se a atendê-los. As doenças são um dos sinais da escolha ou eleição por parte dos espíritos e “os espíritos possessores da demonologia africana (no nosso caso: demonologia *Nguni* e *Ndau*), automaticamente, se convertem em espíritos tutelares e aliados” (Polanah, 1987).

Esta doença, segundo Honwana (2002, p. 88) citado por Augé (1977), representa a morte da identidade do indivíduo para possibilitar o renascimento numa nova dimensão, com uma nova personalidade e identidade. A possessão pelos espíritos é um processo violento, que implica o deslocamento temporário da alma (ou essência) do indivíduo possuído e a consequente substituição pela alma de outrem (Honwana, 2002). A doença de eleição também marca o ponto de partida do processo de demarcação entre a comunidade e o indivíduo possuído

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

Este capítulo detalha a metodologia adoptada na pesquisa. A metodologia refere-se ao conjunto de métodos e processos utilizados para colectar, analisar e interpretar dados (Lakatos & Marconi, 2018). Nesta secção, abordaremos os seguintes pontos: tipo de pesquisa (secção 3.1), descrição do local do estudo (secção 3.2), população e amostra (secção 3.3), e métodos de colecta de dados (secção 3.4).

3.1. Descrição do Local do Estudo

A presente pesquisa foi realizada no bairro Mafalala, localizado a dois quilómetros a norte do centro de Maputo em planalto onde foi implantada a cidade alta a partir do primeiro quartel do século XX. O *Bairro Mafalala* faz limites a Sul com a avenida Marien N’Gouabi, a Oeste com avenida de Angola, a Este com avenida Acordos de Lusaka e a Norte pela avenida Joaquim Chissano (Laranjeira et al., 2016 citado por Messa, 2020).

Segundo Messa (2020) citando Laranjeira et al. (2016), o bairro Mafalala possui dez entradas principais, sendo três a Sul, quatro a Oeste e três a Este. As vias mais importantes e antigas são as ruas da Guiné e de Goa que ligam no sentido Sul-Norte, as avenidas Marien N’Gouabie Angola. A norte desta última, as ruas de Angola e de Lixeira que ligam no sentido Oeste-Este com avenida Acordos de Lusaka, onde também interceptam as ruas de Timor, Eusébio da Silva Ferreira e Ivete Amos, que por sua vez estas vias multiplicam-se internamente através de uma sinuosa e complexa rede de acessos que penetra por entre o casario.

Segundo Iverca (2016), como referenciado por Messa (2020), o bairro Mafalala é uma das áreas residenciais mais pobres da cidade de Maputo com uma população composta por várias faixas etárias (crianças, adultos e idosos) e, em termo histórico o bairro possui uma herança cultural muito rica. As casas de madeira e zinco possuem a história de surgimento das áreas suburbanas da cidade capital, lugares onde viveram algumas figuras históricas e públicas do nosso país. Por exemplo, a casa que viveu Samora Machel, primeiro presidente de Moçambique independente, Joaquim Alberto Chissano, Pascoal Mocumbi, base secreta da Frente de Libertação de Moçambique (Frelimo), campinho onde jogou Eusébio Ferreira, tem-se notado a sua degradação.

3.2. Caracterização da Pesquisa

3.1.1. Quanto à Natureza da Pesquisa

Esta pesquisa é de natureza aplicada, pois suas conclusões e recomendações visam ser implementadas no contexto educacional, especificamente no contexto comunitário. O objectivo é contribuir para a solução de problemas específicos.

Conforme Gerhardt e Silveira (2009), pesquisas aplicadas buscam gerar conhecimento com foco na aplicação prática para resolver desafios locais e atender aos interesses da comunidade. Neuman (2012) ressalta que a pesquisa aplicada se dedica à resolução de problemas reais e à utilização prática dos conhecimentos obtidos, destacando a relevância de produzir resultados úteis para a sociedade e para a formulação de políticas e decisões.

3.1.2. Quanto aos Objectivos da Pesquisa

Este estudo é exploratório, com o objectivo de investigar um tema, problema ou fenómeno de maneira abrangente e profunda, buscando obter uma compreensão inicial e familiarização com o assunto. A pesquisa exploratória é geralmente realizada quando há pouco conhecimento disponível sobre o tema ou quando se busca entender melhor sua complexidade.

Thomas (2017) descreve a pesquisa exploratória como uma estratégia que auxilia os pesquisadores a explorar um campo de estudo, identificar conceitos-chave e estabelecer uma base sólida para pesquisas futuras. Este tipo de pesquisa frequentemente envolve revisão de literatura, entrevistas exploratórias e observações iniciais, ajudando a definir objectivos de pesquisa mais precisos e a desenvolver hipóteses.

Além disso, o estudo é descritivo. De acordo com Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa descritiva visa descrever as características de um fenómeno ou a relação entre variáveis, sem necessariamente explicar suas causas, mas retratando com fidelidade a realidade observada. Neuman (2012) aponta que a pesquisa descritiva busca detalhar de maneira precisa as propriedades dos fenómenos ou estabelecer relações entre variáveis, sendo frequentemente utilizada na fase inicial de uma investigação científica para formular hipóteses e delinear estudos mais aprofundados.

3.1.3. Quanto à Abordagem da Pesquisa

A abordagem desta pesquisa é qualitativa. Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa foca em aspectos da realidade que não podem ser quantificados, trabalhando com significados,

motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes. Em contraste com a pesquisa quantitativa, que se baseia em dados numéricos e estatísticas, a qualitativa se concentra na descrição, comparação e interpretação dos dados. De acordo com Diehl e Tatim (2006), a pesquisa qualitativa busca compreender e interpretar fenómenos sociais, comportamentais ou humanos de maneira profunda, explorando as perspectivas, experiências e significados atribuídos pelos participantes, ao invés de simplesmente medir variáveis objectivas.

3.1.4. Quanto aos Métodos da Pesquisa

Nesta pesquisa, adoptou-se o método de estudo de caso. Segundo Lakatos e Marconi (2017), trata-se de uma abordagem qualitativa que envolve uma análise detalhada e profunda de um único indivíduo, grupo, evento, organização ou fenómenos. Esse método é projectado para proporcionar uma compreensão abrangente e contextualizada do objecto de estudo, permitindo aos pesquisadores explorar minuciosamente as complexidades e particularidades do caso específico. Diehl e Tatim (2006) reforçam que o estudo de caso se concentra em uma investigação exaustiva de um ou poucos objectos de pesquisa, permitindo um conhecimento profundo e detalhado, que seria difícil de alcançar com outros delineamentos de pesquisa.

3.2. População e Amostra

3.2.1. População

Lakatos e Marconi (2017) definem população ou universo como o conjunto de seres animados ou inanimados que compartilham pelo menos uma característica em comum. Para esta pesquisa, a população incluiu todos médicos/as tradicionais residentes médicos/as tradicionais residentes no bairro Mafalala.

3.2.2. Amostra

A amostra é uma porção ou parcela seleccionada do universo, representando um subconjunto da população total (Lakatos e Marconi, 2018). Para esta pesquisa, a amostra foi composta por 12 médicos tradicionais. A amostragem foi realizada por acessibilidade, permitindo a colecta eficiente dos dados.

