



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Granjo, Paulo

Saúde e Doença em Moçambique

Saúde e Sociedade, vol. 18, núm. 4, outubro-diciembre, 2009, pp. 567-581

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263692002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Saúde e Doença em Moçambique

## Health and Illness in Mozambique

### Paulo Granjo

Doutor em Antropologia Social. Investigador Auxiliar, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Endereço: Av. Prof. Aníbal Bettencourt, n.º 9, 1600-189, Lisboa, Portugal.

E-mail: paulo.granjo@ics.ul.pt

Financiamento: Fundação para a Ciência e Tecnologia de Portugal.

### Resumo

Baseando-se num longo período de observação directa e entrevistas, este artigo aponta como principal obstáculo às pouco frutuosas tentativas de diálogo entre biomedicina e “medicina tradicional”, em Moçambique, o desconhecimento e/ou desvalorização das noções locais acerca da doença, vertentes sociais da sua etiologia e suas implicações para a noção e processo de cura. Assim, a par da caracterização dos *tinyanga* (terapeutas putativamente possuídos por espíritos) e das terapias que utilizam, o artigo expõe o sistema localmente dominante de interpretação dos infortúnios, em que as causas materiais (como aconteceu) se combinam com factores sociais ou espirituais (porque aconteceu àquela pessoa). Daí decorre que o processo de cura não se esgota no debelar da enfermidade, implicando também a resolução do problema social do qual ela é uma manifestação – o que constitui uma das especialidades destes terapeutas. Por isso, nem o recurso a *tinyanga* resulta sobretudo de falta de alternativas de cuidados de saúde, nem é concebível, para estes terapeutas, que o seu entrosamento com o sistema de saúde oficial pudesse restringi-los à sua faceta de herbalistas. Contudo, o debate e negociação do seu espaço, papel e estatuto dentro de futuros quadros gerais de prestação de cuidados de saúde não deverão ser feitos através de “tradutores culturais” bem intencionados, que lhes pretendam “dar voz”. Os próprios *tinyanga* dispõem das capacidades e competência para o fazer, assim tenham interlocutores.

**Palavras-chave:** Moçambique; Curandeiros; Doença; Possessão; Adivinhação; Espíritos.

## Abstract

Based on a long process of direct observation and interviews, this article states that the main barrier to the unfruitful attempts of dialog between biomedicine and “traditional healers”, in Mozambique, is the ignorance and/or undervaluation of the local notions about illness, the social aspects of its aetiology, and their implications for the notion and process of cure. Therefore, together with the characterization of the *tinyanga* (healers putatively possessed by spirits) and their therapies, the article presents the locally dominant system of misfortune interpretation, in which the material causes (how it happened) are combined with social and spiritual factors (why it happened to that person). As a consequence, the cure is not only the healing of the illness; it includes and demands as well the resolution of the social problem that caused it – and this second aspect of the cure is one of the *tinyanga*’s expertises. For that reason, consulting such healers seldom results from the absence of health care alternatives, and they cannot accept the idea of being limited to their herbalist expertise, in order to be integrated into the official health care system. However, the debate and negotiation about their space, role and status in future general health care systems should not be made through sympathetic “cultural translators”. The *tinyanga* have the abilities to do it with their own voice, as far as they have available interlocutors.

**Keywords:** Mozambique; Healers; Illness; Possession; Divination; Spirits.

Uma das principais razões de resistência, por parte dos praticantes de biomedicina moçambicanos, à inclusão dos *tinyanga* (“curandeiros”) em sistemas integrados de cuidados de saúde é o facto de estes últimos fazerem derivar os seus poderes curativos da possessão por espíritos, podendo, para além disso, manipular factores espirituais nos seus diagnósticos e práticas curativas.<sup>1</sup>

Por outras palavras, se as recomendações da Organização Mundial de Saúde compelem os médicos – e, mais ainda, o Ministério, de que quase sempre dependem, – a equacionar a dignidade/eficácia dos saberes curativos “tradicionais”<sup>2</sup> e dos seus praticantes, o que acabam por equacionar não é um conjunto real e imbricado de práticas, de saberes, de conceitos e de relações sociais, mas aqueles elementos que, abstractamente isolados desse conjunto, mais se aproximam dos critérios e conceitos que se habituaram a reconhecer como válidos.

Olhando a partir de um hospital ou de um gabinete burocrático, aceita-se com facilidade que a maioria das plantas utilizadas pelos *tinyanga* poderão possuir “princípios activos” com eficácia curativa, à luz dos critérios farmacológicos da biomedicina. É também normal entender-se que tais conhecimentos botânicos deverão ser estudados e constituem um importante capital – que é considerado abstractamente “nacional”, como se a ausência de reconhecimento académico daqueles que o possuem e a transmissão oral dos seus saberes transformassem esse capital num bem anónimo do domínio público. No entanto, os restantes procedimentos e conceitos envolvidos nas práticas dos *tinyanga* tendem a ser vistos como uma ganga de superstição, magia e feitiçaria (ou, na melhor das hipóteses, de técnicas de manipulação psicológica), que polui os saberes “verdadeiros” e com a qual a

1 Este artigo resulta do projecto «Nyangas e Hospitais – lógicas e práticas curativas moçambicanas», baseia-se na observação directa e debates que desde 2003 venho mantendo com *tinyanga* (singular *nyanga*, “curandeiros” ou “médicos tradicionais”) moçambicanos, a par de conversas com médicos academicamente reconhecidos. Estando grato a todos eles, gostaria de salientar, entre os primeiros, a colaboração de Job Massingue e de Maria Macuácuá. A minha compreensão desta área temática e o trabalho que nela realizei foram, por outro lado, muito facilitados pelos estudos previamente realizados por Alcinda Honwana (2002) e Edward Green (1999).