3.3. Procedimentos de Colecta de Dados

Creswell (2014) define procedimentos de colecta de dados como as técnicas e métodos utilizados para reunir informações relevantes para a pesquisa. A escolha desses procedimentos deve ser cuidadosamente planeada, considerando a natureza dos dados desejados e os objectivos da pesquisa. Marconi e Lakatos (2003) explicam que os procedimentos de colecta de dados são

acções ou operações realizadas para obter as informações necessárias à pesquisa. Fortin (2009) complementa que os métodos de colecta de dados incluem todos os instrumentos usados pelos pesquisadores no campo para responder aos objectivos da investigação. Para esta pesquisa, utilizou-se uma entrevista semiestruturada.

Segundo Manzini (2004), a entrevista semiestruturada é definida como um método focado em um assunto específico, com um roteiro de perguntas principais complementadas por outras questões contextuais. Nobre (2021) destaca que esse tipo de entrevista permite a emergências de informações de maneira mais livre, sem condicionamento a respostas padronizadas.

Este instrumento foi usado para (i) Caracterizar a doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos/as tradicionais no bairro Mafalala, (ii) Descrever o processo de chamamento dos *tiyangas* do bairro Mafalala; (iii) Identificar os principais desafios enfrentados pelos *tiyangas* no processo de chamamento para exercer a profissão de médico Tradicional no bairro Mafalala e (iv) Identificar o impacto psicossocial da doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos/as tradicionais no bairro Mafalala.

3.4. Técnicas de Análise dos Dados

Nesta pesquisa recorreu-se à técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin para tratar parte dos dados quantitativos.

A análise de conteúdo é uma técnica frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas nas áreas de administração, psicologia, ciência política, educação, publicidade e, notadamente, sociologia (Mozzato & Grzybovski, 2011). Bardin (2006) define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos para descrever o conteúdo das mensagens. Sua base é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção das mensagens, utilizando indicadores que podem ser quantitativos ou não. Mozzato e Grzybovski (2011) destacam que a análise de conteúdo visa ultrapassar incertezas e enriquecer a compreensão dos dados colectados.

Neste estudo, irá se adoptar as três fases da análise de conteúdo descritas por Bardin:

- Pré-Análise: A pesquisadora irá definir as unidades de análise, determinando quais elementos específicos seriam examinados no material textual. Essas unidades variaram

de palavras e frases a parágrafos e temas mais amplos. Durante essa fase, também serão elaborados indicadores e categorias essenciais para a classificação e organização do conteúdo, fundamentais para a compreensão dos temas emergentes.

- **Exploração do Material:** A pesquisadora irá codificar o material conforme os indicadores e categorias definidos anteriormente. Esse processo envolverá a marcação do material com símbolos ou palavras-chave representativas das categorias identificadas. Os segmentos de texto codificados foram então categorizados e classificados nas categorias correspondentes, permitindo a identificação de padrões e temas significativos.
- **Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação:** Nesta fase, a pesquisadora poderá realizar análises estatísticas, se aplicável à abordagem da pesquisa, tabulando os dados codificados para análise quantitativa. No entanto, o foco principal permaneceu na inferência e interpretação dos resultados, atribuindo significado aos padrões emergentes e relacionando-os ao contexto da pesquisa e às questões de interesse. Por fim, a pesquisadora irá observar e verificou os resultados para garantir a validade e confiabilidade da análise.

3.5. Aspectos Éticos da Pesquisa

De acordo com Pithan e Oliveira (2013), “a publicação científica feita de forma eticamente correta está directamente relacionada com a credibilidade da ciência e com a reputação do autor da pesquisa, que busca reconhecimento comunitário pelos seus estudos e descobertas.

Considerando as Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisa com Seres Humanos, publicadas pelo Conselho Internacional de Ciências Médicas (CIOMS, 2016), esta pesquisa seguiu procedimentos éticos específicos, incluindo:

- **Consentimento Informado Individual:** a pesquisadora obteve o consentimento informado dos participantes da pesquisa;
- **Informações Essenciais para os Possíveis Sujeitos da Pesquisa:** Antes de solicitar o consentimento individual, a pesquisadora explicou a finalidade da pesquisa, os métodos de pesquisa, a duração esperada da participação, e os benefícios que poderiam ser racionalmente esperados.

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procedemos à apresentação, análise e interpretação dos resultados, utilizando uma abordagem qualitativa que se alinha directamente com os objectivos específicos do estudo e as questões de pesquisa. Inicialmente, são caracterizados os perfis dos inquiridos, para então avançar-se na apresentação, análise e interpretação dos resultados relacionados às questões centrais da pesquisa

4.1. Caracterização do Perfil dos Entrevistados

Os dados demográficos dos seis entrevistados revelam uma variedade de perfis em termos de idade, gênero, tempo de actuação como médicos/as tradicionais e nível de educação formal. No que diz respeito à idade, a faixa etária varia entre 20 e 80 anos, com dois entrevistados na faixa dos 20 anos, um na faixa dos 30, um na faixa dos 50, um na faixa dos 60 e outro com 80 anos. Em relação ao gênero, três dos entrevistados são homens e três são mulheres. O tempo de atuação como médicos/as tradicionais também varia significativamente, indo de 1 até 26 anos de experiência, com dois entrevistados possuindo mais de 20 anos de prática. No que se refere à educação formal, um dos entrevistados frequentou apenas a creche, enquanto outros 5 completaram o ensino secundário ou médio.

4.1. Características da Doença do Chamamento nas Pessoas Escolhidas para Serem Médicos/as Tradicionais no Bairro Mafalala

Nesta subsecção, focou-se na descrição das características da Doença do Chamamento, um *fenómeno* vital para aqueles escolhidos para se tornarem médicos/as tradicionais no *Bairro Mafalala*. O objectivo é fornecer uma compreensão aprofundada de como essa doença se manifesta e os efeitos que ela tem sobre os indivíduos que passam por esse processo. Para alcançar uma análise completa, formulamos duas perguntas centrais em nosso guia de entrevista: (i) Como descreveria a Doença do Chamamento? Esta questão visa capturar as experiências e percepções dos entrevistados sobre a natureza e a manifestação dessa condição.

E1 “Não sei explicar, a vida obrigou-me”.

E2 “Salvação, pois eu passei por várias igrejas e hospitais e não tive cura do meu sofrimento e tudo passou quando aceitei”

E4 “Maldição que virou bênção”

E5 “Um trabalho normal, como qualquer um e requer esforço, pois trabalho com pessoas e no fim tenho salário”.

E6 “Sofrimento”.

Através dos relatos acima descritos emergem cinco principais categorias descritivas sobre a Doença do Chamamento no bairro Mafalala, nomeadamente: “salvação e cura” (E2), “obrigação imposta pela vida” (E1), “maldição que se torna bênção” (E4), “trabalho com esforço e recompensa” (E5), e “sofrimento” (E6).

Essas categorias, analisadas de forma inferencial, indicam que, para os entrevistados, a Doença do Chamamento é vista como uma experiência complexa que transita entre o sofrimento e a superação. O processo é frequentemente interpretado como uma necessidade imposta por forças externas, mas que leva ao desenvolvimento pessoal e à aceitação de um novo papel na sociedade. De modo geral, os relatos sugerem que a Doença do Chamamento não é apenas um processo individual de cura, mas também uma transformação social e profissional, onde a aceitação e adaptação ao chamado resultam em benefícios espirituais e materiais, reconfigurando a visão de vida e o papel desses indivíduos na comunidade.

Essas categorias reflectem uma interpretação comum de que o processo de chamamento é uma jornada entre o sofrimento e a superação, onde a aceitação do chamado conduz ao desenvolvimento pessoal e à transformação social. Essa dualidade, conforme abordado por Granjo (2010), é compreendida como uma “vocação imposta”, onde a resposta ao chamamento não é uma escolha pessoal, mas uma obrigação determinada por forças espirituais e sociais.

Por outro lado, a ideia de que o chamamento envolve sofrimento inicial seguido de recompensa e transformação está alinhada com o que Honwara (2002) descreve como um processo em que o indivíduo precisa primeiro enfrentar uma série de adversidades espirituais para, posteriormente, alcançar uma posição de prestígio e função social dentro da comunidade.

Na segunda pergunta, pediu-se que os entrevistados falassem dos sintomas mais comuns: Fale dos sintomas mais comuns que teve ou outras pessoas escolhidas para serem médicos/as tradicionais apresentam durante o processo de chamamento? Onde obtivemos os seguintes relatos:

E1, “Fraqueza, muita dor de cabeça, não dormia, e dentes faziam barulho”.

E2, “Eu era uma criança com problema de visão na escola não enxergava nada, não tinha atenção na aula, tinha muita dor de cabeça e tinha visões até ouvia vozes.”

E3, “Ouvia barulhos nos ouvidos, meu coração batia muito, não dormia, e gostava de ir à praia ouvia muito o som das ondas”.

E4, “Muita dor de cabeça, cegueira de vez enquanto, cortava cabelo assim do nada, ficava carrega cabelo fazia me mal fica doente e comia carne pouco crua as vezes.”

E5, “Doenças incuráveis na medicina convencional, pés inchados, tonturas e eu não via bem de dia só de noite, febres sem explicação (...).

E6 “Aos meus 10 comecei a gostar de comer folhas verduras cruas e cheirava, ouvia barulhos de gatos a miar e ninguém mais ouvia, ouvia barulhos de vozes de pessoas e eu acordava e caminhava de madrugada e tinha visões”.

Com base nos relatos acima apresentados, entende-se que os principais sintomas durante o processo de chamamento descritos pelos entrevistados: “dores de cabeça intensas” (E1, E2, E4), “problemas de visão” (E2, E4, E5), “alucinações auditivas” (E2, E3, E6), “comportamentos incomuns” como comer folhas cruas e caminhar de madrugada (E4, E6), e “doenças inexplicáveis” como febres sem causa aparente e fraqueza extrema (E1, E5).

Esses sintomas sugerem que o chamamento envolve uma combinação de sofrimentos físicos, psicológicos e espirituais, muitas vezes incompreendidos pela medicina convencional. De modo geral, os entrevistados associam esses sintomas à necessidade de aceitar e servir aos espíritos, o que se manifesta através de experiências sensoriais e corporais perturbadoras, interpretadas como sinais de um destino predeterminado.

Os sintomas conforme discutido por Puttini (1989), muitas vezes são incompreendidos pela medicina convencional, sendo interpretados como manifestações de um conflito interno e espiritual que precisa ser resolvido através da aceitação do novo papel de curandeiro. A partir da perspectiva de Polanah (1987), ao analisar qualitativamente esses sintomas e as interpretações dos entrevistados, podemos observar como a Doença do Chamamento é codificada culturalmente como um processo necessário para a transição de um indivíduo comum para uma figura de autoridade espiritual.

4.2. O Processo de Chamamento dos *Tinyangas* do *Bairro Mafalala*

Nesta secção, abordamos o processo de chamamento dos *tinyangas* no *Bairro Mafalala*, explorando as etapas e rituais envolvidos na formação desses médicos tradicionais. A análise é baseada nas entrevistas realizadas, que nos permitiram compreender os procedimentos específicos e os desafios enfrentados durante o chamamento. Para isso, formulamos duas

perguntas principais que guiaram nossa investigação. A primeira pergunta buscou identificar quais rituais e práticas são essenciais para o chamamento, enquanto a segunda se concentrou em entender as mudanças pessoais e profissionais experimentadas pelos *tinyangas* após o processo.

Na primeira pergunta, pedimos para explicar como ocorreu o processo de chamamento para se tornar um médico tradicional? Onde obtivemos os seguintes relatos:

E1: *“Nasci na província da Beira (...) Quando fiz os meus 15 anos, minha mãe disse que eles me entregaram aos espíritos para terem riquezas e eu tinha de ir servi-los (...) fugi para Maputo onde recomecei a minha vida (...) minha casa pegou fogo, minha esposa me abandonou e levou as crianças (...) comecei a beber, fumar e perdi meu emprego (...) voltei para casa com 50 anos (...) meu tio disse que eu devia servir os espíritos (...) finalmente fui fazer o curso durante 4 anos e foi um terror.”*

E2: *“Segundo a minha mãe, começou quando eu tinha 3 anos (...) herdei um chamado do meu avô paterno (...) fiquei muito doente, quase morri (...) mais tarde, fui a um chea e provoquei a ira dos espíritos (...) fiquei muito tempo a dormir sem acordar (...) tive que ir ao curso com 19 anos (...) fiquei um ano e 3 meses em um lugar a aprender e depois fui para outro sítio onde fiquei mais um ano e 6 meses.”*

E3: *“Um desses dias, quando eu tinha uns 17 anos (...) fui à praia e ouvi uma voz que me chamava (...) acordei numa cama de hospital sem sinal de afogamento (...) minha avó me levou à igreja, mas só piorou (...) encontrei uma concha no meu sapato e minha mãe contou a história da minha tia que curava pessoas no mar (...) decidiram me levar ao médico tradicional nos maziones onde fiz o curso (...) os rituais eram na água com muitas danças e evocações de espíritos.”*

E4: *“Minha mãe dizia que quando eu tinha 7 anos (...) gostava de matar passarinhos e levava para casa (...) um belo dia dormi muito e acordei sem visão (...) fui levado à igreja e desde então sempre rezei (...) depois de mudarmos para Maputo, passei mal (...) meu tio disse que sonhou com meu avô dizendo que eu serviria os espíritos (...) fui ao mato aos 18 anos e fiquei lá até os 20.”*

E5: *“É uma doença de geração da família (...) minha irmã passou mal e morreu (...) eu não via outra solução senão fazer o curso (...) estava muito doente, só ficava na cama (...) fui fazer o curso por um ano e 6 meses e foi doloroso.”*

E6: *“Quando eu ia brincar com as crianças do bairro (...) sentia um cheiro muito forte de raízes e às vezes provava (...) via pessoas que ninguém mais via (...) minha mãe me levou*

a casa de um senhor para ver o que se passava (...) disseram que era o espírito do meu avô paterno me chamando (...) fui levado ao mato para fazer o curso quando eu já tinha 17 anos e fiquei lá 1 ano e 8 meses.”