2 Conforme pude observar no sul do país e Harry West (2004) demonstra relativamente ao norte, os saberes e práticas dos “médicos tradicionais” moçambicanos não são repetições de “receitas imemoriais”, antes envolvendo especulação, reinterpretação e mesmo experimentação, manipulando conhecimentos não apenas “locais” mas também “externos” – incluindo os que são oriundos da biomedicina. Nesse sentido, estes terapeutas e os seus saberes só serão “tradicionais” na medida em que a “tradição” seja (conforme, aliás, sustento que deva ser) entendida como uma permanente reapropriação e renegociação dos referentes partilhados há algum tempo pelo grupo e dos novos referentes com que este se vai confrontando, em função de condições de vida, de necessidades e de correlações de forças também elas mutáveis.

medicina dificilmente poderá compactuar e, menos ainda, legitimar.

Ou seja, para um médico academicamente reconhecido, o parceiro “tradicional” realmente aceitável seria um *nyangarume*<sup>3</sup> que, de preferência, deixasse de fazer adivinhação e de acreditar ser possuído por espíritos – falando claro, um farmacêutico autorizado a prescrever medicamentos, mesmo que vestisse uma *capulana* em vez de uma bata.

Entre os *tinyanga*, por seu lado, é evidente o desejo, expresso em termos individuais ou associativos,<sup>4</sup> de que as suas práticas sejam reconhecidas e legitimadas por parte dos poderes político e científico. Sobretudo em conversa com os mais letrados, por vezes com licenciaturas ou mestrados noutras áreas, esse desejo pode mesmo expressar-se sob a ideia de monitorização experimental, em hospitais, dos efeitos curativos dos seus tratamentos – aceitando e desejando, dessa forma, que a eficácia destes últimos seja avaliada de acordo com os critérios da biomedicina. O seu objectivo estratégico é também claro e aparentemente consensual: a inclusão como parceiros, possuidores de uma especialidade específica e diferenciada, num sistema de saúde concebido de forma global e integrada.

Não se trata, contudo, de um objectivo a perseguir de forma incondicional. Para os *tinyanga*, as suas capacidades curativas são inseparáveis dos espíritos que os possuam e, mesmo quando recorrem a farmacopeia com eficácia química reconhecida, o sucesso dos tratamentos poderá implicar a concordância dos seus espíritos e dos antepassados do paciente, o que por sua vez implica acções rituais. Dessa forma, reconhecer a validade apenas dos seus recursos botânicos e dos seus procedimentos bioquímicos seria, para eles, absurdo, ineficaz e inaceitável.

No quadro conceptual e cognitivo em que se insere a sua actividade, um *nyanga* não se limita, nem pode

limitar, a tratar os sintomas e a doença, tendo também que resolver as razões sociais que lhe subjazam e terão proporcionado o seu aparecimento. Este pressuposto de um segundo nível de causalidade subjacente às enfermidades – que justifica a sua intervenção terapêutica mesmo quando um determinado tratamento é remetido para os hospitais, por lhes reconhecerem uma maior eficácia nessa doença específica – constitui ainda um factor suplementar de mal-entendidos nas oportunidades de diálogo, frequentemente de fachada e afinal pouco dialogantes, que vão podendo manter junto do poder político e da biomedicina.

Existe, de facto, uma dificuldade de compreensão mútua. Mas, mesmo se o pomo da discórdia reside, afinal, nas noções de doença, nas relações de causalidade que são aceites por cada parte e nas diferentes perspectivas acerca da existência de entidades espirituais e da sua relação com a matéria, este texto não tem, obviamente, a pretensão de resolver o desencontro entre biomedicina e *tinyanga* que tenho vindo a enunciar.<sup>5</sup>

Procurarei, de forma mais modesta, apresentar os pressupostos fundamentais em que se baseia a actividade dos *tinyanga*, a estreita ligação que mantêm com as concepções da incerteza e do infortúnio dominantes na sua sociedade, as características deste tipo particular de terapeutas e um quadro geral das suas práticas. Faço-o com o desejo de que, ao divulgar tais pressupostos e ao salientar o seu carácter sistémico, esse conhecimento possa ser útil não apenas em termos académicos e de curiosidade etnográfica, mas também para a compreensão mútua das partes envolvidas.

## Infortúnio, Saúde e Doença

Entender as práticas e o papel social dos *tinyanga* implica, antes de mais, que compreendamos dois pontos de partida fundamentais do sistema de interpretação

3 *Nyanga* a quem é reconhecida capacidade de cura botânica, que poderá ser exercida como especialidade autónoma ou acumulada com outras – como a adivinhação ou a detecção e expulsão de espíritos. *Capulanas* são panos estampados utilizados como saia ou para transportar bebés às costas. Para além das de uso geral, existem *capulanas* com padrões específicos para cada tipo de espírito, devendo os *tinyanga* ter uma delas para cada espírito individual que os possua.

4 Para além de associações locais, existem a Ametrano, Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (a maior, mais antiga e com uma imagem mais tradicionalista), e a Aprometra, Associação dos Profissionais de Medicina Tradicional, vista como mais ligada a *tinyanga* “modernos” e escolarizados que, não obstante, costumam ser também membros da associação anterior.