No que diz respeito ao processo de chamamento, os relatos indicam uma trajetória marcada por conflitos pessoais e sociais, bem como resistências antes da aceitação. O chamamento é descrito como um *fenómeno* intergeracional (E2, E5, E6), frequentemente herdado de antepassados que também foram curandeiros, ou como uma imposição dos espíritos (E1, E4). A experiência inicial é frequentemente de negação e fuga (E1, E3), seguida por uma série de crises espirituais e físicas que culminam na aceitação do chamado e no início de um período de formação rigorosa.

A formação ocorre em ambientes isolados, como matas ou locais sagrados, e envolve rituais específicos, como evocações espirituais, danças, e aprendizagem das práticas tradicionais (E3, E4, E6). A duração do curso varia de 1 a 4 anos, sendo sempre descrito como um processo doloroso e desafiador (E1, E5), mas essencial para a transformação do indivíduo em um curandeiro capacitado e aceito pela comunidade.

Em geral, os relatos indicam que o chamamento é um processo de transição difícil, que requer a superação de sofrimentos e desafios pessoais, resultando na aceitação de um novo papel social e espiritual. Os entrevistados apontam que o cumprimento do chamado não só alivia os sintomas iniciais, mas também estabelece uma conexão com os antepassados e com os espíritos, permitindo que os curandeiros exerçam sua função de salvar vidas e restaurar a harmonia na comunidade.

Conforme os relatos, o chamamento se manifesta como um *fenómeno* intergeracional, herdado de antepassados ou imposto pelos espíritos, o que corrobora a visão de Feliciano (1998) sobre a transmissão cultural dos saberes tradicionais entre os *Thonga* do sul de Moçambique. Nesse contexto, o chamamento não é apenas uma escolha pessoal, mas um processo de aceitação de um destino previamente definido pela ancestralidade e pela espiritualidade.

Os conflitos e resistências iniciais descritos pelos entrevistados, seguidos por uma aceitação gradativa após crises espirituais e físicas, são discutidos por Honwana (2002), que explora como a possessão de espíritos em contextos pós-guerra no sul de Moçambique actua como mecanismo de reintegração social e transformação identitária. A necessidade de se submeter a treinamentos rigorosos e rituais específicos em locais isolados, como matas ou espaços sagrados, reflecte a importância dos ambientes de formação espiritual para a preparação dos curandeiros, um aspecto destacado por Polanah (1987) em sua análise das funções mágico- religiosas em Moçambique.

Existe algum ritual ou procedimento específico que precisou ou que as pessoas precisam seguir durante o chamamento? Se sim, poderia descrevê-lo?

E1: “Sim, chegado lá tive que fazer alguns banhos de limpeza, e logo fomos ensinados a ler os búzios e fazer consultas. De seguida, aprendi a conhecer e colher as plantas no mato. Fiz o kufemba, que é a conexão com os ancestrais e os espíritos. Mesmo assim, ainda não estava preparado para sair e fiquei mais um tempo, até que finalmente me esforcei mais e fui graduado no twasso.”

E2: “Aprendi a fazer consultas com o tiholo, a conhecer e usar as plantas, e também tomava muitos banhos lá. Fiz o kufemba ou namissoro, que é a conexão com os espíritos, e por fim a graduação no twasso.”

E3: “Fui ensinado a fazer consultas sobre a vida das pessoas, a saber interpretar os sons da água do mar e a orar no mar. Também fui ensinado a evocar os espíritos da água e, por fim, a graduação.”

E4: “Quando cheguei, fiz banhos com sangue de aves e, daí, melhorei e fiquei bem. Me levaram ao mato, onde aprendi a distinguir vozes de animais e raízes. Fui ensinado a ver a vida das pessoas através do tiholo, depois fiz o kufemba e, por último, a graduação, que foi rápida porque sou rápido em aprender e queria-me dar bem na vida. Daí voltei a Maputo.”

E5: “Sim, fiz rituais, fui dado banhos de ervas, remédios tradicionais para tomar, feitos na panela de barro. Mais tarde, me ensinaram a misturar ervas para salvar as pessoas. Fui ensinado a fazer consultas com búzios, o kufemba, e tocávamos batuques para ter certeza do chamado, para garantir que os espíritos aparecessem, pois pode acontecer de não ser o chamado.”

E6: “Chegado lá, fui dado muitos banhos com ervas, e às vezes debaixo de chuva. Fui ensinado a reconhecer mais variedades e utilidades de plantas. Fui ensinado a fazer consultas com búzios, o kufemba, e como eu queria sair dali e ficar curado das dores, fui um bom aluno e logo fiz a graduação.”

Baseando-se nos relatos dos entrevistados, os principais temas que emergem sobre os rituais e procedimentos específicos durante o chamamento para se tornar um médico tradicional incluem “banhos de purificação” (E1, E2, E5, E6), “consultas com búzios” (E1, E2, E5, E6), “uso e conhecimento de plantas medicinais” (E1, E2, E4, E5, E6), e “rituais de conexão com os espíritos” (E1, E2, E3, E4, E5).

A prática do *kufemba* ou *namissoro*, que é a conexão com os espíritos, e a graduação final são mencionadas como componentes essenciais do processo (E1, E2, E3, E4, E5, E6). Esse treinamento é visto como uma jornada de autotransformação, onde o sofrimento e os desafios são necessários para que o indivíduo se torne um curandeiro reconhecido e aceito pela comunidade. Puttini (1989) também enfatiza a relação entre a medicina tradicional e outras práticas de cura, mostrando como essas formações combinam elementos espirituais, rituais e conhecimento empírico.

Em geral, os dados indicam que o caminho para a formação como médico tradicional envolve um conjunto de rituais e treinamentos destinados a purificar e preparar os indivíduos, ensiná-los a interpretar sinais espirituais e a usar conhecimentos tradicionais para a cura.

Esses rituais não só servem para purificar o corpo e a alma, mas também para estabelecer uma conexão directa com os espíritos e antepassados, o que é essencial para o desempenho do papel de curandeiro. Cabral (1958), ao discutir a medicina teológica e as benzeduras, aponta que esses rituais são formas de canalizar o poder espiritual para fins de cura e protecção, um conceito que se aplica claramente à formação dos *tiyangas*. Araújo (1997) argumenta que a configuração dos assentamentos humanos e a organização social desempenham um papel crucial na preservação dessas tradições, ao garantir que os conhecimentos ancestrais sejam perpetuados por meio de práticas comunitárias estruturadas.

4.3. Os Principais Desafios Enfrentados pelos *Tiyangas* no Processo de Chamamento para Exercer a Profissão de Médico Tradicional no Bairro Mafalala

Nesta parte do trabalho, exploramos os desafios enfrentados pelos *tiyangas* durante o processo de recrutamento e formação para exercer a profissão de médico tradicional no bairro Mafalala, no período de 2018 a 2022. Buscamos entender as dificuldades e obstáculos que esses indivíduos encontraram ao longo de sua trajetória, desde o início do processo de chamamento até a sua formação e reconhecimento como médicos tradicionais. Para isso, analisamos relatos de experiências que destacam os principais desafios, apresentado duas perguntas abaixo.

Quais foram os maiores desafios que enfrentou durante o seu processo de chamamento?