5 Obviamente, também, tal desencontro não se limita aos conceitos e cosmovisões, envolvendo factores tão pouco negligenciáveis como os interesses económicos individuais, o enorme peso da participação internacional no Orçamento de Estado e as dependências que daí decorrem, ou as relações de poder e de estatuto entre profissões e sistemas de saber concorrentes.

do infortúnio, da saúde e da doença que é predominante entre a população moçambicana:<sup>6</sup> por um lado, o acaso não existe, nenhuma coincidência é casual e nenhum acontecimento indesejável (ou marcante, mesmo que desejável) se limita a ser “natural”; por outro, a dicotomia entre corpo e mente não se aplica neste sistema, que tão pouco reconhece a dicotomia entre saúde individual e contexto social.

Quanto ao primeiro dos pontos referidos, poderemos mesmo dizer que, em abstracto, nenhuma morte é concebida como “natural” e raras doenças o são, por muito que se possam considerar naturais as suas razões materiais imediatas. Este aparente paradoxo decorre do facto de, segundo este sistema de interpretação, as doenças e os acidentes não envolverem uma, mas antes duas diferentes lógicas e relações de causalidade.

É ponto assente que as pessoas vivem rodeadas de perigos materiais que as ameaçam, estando esses perigos submetidos a princípios e lógicas de causalidade material. Tais lógicas poderão ou não ser conhecidas, mas presume-se que existem. Esta presunção estará, aliás, relacionada tanto com o habitual interesse dos *tinyanga* por saberes terapêuticos diferentes dos seus, incluindo os biomédicos, quanto com a integração de determinados produtos no seu receituário em virtude de raciocínios metafóricos e/ou metonímicos<sup>7</sup> - integração que me parece ter mais a ver com o pressuposto de que tais produtos estarão envolvidos em relações causais materiais ainda desconhecidas, do que com a crença nas suas eventuais virtudes mágicas ou simbólicas.

Em consequência do que foi dito, algumas doenças são catalogadas pelos *tinyanga* como «de hospital», por os tratamentos biomédicos serem considerados mais eficazes ou por desconhecerem a sua etiologia, ao mesmo tempo que é desenvolvido um contínuo

esforço de teorização acerca das causas materiais das doenças com que são confrontados na sua actividade profissional. Com frequência, o resultado desse esforço é a produção e transmissão de teorias etiológicas que, conforme salienta Edward Green (Green, 1999; Green *et al.*, 1994), apresentam um conteúdo que se aproxima de forma notável do das suas congêneres biomédicas, embora manipulem um idioma explicativo que lhes dá uma aparência muito diferente quanto à forma.

No entanto, se a génese e a dinâmica das doenças/acidentes se subordinam a relações causais materiais, este tipo de razões apenas explica *como* é que os infortúnios aconteceram; não explica *porque* é que eles ocorreram nem, sobretudo, porque é que, tendo-se eles dado, causaram dano precisamente *àquela pessoa*.

Para esta última questão, as respostas possíveis são apenas três, de acordo com este sistema de interpretação do infortúnio: (a) a negligência ou incapacidade da vítima para reconhecer e evitar os perigos em causa; (b) um acto de feitiçaria que a atraia para o perigo ou a distraia da sua existência;<sup>8</sup> (c) uma suspensão da protecção por parte dos seus antepassados, que deixam de a alertar para os perigos iminentes ou de a afastar deles.

Na interpretação de um infortúnio, seja ele uma doença ou outro tipo de problema, é equacionada antes de mais a primeira explicação. Só quando a vítima sabia o que fazia, estava consciente dos perigos e tomara os necessários cuidados para os evitar, tendo apesar disso sido atingida, se justifica mobilizar as explicações de carácter espiritual ou mágico - ou então quando, excepcionalmente, a vítima não tomou os cuidados que costumava tomar. A título de exemplo, não é necessário procurar outras causas se alguém ficou soropositivo sem ter conhecimento do AIDS, dos seus mecanismos de contágio e das formas de o evitar, ou ainda se, sabendo tudo isso, rejeitara o uso

6 Embora o olhe a partir de Moçambique no presente artigo, o sistema de interpretação que passo a expor alarga-se geograficamente, nos seus aspectos fundamentais, a grande parte da África austral e central, conforme demonstram os estudos acerca do chamado modelo Ngoma realizados por Janzen (1992) ou editados por van Dijk (2000). Aliás, como o leitor mais atento notará, a sua lógica é bastante semelhante à clássica interpretação de Evans-Pritchard (1978 [1937]) acerca da bruxaria Azande, excepto na importância central que a acção dos antepassados e dos espíritos assume no caso em apreço. Tão pouco este último aspecto está, entretanto, limitado às zonas mais meridionais de África (Westerlund, 2000).

7 Refiro-me, a título de exemplo, a utilizações como a de água do mar para expulsar do paciente coisas indesejadas (porque «*tudo o que se atira para o mar ele expulsa para terra, mais tarde ou mais cedo*»), a de água do rio para levar para longe aquilo que foi expulso (como o faz a corrente fluvial), a de água de um lago para fixar um efeito desejado (por nos lagos ficar «*tudo o que para lá se atira*»).

8 É também aceite que a feitiçaria possa actuar directamente sobre os factores materiais, causando acidentes e infortúnios. Diagnósticos como esse são, no entanto, relativamente raros e surgem ligados a situações de extrema tensão social.

de preservativo ou mantinha relativamente a ele uma atitude despreocupada que pudesse ser atribuída ao seu carácter individual; mas se alguém costumava usar preservativo e ficou infectado numa rara vez em que o não fez, então é necessário explicar a razão desse seu comportamento excepcional, precisamente na ocasião que se veio a revelar mais perigosa.