E1: “Foi muito difícil pois eu estava depressivo, não queria, achei um terror, odiava tudo aquilo, principalmente os remédios que tomava. Meu pensamento estava na minha família na África do Sul.”

E2: “Senti-me isolada, pois não podia falar com minha família directamente, tinha que ser por via dos espíritos. Havia regras, insultos dos mestres (mbwa), senti medo de ir ao mato, até andávamos descalços. Senti muita fome, acordava cega e dormia tarde, o que hoje me deixou sequelas, como gastrite.”

E3: “Tive medo de morrer afogado e dos espíritos escolherem um dos meus irmãos, pois eu vivia com minha mãe e irmãos enquanto meu pai trabalhava na África do Sul. Não tinha dinheiro suficiente para custear o curso.”

E4: “Medo, pois minha vida estava totalmente virada. Era algo que me fazia bem e mal ao mesmo tempo, porque eu queria ser piloto e não tínhamos condições financeiras para pagar o curso. Mas graças a Deus fui um bom aprendiz, a ponto de até trabalhar para eles.”

E5: “Não ser aceito pelos médicos convencionais, o preconceito na comunidade e na igreja, julgamento e a culpa por todo o mal que aconteceu na família.”

E6: “Medo, andar descalço, chuva ou calor no mato, fome, pois comíamos tarde. Eu chorava pelos cantos, mas os mestres gostavam de mim porque eu aprendia rápido. Uma vez tentei fugir, mas sempre voltava para o local. Enfim, são coisas que não vais perceber.”

Na análise dos desafios enfrentados pelos *tiNyangas* no processo de chamamento para exercer a profissão de médico tradicional no bairro Mafalala, emergem categorias recorrentes que reflectem a complexidade e o sofrimento envolvidos nesse percurso. A partir dos relatos, identifica-se que os maiores desafios enfrentados pelos entrevistados incluem questões emocionais, como o medo (E3, E4, E6) e a depressão (E1), além de dificuldades físicas e sociais, como o isolamento e as restrições impostas durante o curso (E2). Muitos relataram o impacto psicológico causado pela falta de apoio familiar (E1, E3), o preconceito da comunidade (E5), e os desafios financeiros (E3, E4). Esses aspectos podem ser interpretados à luz de autores como Honwana (2002), que explora a complexidade das experiências de possessão espiritual em Moçambique, destacando o papel dessas crises na reintegração social e no amadurecimento

espiritual.

A falta de recursos, combinada com a rigidez das práticas tradicionais, como andar descalço no mato, suportar fome e enfrentar duras condições climáticas, também são obstáculos destacados (E2, E6). A formação rigorosa e o confronto com os próprios medos, além de regras severas como a obediência aos mestres, foram frequentemente mencionados como momentos difíceis, mas essenciais para a adaptação e o desenvolvimento das habilidades necessárias para o exercício da função.

O impacto psicológico, marcado pela falta de apoio familiar e o preconceito da comunidade, aponta para a tensão entre a tradição e as expectativas sociais modernas. Polanah (1987) argumenta que os curandeiros, ao assumir suas funções espirituais, muitas vezes enfrentam resistência tanto interna quanto externa, sendo obrigados a se reconfigurar para equilibrar as demandas de sua vocação com a aceitação social.

Nesse sentido, os relatos indicam que, apesar dos desafios financeiros e físicos, o processo de aceitação do chamado e a formação rigorosa são vistos como essenciais para o desenvolvimento das habilidades necessárias para o exercício da profissão, algo também ressaltado por Feliciano (1998) ao discutir o processo de aprendizado entre os Thonga.

Quais mudanças de vida, pensamento, ser, estar percebeu em si mesmo ou em outros que passaram pelo chamamento?

E1: “Na vida pessoal teve melhorias, pois eu já estava fazendo o que os espíritos querem. Comecei a ficar melhor do sofrimento e, na vida profissional, tive que aprender e me adaptar a ser um bom profissional e salvar vidas. Mas, acima de todas as coisas, eu acredito em Deus.”

E2: “Na vida profissional, de forma positiva, pois aprendi a salvar pessoas e vivo disso (economicamente). Meu sustento melhorou e, na vida pessoal, também melhorei, pois não sofria mais. Casei-me, sou pai de uma menina e um rapaz, sou feliz e tenho uma vida tranquila.”

E3: “Na vida profissional, sou um bom médico, amo salvar vidas e estou na associação dos médicos tradicionais, onde também dou formações. Fui um dos melhores no curso, e isso ajudou, pois sou bem-sucedido. Na minha vida pessoal, estou bem e sem queixas.”

E4: “Meu objectivo é salvar vidas, sou forte e resiliente, fico feliz quando curo um doente que não tinha esperança. É uma honra ouvir o seu obrigado.”

E5: “Claro que me acho estranho, tenho apenas 20 anos e nem brinquei, nem conheço mulher (nunca tive relações sexuais). Sofri preconceito com isso. Bom, no meu trabalho, eu gosto de curar pessoas que estão a sofrer, é a única coisa boa nisso. Aprendo a ver meus desafios para ser um profissional bom e exemplar, sendo que sou jovem ainda.”

Além dos desafios, os entrevistados apontaram mudanças significativas em suas vidas e pensamentos após a aceitação do chamado. Essas transformações incluem a adaptação à novas formas de pensar e agir, onde a observação mais atenta dos sinais do dia-a-dia e o respeito pelas culturas africanas se tornaram centrais (E1, E2). A experiência do curso promoveu um amadurecimento pessoal, resultando em maior sensibilidade e empatia pelo sofrimento alheio (E2, E3). Muitos relataram a superação de transtornos como a ansiedade e o pânico (E4, E5) e o desenvolvimento de uma postura mais resiliente e cautelosa em suas vidas profissionais e sociais (E6). Essa jornada também revelou o fortalecimento do vínculo com as tradições e práticas espirituais, reforçando a identidade cultural e o papel do médico tradicional na comunidade (E3, E4).

No contexto das relações sociais e familiares, a aceitação do chamado foi acompanhada por desafios de integração social, com alguns entrevistados enfrentando preconceito e isolamento (E1, E5). No entanto, muitos destacaram a capacidade de separar os momentos de trabalho e lazer e de manter uma vida familiar equilibrada, apesar das dificuldades (E2, E3). A percepção pública de que esses indivíduos são “diferentes” levou alguns a isolarem-se ainda mais, enquanto outros conseguiram encontrar aceitação e respeito na comunidade após o cumprimento do chamado (E4, E6).

Adaptação à novas formas de pensar e agir, com uma maior observação dos sinais espirituais e respeito pelas culturas africanas, é uma transformação comum que reforça a identidade cultural e a função do curandeiro como guardião dos saberes ancestrais. Esse aspecto é corroborado por Cabral (1958), que descreve a medicina tradicional como uma prática profundamente enraizada nas crenças e valores comunitários.

A superação de transtornos como ansiedade e pânico, bem como o desenvolvimento de uma postura mais resiliente, *reflecte* a transformação pessoal que o processo de chamamento exige. Neuman (2012) aponta que em contextos de pesquisa qualitativa, mudanças profundas no comportamento e na percepção de si mesmo são frequentes em indivíduos que passam por rituais de iniciação ou processos de transformação espiritual, como os descritos pelos

entrevistados. Essa transformação é não apenas pessoal, mas também social, uma vez que reforça a posição do curandeiro como figura central na comunidade.