Por outras palavras, de acordo com este sistema de *domesticação da incerteza*<sup>9</sup>, os perigos têm lógicas materiais próprias mas só atingem os seres humanos devido a razões sociais, sejam elas a desadequação da vítima às acções que desempenhou, a conflituosidade dos vivos ou a falta de harmonia com os mortos – que são concebidos como uma parte integrante da sociedade e das relações que nela se estabelecem.

Segundo a perspectiva que tenho vindo a apresentar, de facto, quem morre não cessa a sua existência, mas tão pouco é remetido para um qualquer mundo separado daquele em que viveu. Não acede a um universo espiritual, diferente e afastado deste mundo (ao contrário do que é tão frequente noutros sistemas cosmológico-religiosos), nem se passa a inserir numa sociedade específica que, embora contígua no espaço, seja incapaz de se reconhecer como semelhante aos vivos – como no caso do perspectivismo sul-ameríndio analisada por Viveiros de Castro (1996).

Pelo contrário, aquilo que resta da pessoa que o morto antes foi continua no local onde ele viveu, junto dos seus descendentes e mantendo com estes as mesmas relações de direitos, deveres e obrigações que os parentes seniores deverão manter com os seus juniores. Basicamente, continua a caber-lhes protegê-los e orientá-los “no bom caminho”, repreendendo-os quando necessário, ao passo que cabe aos vivos ter para com eles uma atitude respeitosa e reverente, convidando-os para as ocasiões solenes, solicitando o seu conselho e concordância nas decisões importantes que tomem e fazendo-os partilhar da sua riqueza.

Esta exacta equivalência entre as relações que se estabelecem com os seniores e com os mortos, a par da presença diária destes últimos junto dos vivos, faz com que quase ninguém considere que, ao verter no chão o primeiro golo da sua cerveja ou ao realizar um *kuphalha*,<sup>10</sup> estará a desempenhar um acto de culto. A relação com os antepassados tende, assim, a ser assumida pelas pessoas como um assunto de família e não de religião – o que a torna facilmente compatível com crenças monoteístas, ou mesmo com uma empenhada pertença a comunidades religiosas cristãs ou muçulmanas.<sup>11</sup>

Por outro lado, as práticas que um olhar exterior mais facilmente catalogaria como “culto religioso”, devido ao seu carácter ritual ou à presença da invocação e do sacrifício, decorrem, segundo as exegeses locais, de uma limitação essencial que os defuntos enfrentam. Ao verem-se reduzidos a uma parte espiritual da pessoa que foram, os antepassados acedem a um conhecimento das dinâmicas do mundo que lhes estava vedada pela limitada experiência sensorial de cada ser humano (e daí a sua acrescida capacidade divinatória e protectora); mas perdem, ao mesmo tempo, muitas capacidades que antes tinham, incluindo a de comunicar directamente com as pessoas vivas.

Será essa a razão que obriga os vivos a invocá-los e a seguirem procedimentos codificados quando pretendem comunicar com eles. Mas é também essa razão que – regressando ao fulcro do nosso tema – transforma os antepassados em entidades que podem causar infortúnios.

De facto, quando um antepassado suspende a sua protecção (ou mesmo quando propicia problemas ou incita a desarmonia entre os seus), os infortúnios resultantes não pretendem castigar os descendentes por uma falta que tenham cometido. São, antes, o único meio de que os antepassados dispõem para informar os vivos de que têm alguma reclamação ou recomendação

9 Entendo por “domesticação da incerteza”, ou “domesticação do aleatório”, uma atribuição de sentidos e causalidades ao aleatório que o fazem ser visto como cognoscível, regulado, explicável e mesmo dominado por seres humanos (Granjo, 2004).

10 Invocação cerimonial e conversa com os antepassados, em que estes são informados de um projecto dos vivos (casamento, negócio, viagem, etc.), para o qual é pedida a sua autorização e protecção, ou são simplesmente lembrados e saudados. Para uma descrição mais circunstanciada, veja-se Granjo (2005).

11 Pude ouvir indivíduos que sentem uma maior necessidade de compatibilizar conceptualmente ambas as crenças referir os antepassados como os «*santos da família*», no sentido de intermediários activos com a divindade.

12 Este aspecto tem uma grande importância na posse dos terapeutas por espíritos exteriores à sua família e é uma fonte habitual de diagnósticos, de que Brigitte Bagnol (2002) apresenta vários exemplos.

a transmitir-lhes, pelo que estes deverão consultar um especialista através do qual, por adivinhação ou transe, seja possível comunicar a sua mensagem. Por outras palavras, os antepassados permitem ou criam problemas e doenças, que poderão mesmo ser fatais, porque só através da ruptura da normalidade podem chamar a atenção dos descendentes para a necessidade de os ouvirem – sendo as suas exigências, quando tal acontece, de carácter compensatório e não punitivo, para além de habitualmente menos graves do que os problemas antes causados.

As supostas consequências poderão ainda agravar-se, devido a três outros aspectos. Por um lado, é atribuído aos espíritos um comportamento caprichoso e obstinado, semelhante ao das crianças (Honwana, 2002), pelo que não se espera que desistam das suas queixas ou tentativa de comunicação mas que, pelo contrário, vão propiciando problemas cada vez mais graves até serem atendidos. Por outro, esses problemas poderão não atingir apenas o visado, mas também as pessoas que lhe são próximas. Por fim, um indivíduo pode ser vítima de infortúnios resultantes de omissões ou actos que não sejam da sua responsabilidade directa, mas herdados de parentes seus que, entretanto, morreram e já não os podem remediar.<sup>12</sup>

Assim, os infortúnios que atingem cada pessoa – e, de forma simétrica, aquilo a que chamaríamos a sua boa sorte – são concebidos como resultando da sua inadequação e/ou da agência de terceiros, que por sua vez poderá decorrer dos seus actos e omissões. Nesse sentido, constituem em última instância um óbvio instrumento de controlo social, mesmo se muitas vezes esse seu papel não é assumido explicitamente. As possibilidades de vitimação indirecta que acabo de referir demonstram, contudo, que tal controlo não tem que se basear num julgamento moral, por parte de terceiros, da pessoa que é efectivamente vitimada.