No contexto das relações sociais e familiares, a aceitação do chamado traz desafios significativos de integração social. A percepção pública de que os *tiNyangas* são “diferentes” leva, por vezes, ao isolamento, mas também pode resultar em maior respeito e aceitação na comunidade. Esse dilema é analisado por Araújo (1997) ao discutir como os processos de urbanização e as mudanças nos assentamentos humanos em Maputo afectam a percepção e o status social dos curandeiros.

4.4. O Impacto Psicossocial da Doença do Chamamento nas Pessoas Escolhidas para Serem Médicos/as Tradicionais no Bairro Mafalala

Nesta subsecção, apresentamos uma análise detalhada do impacto psicossocial da Doença do Chamamento sobre as pessoas seleccionadas para se tornarem médicos/as tradicionais no *Bairro Mafalala*. Nosso objectivo é compreender como essa condição afecta a vida social e emocional dos *tiyangas*, tanto em suas relações pessoais quanto profissionais. Para atingir esse objectivo, formulamos duas perguntas principais que serão exploradas a seguir, visando avaliar como a experiência do chamamento influencia o bem-estar psicológico e as interações sociais dos indivíduos afetados, bem como a forma como eles lidam com os desafios resultantes desse processo.

Como a doença do chamamento impactou a sua vida social e as suas relações com amigos e familiares ou de outra pessoa na mesma situação?

E1: “Na vida social, as pessoas comentam coisas como 'ele perdeu tudo porque matou os pais'. Sinto-me excluído, mas eu não ligo, pois tive que fazer o curso para estar bem. Eu sei dividir os momentos de trabalho e lazer. Afinal, sou ser humano.”

E2: “Na sociedade é normal hoje em dia e eu estou à vontade, pois sei separar os momentos. Mas me sinto estranha às vezes, como no salão, por exemplo, quando alguém fala do meu trabalho em um lugar que não é apropriado. Tento ser uma pessoa normal. Na família, idem, separo os momentos.”

E3: “Algo que eu notei é que as pessoas que têm o chamado, quando conto a minha história, ficam encorajadas a fazer o curso para melhorar a vida, pois sofrem. Ao contrário, na minha família alguns têm preconceito e acham que fiz o curso por capricho. Na vida social, claro, sou uma pessoa e tenho meus momentos fora do trabalho. Vivo

normalmente, tenho família, e um dos meus filhos diz que quer seguir o meu caminho, e vejo ele a me ajudar. Estou feliz.”

E4: “Sendo jovem, claro que fiquei assustado, pois sou diferente dos padrões da sociedade, mas sigo feliz por salvar as pessoas que sofrem caladas. Sei diferenciar os momentos tanto do trabalho quanto do social, e hoje as pessoas me veem como um anjo.”

E5: “Na vida social, claro que ainda existem boatos e fofocas das pessoas, mas eu não me importo e vivo muito bem. Sei diferenciar os momentos de lazer e trabalho, sou responsável quando estou na rua, mas também vivo com normalidade.”

E6: “Na vida social, como sempre fui calado, acho que agora piorou. Estou muito calmo e prefiro ficar no meu canto. Quando estou com amigos, vejo os que estão doentes e não posso fazer nada pela ética do trabalho, pois não sou Deus. Na minha família, os mais velhos gostam do meu trabalho, mas meus primos dizem que me acho.”

Os relatos mostram que a doença do chamamento tem um impacto significativo nas vidas sociais e nas relações com amigos e familiares. Os entrevistados frequentemente enfrentam estigmatização e preconceito, como evidenciado por E1, que se sente excluído e alvo de comentários negativos sobre sua situação. E2 e E6 também relatam desafios similares, como se sentir deslocado ou enfrentar boatos e fofocas. No entanto, alguns entrevistados, como E3 e E5, conseguiram encontrar um equilíbrio e manter uma vida social relativamente normal, apesar das adversidades e preconceitos. A capacidade de separar os momentos de trabalho e lazer é uma estratégia comum mencionada, o que ajuda a manter uma sensação de normalidade e a preservar relações pessoais.

Quais mudanças de vida, pensamento, ser, estar percebeu em si mesmo ou em outros que passaram pelo chamamento?

E1: “Mudei totalmente no que diz respeito a culturas. É importante respeitar e, em algumas circunstâncias, aceitar que somos africanos. Passei a analisar os acontecimentos do dia-a-dia, pois nem tudo é normal nas famílias, são sinais. Quase todos que têm o chamado, depois do curso, ficam mais cautelosos e observadores.”

E2: “Eu mudei para melhor desde o chamado. Sou uma pessoa feliz e aprendo cada dia com os meus pacientes que nós, seres humanos, somos diferentes. É importante respeitar culturas. Quem tem um chamado ou passou pelo curso muda totalmente, fica mais atento e sensível a muita coisa em contacto com as pessoas, a natureza, etc.”

E3: “Hoje, eu já não olho com desprezo para o médico tradicional, porque ele também é pessoa. Tenho mais respeito, sei ouvir mais as pessoas quando dizem que sofrem, pois não é brincadeira. Tenho mais capacidade de amar o próximo.”

E4: “Durante o curso, percebi que a maioria vai para se salvar devido às dores da vida, pelo medo, mas depois acabam gostando e amando a profissão. Hoje sou mais atento, não tenho ansiedade e sou mais forte, capaz de enfrentar a vida.”

E5: “Tive que ser mais cauteloso no que diz respeito ao sigilo profissional, principalmente na minha comunidade. Desenvolvi amor ao próximo e ajudo as pessoas a não sofrerem como eu. Já não sofro de ansiedade nem pânico.”

E6: “Apreendi a aceitar, ser forte e resiliente. Sou mais observador em tudo.”

As mudanças pessoais e profissionais após o chamado são notáveis e variam conforme as experiências individuais. E1 e E2 destacam uma transformação significativa na percepção cultural e na atenção aos sinais e sinais da vida, resultando em uma maior sensibilidade e respeito por outras culturas e práticas. E3, E4 e E5 relatam um aumento na empatia e na capacidade de ouvir e ajudar os outros, refletindo uma mudança positiva na forma como interagem com os pacientes e com a comunidade. Essas mudanças incluem a superação de ansiedades e pânicos, desenvolvimento de resiliência e maior capacidade de enfrentar desafios (E4, E5). Além disso, a transformação pessoal inclui um fortalecimento do compromisso com a profissão e a capacidade de lidar com o estigma e as dificuldades com uma atitude mais madura e adaptada (E6).

De acordo com Sequeira (2017), o estigma é uma constante em práticas tradicionais que desafiam normas modernas e ocidentais, contribuindo para o isolamento social dos praticantes. Esse *fenómeno* é evidente nos relatos de E1, E2 e E6, que mencionam se sentirem marginalizados por suas comunidades, sendo alvo de boatos e fofocas, o que evidencia a dificuldade de integrar essa nova identidade com a vida social.