Quanto à *doença*, ela constitui, dentro deste quadro conceptual, apenas uma variante particular do infortúnio e como tal é tratada.

Uma doença é, antes de mais, uma anomalia, uma

ruptura da normalidade.

A saúde é vista como o estado natural e esperado da pessoa. Como estado natural que é, a sua ruptura exige uma explicação. Mas, por natural que seja, a saúde não é isenta de condições; é um estado harmónico que, para existir e se manter, requer a harmonia entre a pessoa e a sua envolvente social e ecológica, incluindo os seus antepassados.

Ou seja, entende-se *grossa modo* que, à imagem dos restantes infortúnios, os factores materiais de doença existem e têm os seus mecanismos próprios, mas que o facto de afectarem um indivíduo particular depende de factores que os transcendem e relevam do mundo social. Deixei escrito “*grossa modo*” porque, no caso da doença, são concebidas importantes excepções a esse princípio geral que exige a acção simultânea de factores materiais e sociais. Uma das mais salientes será a *doença do chamamento*, que adiante abordarei e que se pressupõe indetectável pela biomedicina exactamente por resultar da acção directa e exclusiva de espíritos que pretendem transformar alguém em *nyanga*. Outra, de diagnóstico relativamente raro fora do campo da saúde reprodutiva,<sup>13</sup> corresponde à ideia de acção directa da feitiçaria sobre o indivíduo, quer bloqueando o funcionamento de alguns órgãos, quer (mais raramente ainda) canibalizando as suas faculdades vitais ou mentais. Mesmo essas excepções, contudo, se enquadram no conjunto de razões não materiais que são mobilizadas para explicar a afectação dos indivíduos por doenças.

Conforme seria de esperar pelo que anteriormente ficou exposto, essas razões seguem de muito perto aquelas que são concebidas para os infortúnios em geral. Também se pode, então, ser vítima de doença devido a incapacidade ou incúria do próprio, devido a feitiçaria, ou devido à acção ou inacção dos antepassados. Para além destas, contudo, são aceites duas outras possibilidades que, na verdade, decorrem indirectamente das anteriores: (a) a acção de espíritos que possuem alguém e pretendem forçar essa pessoa a tornar-se *nyanga*, provocando estados dolorosos e

<sup>12</sup> Este aspecto tem uma grande importância na posse dos terapeutas por espíritos exteriores à sua família e é uma fonte habitual de diagnósticos, de que Brigitte Bagnol (2002) apresenta vários exemplos.

<sup>13</sup> Nessa área específica, de facto, a infertilidade e a impotência são atribuídas com alguma frequência a práticas mágicas que não requerem uma acção material directa sobre as vítimas. Um diagnóstico recorrente liga-se à prática de selar e enterrar um pote, para que uma filha ou familiar adolescente não fique grávida em resultado de «*brincadeiras de juvena*», seguida da morte ou esquecimento da pessoa que fez esse bem intencionado feitiço, que continuando enterrado continua a “selar” o útero.



um enfraquecimento geral cujas causas serão indetectáveis pela biomedicina - esperando-se que eles se agravem até poderem levar à morte, a não ser que a pessoa aceite a escolha dos espíritos; (b) chamadas de atenção, para a sua presença e exigências, por parte de espíritos errantes que “apanharam boleia” com a vítima ou um seu familiar, quando essa pessoa passou na zona por onde eles deambulavam.<sup>14</sup>

A segunda destas hipóteses veio a constituir a base lógica para a realização de rituais de limpeza pós-guerra, que assumiram uma particular importância no processo de reintegração social dos ex-combatentes da guerra civil, terminada em 1992 (Granjo, 2006; 2007a). A primeira está no cerne da reprodução dos *tinyanga* enquanto grupo, seguindo os princípios de *culto de aflição* (Turner, 1968) detectados em diversos locais da África austral e central,<sup>15</sup> que conduzem à transformação de alguns pacientes em terapeutas, em resultado da cura e do diagnóstico que é feito acerca das razões subjacentes ao seu mal. Ambas relevam, no entanto, de um mesmo ponto, já antes referido: a incapacidade que impedirá antepassados e espíritos de comunicarem directamente com os vivos, obrigando-os a propiciar ou permitir infortúnios, para que as suas razões de queixa e exigências sejam procuradas e atendidas.

Sendo os aspectos que tenho vindo a expor os principais elementos constitutivos das noções de infortúnio, saúde e doença dominantes em Moçambique, dever-se-á salientar que deles decorre um corolário fundamental para as concepções da cura.

Por muito física que seja a manifestação de uma doença, ela pressupõe a existência de um desequilíbrio mental ou espiritual que afecta o paciente e esse desequilíbrio pressupõe, por sua vez, a existência de causas sociais. Segundo esta perspectiva holística, então, não

basta tratar a doença para curar o paciente; é também necessário restabelecer o equilíbrio social, incluindo a harmonia com os antepassados, ou os problemas de saúde continuarão a surgir, pelo facto de a sua causa última não ter sido solucionada.