Por outro lado, os relatos de E3 e E5 mostram que, com o tempo, alguns *tiNyangas* conseguem encontrar um equilíbrio, desenvolvendo estratégias para manter uma vida social estável. Honwana (2002) argumenta que essa capacidade de adaptação é crucial para a integração de tradições espirituais em contextos urbanos, onde as normas culturais são mais fluidas. A habilidade de separar momentos de trabalho e lazer, mencionada pelos entrevistados, reflete uma adaptação que permite preservar relações sociais e familiares, mesmo em face de

preconceitos e estigmas.

A mudança na percepção cultural e espiritual, mencionada por E1 e E2, reflecte um processo de reconexão com tradições ancestrais, que é central no desenvolvimento da identidade do curandeiro. Polanah (1987) descreve essa mudança como uma reconfiguração do ser, onde a pessoa passa a ver o mundo através de uma lente espiritual, guiada por valores tradicionais e por um senso de responsabilidade comunitária.

As experiências relatadas por E3, E4 e E5, que mencionam maior empatia, sensibilidade e capacidade de ouvir, indicam uma evolução no campo emocional e social. Covane (2001) observa que esses atributos são essenciais para o papel do médico tradicional, que não só actua como curandeiro, mas também como conselheiro e líder comunitário.

CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1. Conclusões

A presente pesquisa teve como objectivo, analisar o impacto o impacto psicossocial da doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos/as tradicionais no bairro Mafalala., com foco na caracterização da doença do chamamento, no processo de chamamento, nos desafios enfrentados e no impacto psicossocial desse fenômeno. As conclusões obtidas são fundamentadas nos objectivos específicos definidos inicialmente conforme partilha-se a seguir.

(i) Caracterizar a Doença do Chamamento nas Pessoas Escolhidas para Serem Médicos/as tradicionais no Bairro Mafalala: A doença do chamamento, conforme evidenciado nos relatos, é caracterizada por uma série de crises espirituais, emocionais e físicas que afectam os indivíduos escolhidos para se tornarem médicos tradicionais. Esses sintomas, que incluem ansiedade, depressão e manifestações físicas, são interpretados como um sinal dos espíritos para que o indivíduo aceite seu papel como curandeiro. A vivência dessa condição é marcada por conflitos internos e, muitas vezes, pela resistência inicial, o que denota o carácter transformador e desafiador dessa experiência.

(ii) Descrever o Processo de Chamamento dos *TiNyangas* do *Bairro Mafalala* : O processo de chamamento envolve uma trajetória que inclui resistências iniciais, crises espirituais e físicas, e, eventualmente, a aceitação do chamado. Os entrevistados descreveram a formação como uma experiência intensa e rigorosa, ocorrendo em ambientes isolados e envolvendo rituais de purificação, consultas espirituais e aprendizado de práticas tradicionais. A formação dura de um a quatro anos, e a aceitação do chamamento é vista como um rito de passagem que culmina na transformação do indivíduo em um curandeiro capacitado e aceito pela comunidade.

(iii) Identificar os Principais Desafios Enfrentados pelos *TiNyangas* no Processo de Chamamento para Exercer a Profissão de Médico Tradicional no Bairro Mafalala: Os desafios relatados incluem aspectos emocionais, como o medo e a depressão, e dificuldades físicas, como o isolamento e as restrições impostas durante o curso. A falta de apoio familiar e o preconceito da comunidade também emergem como obstáculos significativos. Além disso, a rigidez das práticas tradicionais, como caminhar descalço no mato e suportar fome, são barreiras que os *tiNyangas* precisam superar para completar a sua formação.

(iv) Identificar o Impacto Psicossocial da Doença do Chamamento nas Pessoas Escolhidas para Serem Médicos/as tradicionais no Bairro Mafalala: O impacto psicossocial da doença do chamamento é profundo e multifacetado. Os *tiNyangas* relatam que, durante o processo, enfrentam estigmatização, exclusão social e preconceito, o que afecta suas relações familiares e sociais. No entanto, muitos desenvolvem resiliência, maturidade e um compromisso renovado com as práticas culturais e espirituais. A experiência do chamamento fortalece a identidade cultural dos *tiNyangas* e promove a adaptação a novos papéis sociais e espirituais, apesar das dificuldades encontradas ao longo do processo.

5.2. Recomendações

Para as Comunidades Locais e Sociedade no geral

- Promover maior conscientização sobre o papel e a importância dos médicos/as tradicionais na preservação das tradições culturais e auxílio no manejo dos males sociais, visando reduzir o estigma e o preconceito associado à doença do chamamento;
- Incentivar o diálogo intergeracional sobre as práticas tradicionais, permitindo que as gerações mais jovens compreendam e respeitem o valor dessas práticas como parte da sua identidade cultural.

Para os Médicos/as tradicionais e Associações afins

- Criar redes de apoio mútuo entre os médicos tradicionais, onde possam compartilhar experiências e estratégias para lidar com os desafios emocionais e sociais decorrentes do chamamento;
- Desenvolver programas de capacitação contínua para fortalecer o conhecimento dos médicos tradicionais, respeitando as tradições, mas também se adaptando às necessidades atuais da comunidade;
- Realizar actividades de divulgação da sua função social e educativas, principalmente para os mais jovens como parte da sua contribuição na conscientização e construção da identidade cultural dos mesmos, assim como redução do preconceito, estigma e discriminação para como a medicina tradicional que criam situações de medo, exclusão social, entre outros.

Para as Autoridades Locais e Políticas Públicas

- Integrar os médicos/as tradicionais em programas de saúde comunitária, reconhecendo oficialmente o seu papel como parte integrante do sistema de cuidados de saúde;

- Prover apoio institucional e recursos para a preservação das práticas tradicionais, garantindo que os médicos/as tradicionais tenham as condições necessárias para exercer sua profissão com dignidade.

Para Pesquisas Futuras

- Investigar a interação entre as práticas tradicionais e os sistemas de saúde modernos, explorando formas de colaboração que beneficiem a comunidade;
- Realizar estudos comparativos em outras regiões para entender como o processo de chamamento e a prática de medicina tradicional se adaptam em diferentes contextos socioculturais.

Recomendações para a Academia

- Criar e integrar currículos que abordem as intersecções entre a medicina tradicional e psicologia, enfatizando a importância cultural e o impacto psicossocial da doença do chamamento;
- Desenvolver materiais educacionais que abordem as práticas culturais de cura, suas raízes históricas e os desafios enfrentados pelos *tiNyangas*;
- Incentivar estudos que explorem as relações entre saúde mental e práticas de medicina tradicional, proporcionando uma compreensão mais abrangente das experiências dos *tiNyangas*;
- Promover a pesquisa qualitativa que destaque as narrativas dos médicos tradicionais e suas experiências com a doença do chamamento, contribuindo para a literatura acadêmica sobre saúde e cultura;
- Organizar conferências e simpósios que discutam a relevância da medicina tradicional na saúde pública e a necessidade de abordagens colaborativas entre sistemas de saúde.