A doença não é, assim, o oposto da saúde. Ao não se esgotar causalmente em si própria, ela é como que um sintoma - ou, mais precisamente, uma manifestação - de um problema último, que se encontra a montante. Dessa forma, o que está em causa não é apenas a capacidade curativa em relação a cada enfermidade específica, que os *tinyanga* reclamam para muitos casos e reconhecem à biomedicina para muitos outros. Essa capacidade poderá (e deverá) ser discutida e analisada segundo critérios físicos de eficácia, mas não será mais do que uma parte da cura. Nesta perspectiva, todas as pessoas (e técnicas) com capacidade para tal poderão tratar uma doença; mas só os *tinyanga* ou outros grupos com “poderes” similares<sup>16</sup> poderão descobrir a sua causa subjacente e conduzir à sua superação.

Na sequência deste ponto de vista, é muitas vezes referido um caso de colaboração entre diferentes saberes terapêuticos que assume um valor quase arquetípico e cuja realidade factual não conheço, nem me parece ser o seu aspecto mais relevante. Dizem vários *tinyanga* que na “missão americana” (Metodista), dispondo de hospital e de diversos missionários médicos, o final do tratamento era acompanhado por uma frase inesperada num tal contexto: «*Já resolvi o teu problema de saúde; agora, vai resolver o problema da tua família.*» Ou seja, seriam os próprios missionários/médicos a aconselhar aos pacientes a consulta de um curandeiro, para completar o processo de cura.<sup>17</sup> Se o faziam (e se é que o fizeram) por respeito pelas crenças locais, por técnica de *marketing* religioso ou

14 Dos espíritos errantes (normalmente considerados resultantes de mortos insepultos, de pessoas falecidas longe dos seus ou que já não têm descendentes e familiares vivos) diz-se, para citar um *nyanga*, que «*são como os patos quando saem do ovo; seguem a primeira coisa que mexe, para tomar conta deles*». Com uma frequente tendência para tentarem usurpar a identidade de outros espíritos, no intuito de garantirem acolhimento e companhia, dar-se-ão normalmente por satisfeitos - se nenhuma queixa legítima tiverem contra a família da pessoa que seguiram - com a oferta de uma «*palhota*», sob a forma de uma panela com tampa («*para os proteger da chuva*»), que lhes seja ritualmente oferecida e escondida no mato.

15 Veja-se Janzen (1992), Campbell (1998), Dijk *et al* (2000), Honwana (2002) e van Binsbergen (2003).

16 É o caso dos *Xéls*, que fazem derivar o essencial das suas capacidades de adivinhação e cura do Corão, ou dos *Maziones*, sacerdotes de uma igreja cristã que reapropria as tradições locais de doença e cura de acordo com um idioma que substitui os espíritos, nas suas acções benígnas e malignas, pelo Espírito Santo e os demónios.

17 É também muito referido o recurso a curandeiros por parte de médicos e sacerdotes, para a resolução de problemas sociais. Contudo, um tal recurso poderá estar associado à aceitação - ou dúvida plausível - do sistema local de *domesticação da incerteza* nas suas vertentes de regulação social e propiciação, sem que tal aceitação abranja necessariamente a explicação da saúde e da doença.



por uma visão também ela holista da saúde, será hoje quase impossível saber; o seu exemplo é, independentemente disso, apontado como antecedente histórico para uma futura situação desejável.

Deve contudo notar-se que esta ideia de uma complementaridade por soma sequencial de terapêuticas diferentes não é pacífica entre os *tinyanga*, nem totalmente coerente com alguns aspectos da sua ideologia profissional. Aliás, não corresponde sequer àquilo que muitos familiares de doentes hospitalizados fazem às escondidas dos médicos e enfermeiros: uma terapêutica simultânea em que, a par dos medicamentos hospitalares, proporcionam ao enfermo produtos e rituais prescritos pelo curandeiro de confiança da família.

Não se trata – conforme adiante discutirei – de uma mera situação de “jogar em dois tabuleiros”, na expectativa de aumentar as hipóteses de cura através da duplicação de tratamentos diferentes, em que a eficácia de um possa compensar as falhas do outro. Também esta prática semi-clandestina radica na noção de doença, sua etiologia e relação com a saúde.

Isto porque, nos casos em que a origem da doença seja atribuída à intervenção de entidades espirituais, não é esperado que a sua actuação se limite a propiciar novas enfermidades, após uma primeira cura. Numa tal situação, curar exige que o terapeuta e respectivos espíritos sejam aceites pela entidade espiritual causadora da doença, enquanto instrumentos de cura e de diagnóstico (realizado por adivinhação); caso contrário, o seu trabalho poderá ser boicotado. Trata-se de um processo negocial em que, para dar espaço ao tratamento, a entidade espiritual terá que ser coagida ou cativada – por sinais de boa vontade em relação às suas exigências, por meios rituais, por produtos que a apaziguem – e terá de continuar a sê-lo ao longo de toda a cura. Ou seja, independentemente das capacidades técnicas e farmacológicas do terapeuta, não é seguro que, por si só, ele as consiga aplicar de forma eficaz.

Assim, considera-se que não resolver o problema subjacente à doença pode ser um impedimento para a cura, pelo que, da mesma forma que na terapia de um *nyanga* interagem os tratamentos da enfermidade e

das suas razões sociais, uma tal interacção continua a ser vista como ideal quando é a biomedicina a ocupar-se do ataque à doença.

## Os Terapeutas

Mas quem são então estes *tinyanga*, envoltos numa aura de mistério e temor que, afinal, em grande medida partilham com médicos e psicanalistas?

Um primeiro aspecto a reter é que, de acordo com as teorias locais, não é *nyanga* quem quer mas quem, muitas vezes contra sua vontade, é seleccionado e «chamado» por espíritos que, através de um acto de possessão, querem trabalhar como curandeiros.

Numa família onde já houve pelo menos um(a) *nyanga*, essa situação herda-se, normalmente de duas em duas gerações e sem qualquer direito adquirido em função de uma posição genealógica específica.

Mesmo se a sociedade reconhece uma regra de descendência patrilinear e dá importância à senioridade e à primogenitura, uma pessoa poderá herdar espíritos que possuíram parentes consanguíneos tanto da família do seu pai como da sua mãe<sup>18</sup> e, de entre os vários indivíduos possíveis, espera-se que seja escolhido aquele cujo carácter é mais adequado à função, mesmo que seja filho (ou filha) júnior de alguém que já era júnior na sua geração. Por outro lado, embora o contexto social circundante seja marcado por uma forte dominação masculina, tão pouco o género é motivo de escolha e, se há mais mulheres que homens a exercerem a profissão, esta dificilmente poderá ser vista, na sua globalidade, como uma forma de poder feminino que pretenda contrabalançar as relações de género quotidianas.

A própria tendência geral para que a possessão salte uma geração pode apresentar excepções, nos casos de *tinyanga* que herdaram uma grande quantidade de espíritos. Como são atribuídas a estes últimos características semelhantes às de pessoas vivas “tradicionistas”, espera-se que lhes desagrade uma excessiva concentração de semelhantes seus, passível de potenciar conflitos, tendendo nesse caso a “dividir a aldeia” entre

18 Existe algum paralelo com a situação social, em que os princípios de descendência agnática são predominantes mas não exclusivos (Webster, 1976), coexistindo com sentimentos e deveres que resultam das alianças matrimoniais e perduram por várias gerações, a par de outros factores comuns como a herança do nome próprio ou irregularidades de *lobolo* (Granjo, 2005) – uma forma de casamento “tradicional” em que a família do noivo compensa a da noiva pela perda dos filhos e posteriores descendentes que resultem da união, em virtude dos princípios de descendência patrilinear.

duas gerações subsequentes, em vez de esperar pela morte do(a) *nyanga* para possuir alguém da geração dos seus netos. Nesse caso, a sua escolha pode ser anunciada – através de adivinhação, transe ou um sonho do *nyanga* – mesmo antes do nascimento da criança, juntamente com o gênero e o nome a atribuir ao bebê.

A situação mais habitual, contudo, é que a exigência de trabalho por parte dos espíritos assuma a forma da «doença de chamamento» que já mencionei e que, a par de sintomas individualizados, se caracterizará por uma fraqueza geral e fortes dores, para as quais a biomedicina não encontrará aparente explicação. Se a pessoa não reconhece a presença dos espíritos, recusa ou tenta adiar a chamada, espera-se que sistemáticas doenças, desgraças e mortes o venham a atingir a si e à sua família – de acordo com a lógica explicativa que expus relativamente aos infortúnios causados por antepassados.

Daqui resulta uma dinâmica que corresponde bastante à noção de *culto de aflição* (Turner, 1968), mesmo se “culto” não é uma palavra que eu escolhesse para a descrever. A pessoa que é vítima de uma *doença da chamada* procurará solução junto de um(a) *nyanga* e, uma vez que lhe seja diagnosticada uma possessão por parte de espíritos legítimos que «*querem trabalhar*», só poderá superar o problema aceitando tornar-se ela própria *nyanga*. O paciente tornar-se-á então um terapeuta e o vago crente, frequentemente semi-céptico acerca de tais assuntos (quanto mais não seja, por os seus pais lhe terem ocultado os antecedentes da família), tornar-se-á um divulgador e reproduzidor da crença.

A aceitação de um espírito não é, contudo, automática. Ele terá que demonstrar, através da transe do terapeuta que o diagnosticou, a sua identidade e legitimidade para exigir do paciente uma tal mudança de vida, o que implica que as histórias que evoca para

esse efeito sejam conhecidas pela família, mesmo que vagamente. Em casos excepcionais, será ainda possível negociar com os espíritos, oferecendo alternativas à sua exigência inicial – seja alegando que o acontecimento legitimador da possessão já aconteceu há tanto tempo que prescreveu, seja oferecendo uma outra pessoa que concorde ser possuída e, consequentemente, se torne *nyanga*.<sup>19</sup> Tal só é, no entanto, considerado viável quando os espíritos se manifestam pela primeira vez numa família.

Tenho vindo a referir “espíritos legítimos” e factores familiares, temendo induzir o leitor a pensar que a legitimidade das exigências de um espírito decorram do seu estatuto de antepassado, ou que cada antepassado seja um espírito. Neste contexto, nenhuma das assunções é verdadeira.

No que diz respeito à última delas, podemos dizer que, se todos os espíritos são antepassados de alguém (desde que lhes tenham sobrevivido descendentes), poucos antepassados se tornam espíritos. Embora, conforme referi, seja pressuposto que toda a gente tem uma parte espiritual que sobrevive à sua morte e se mantém na Terra, protegendo e corrigindo os seus descendentes, só alguns desses “restos” espirituais adquirem poderes excepcionais, em resultado do estatuto, acções ou excepcional força espiritual que tiveram em vida, ou devido a circunstâncias negativas na sua morte. Só esses são, em sentido estrito, espíritos.