Recomendações para Profissionais de Saúde Mental

- Oferecer treinamentos e workshops para profissionais de saúde mental sobre as práticas de medicina tradicional e o significado cultural da doença do chamamento, promovendo uma compreensão mais profunda das experiências dos pacientes;
- Desenvolver abordagens terapêuticas que integrem práticas de medicina tradicional com intervenções de saúde mental, respeitando as crenças culturais dos pacientes;
- Colaborar com médicos tradicionais para entender melhor o processo de chamamento e como ele pode influenciar a saúde mental dos indivíduos, oferecendo intervenções

personalizadas;

- Trabalhar para a inclusão da medicina tradicional nas políticas de saúde mental, defendendo a aceitação e o reconhecimento das práticas tradicionais como parte do cuidado integral à saúde.

Referências Bibliográficas

- Araújo, M. G. (1997). *Geografia dos Povoamentos: Assentamentos Humanos Rurais e Urbanos*. Maputo: Livraria Universitária.
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Cabral, D. (1958). *A medicina teológica e as benzeduras*. *Revista Arquivos do Departamento de Cultura*, (109).
- Conselho Internacional de Organizações de Ciências Médicas (CIOMS). (2016). *Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa com seres humanos*. Genebra: CIOMS.
- Covane, Luis António (2001), *O trabalho migratório no sul de Moçambique (1920-1992)*, s/l: Promédia.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (4th ed.)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Diehl, A. A., & Tatim, D. C. (2006). *Pesquisas em ciências sociais: Planejamento e métodos*. São Paulo: Editora Atlas.
- Feliciano, José (1998), *Antropologia Económica dos Thonga do Sul de Moçambique*, Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora UFRGS.
- Granho, P. (2010). *Ser curandeiro em Moçambique: uma vocação imposta? Profissão e vocação: Ensaio sobre grupos profissionais*, 115-143. Disponível em: <https://www.buala.org/pt/a-ler/ser-curandeiro-em-mocambique-uma-vocacao-imposta>.
- Honwara, Alcinda. 2002. *Espíritos vivos, tradições modernas: possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique*. Maputo: Promédia.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2018). *Fundamentos de metodologia científica (7ª ed.)*. São Paulo: Atlas.
- Manzini, E. J. (2004). *A entrevista na pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde (14ª ed.)*. São Paulo: Hucitec.

- Mozzato, A. R., & Grzybovski, D. (2011). *Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: Potencial e desafios*. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(4), 731-747. doi:10.1590/S1415-65552011000400010.
- Neuman, W. L. (2012). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches (7th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Pithan, O., & Oliveira, M. S. (2013). *Ética na pesquisa científica*. In T. E. Gerhardt & D. T. Silveira (Eds.), *Métodos de pesquisa* (pp. 45-60). Porto Alegre: Editora UFRGS.
- Polanah, Luís. 1987. *O Nhamussoro e outras funções mágico-religiosas*. Coimbra: IAUC.
- Pondja, C. F. O. (2017). *A mulher em Maputo: dimensões antropológicas de género e reprodução*. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/14151/1/Tese_CI%C3%A9lia%20finalissima%2020170616.pdf.
- Puttini, R. (1989). *O poder médico e sua relação com outras práticas de cura. Relatório de Pesquisa*. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Unicamp.
- Ramos, J. L., & Naranjo, M. (2014). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Seibert, Gerhard (2003), “*The vagaries of violence and power in post-colonial Mozambique*”, em Abbink, J., M.E Bruijn, K. van Walraven (eds.), *Rethinking resistance: revolt and violence in African history*, Leiden: Brill.
- Sequeira, A. R. (2017). *A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença*. In *A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença* (pp. 341-341).
- Whyte, Susan (1997) *Questioning Misfortune: The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda*, Cambridge: Cambridge University Press.

APÉNDICE

Guião de Entrevista para Médicos Tradicionais no *Bairro Mafalala*

Introdução

Obrigado por participar desta entrevista. A sua contribuição é essencial para compreendermos melhor o impacto psicossocial da doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos tradicionais no *Bairro Mafalala*. A sua identidade será mantida em sigilo, e todas as informações serão usadas apenas para fins académicos.

Dados Demográficos

- Idade:
- Sexo:
- Tempo de atuação como médico tradicional:
- Educação formal:

Caracterizar a doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos tradicionais no *Bairro Mafalala*.

1.1. Como você descreveria a doença do chamamento?

1.2. Fale dos sintomas mais comuns que teve ou outras pessoas escolhidas para serem médicos tradicionais apresentam durante o processo de chamamento?

Descrever o processo de chamamento das pessoas escolhidas para serem *tinyanga* do *Bairro Mafalala*.

2.1. Pode nos explicar como ocorreu o seu processo de chamamento para se tornar um médico tradicional?

2.2. Existe algum ritual ou procedimento específico que precisou ou que as pessoas precisam seguir durante o chamamento? Se sim, poderia descrevê-lo?

Identificar os principais desafios enfrentados pelas pessoas escolhidas no processo de chamamento para exercer a profissão de médico tradicional no bairro *Mafalala*.

3.1. Quais foram os maiores desafios que você ou que outra pessoa enfrentou durante o seu processo de chamamento?

3.2. De que maneira esses desafios afetaram a sua vida pessoal e profissional ou da pessoa em causa?

Identificar o impacto psicossocial da doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos tradicionais no *Bairro Mafalala* .

4.1. Como a doença do chamamento impactou a sua vida social e as suas relações com amigos e familiares ou de outra pessoa na mesma situação?

4.2. Quais mudanças de vida, pensamento, ser, estar você percebeu em si mesmo ou em outros que passaram pelo chamamento?

Considerações Finais

5.1. Há algo mais que você gostaria de compartilhar sobre sua experiência como médico tradicional e o impacto do chamamento em sua vida?

5.2. Você tem alguma sugestão ou recomendação para melhorar o apoio às pessoas que estão passando pelo processo de chamamento?

Agradecemos sinceramente pela sua participação e valiosa contribuição para esta pesquisa.

Folha de Informação e Consentimento Informado

O actual trabalho de investigação de final de curso (monografia) que tem como objectivo geral, “ Analisar o impacto psicossocial da doença do chamamento nas pessoas escolhidas para serem médicos tradicionais no *Bairro Mafalala* ” é elaborado por mim Nelia Nhampossa, supervisionada pela Mestre Isália Mate e insere-se num estudo que decorre no âmbito da licenciatura em Psicologia Social e Comunitária a ser ministrado na Universidade Eduardo Mondlane na Faculdade de Educação.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação dos médicos tradicionais do *Bairro Mafalala* . É por isso que a sua colaboração é fundamental. O resultado da investigação, orientado pela professora acima descrita, será apresentado na Faculdade de Educação em meados deste ano de 2024 podendo, se desejar, contactar a sua autora para se inteirar dos resultados obtidos. Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações recolhidas serão efectuadas através de uma entrevista semi-estruturada que deverá ser respondido para permitir uma melhor compreensão dos factos. Qualquer informação será confidencial. E pedimos desde já poder publicar para melhor entendimento pelos outros, mas sem revelar a sua identidade pelo que pode se sentir em segurança e protegida/o.

DECLARAÇÃO DO/A RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO

Após ter lido os termos contidos neste consentimento esclarecido, concordo em participar como informante, colaborando dessa forma com a pesquisa. A minha participação é voluntária e está formalizada por meio da aceitação deste termo. Posso deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à mim.

Li o termo e concordo em participar da pesquisa.

(Assinatura do participante)

A Investigadora:

Nélia Nhampossa



ANEXOS