Quanto à eventual necessidade de um espírito ser antepassado da pessoa que quer possuir para que tal exigência seja considerada legítima, deveremos estar cientes de que, pelo contrário, o acesso ao conjunto completo de capacidades a que um(a) *nyanga* pode aspirar implica a sua possessão por espíritos de três diferentes origens:<sup>20</sup>

#### Quadro 1 - Origem do espírito e suas capacidades

| Origem do espírito              | Principal capacidade       | Capacidades e tarefas complementares    |
|---------------------------------|----------------------------|---|
| <i>vaNguni</i>                  | Adivinhação                | Cura; Liderança da consulta/cura        |
| <i>Tinguluve</i> (antepassados) | Cura                       | Adivinhação; Liderança da casa/“aldeia” |
| <i>vaNdau</i>                   | <i>Kufemba</i> (exorcismo) | -                                       |

19 Uma situação como esta última pode ser consultada em Polanah, 1987.

20 Embora consensual, esta classificação não exclui outras integrações excepcionais. Por exemplo, conheço um *nyanga* que afirma ser possuído, para além de todos os restantes, pelo espírito de um homem de origem Luso-indiana sem quaisquer relações de parentesco com a sua família. Eu próprio fui diagnosticado como um futuro espírito, após a minha morte, embora seja classificado como um Europeu sem ligações familiares a África.

Conforme Alcinda Honwana (2002) sugere, esta divisão reproduz em termos “étnicos” as representações socialmente partilhadas acerca das guerras e ascensão do Império de Gaza, instalado em princípios do século XIX e desmantelado pela ocupação efectiva do território por parte dos portugueses, em 1895.<sup>21</sup>

Olhando este quadro nº 1 a partir do ponto de vista sul do país, temos de um lado o invasor Nguni que se tornou governante, de cujas técnicas de guerra e adivinhação perdurou uma imagem de superioridade que o faz corresponder, em referências populares e dos *nyangas*, ao *leitmotiv* mitológico do herói civilizador; temos depois os «*donos da terra*», vencidos e assimilados pelo invasor, devendo à sua submissão o estatuto e nome que vieram a ter;<sup>22</sup> temos por fim o Ndau, lembrado como o rebelde resistente às invasões e guerras que lhe foram movidas pelos anteriores, sob comando dos *vaNguni*, e cuja determinação e resiliência só poderiam ser explicadas pela posse de um forte poder espiritual.<sup>23</sup>

Não obstante o que acabei de expor, a família também fornece, num sentido diferente, o princípio legitimador para a integração de espíritos exteriores – e isto de acordo com uma lógica de culpa e de dever. De facto, a legitimidade da exigência de um espírito “estrangeiro” para possuir alguém e «*trabalhar*» deriva da relação que terá mantido com antepassados da família, quando todos eles estavam vivos. Normalmente, os espíritos *vaNguni* seriam senhores ou amigos de um antepassado que auxiliaram a família e já não têm descendência, enquanto no caso dos *vaNdau* poderá tratar-se de uma mulher trazida da guerra como escrava e concubina, dos seus parentes chacinados (a cujos espíritos ela mostrou o caminho para a casa da família que a manteve cativa), ou de um guerreiro morto antes de casar, que por isso exigiu à família do seu oponente uma esposa viva e acabou por decidir *trabalhar*, quando a sua raiva se apaziguou ao longo do tempo.

Na actualidade, o último tipo de exigência não deveria ocorrer durante a vida de quem matou em

situação de guerra, devido à realização de rituais de limpeza (Granjo, 2006; 2007a). Por essa razão, é muito frequente que os *tinyanga* estejam genuinamente preocupados com uma “epidemia” de possessões durante a próxima geração, quando os soldados sobreviventes da guerra civil começarem a morrer. Essa é, no entanto, a situação no sul do país, onde a lógica pré-existente de classificação e hierarquização dos espíritos foi aplicada de forma directa a rituais quase generalizados. Nas zonas do centro de Moçambique em que os rebeldes da Renamo foram encarados como uma força exterior *vaNdau* – imagem que a própria organização estimulou, dado o temor pela capacidade de voltarem da morte enquanto espíritos vingativos que é atribuída a esse grupo – emergiram no pós-guerra os chamados espíritos Gamba, atribuídos a guerrilheiros da Renamo (Marlin, 2007), enquanto nas zonas *vaNdau*, sem tradição de integração de espíritos provenientes de outros grupos moçambicanos, se assistiu à multiplicação de espíritos Gamba atribuídos a tropas zimbabueanas (Igreja, 2007), apesar de estas terem sofrido poucas baixas e recuperarem os corpos dos seus mortos.

Independentemente da origem do espírito, contudo, as consequências ontológicas da possessão dos *tinyanga* são no essencial as mesmas.

Embora um espírito não possua o corpo da pessoa de forma contínua, tanto ele quanto o indivíduo possuído deixarão de ser as entidades separadas e independentes que antes eram, para se tornarem num ser simbiótico, com uma identidade nova e comum. Cada um influencia o comportamento e a identidade do outro, adaptando-se a essa coexistência durante o seu processo de preparação para se tornarem um *nyanga*. De facto, um dogma local afirma que é o espírito (e não a pessoa que o hospeda) quem é treinado para trabalhar, pois o seu conhecimento foi em grande parte esquecido desde a morte do(a) hospedeiro(a) anterior; se a pessoa também aprende ao longo desse processo, diz-se, tal resulta da simbiose entre os dois.

21 Acerca deste Estado africano e dos diversos aspectos da sua ascensão e derrocada, veja-se Clarence-Smith (1990 [1985]), Liesegang (1986), Neves (1987 [1878]), Pélissier (1994) e Vilhena (1996).

22 O nome do maior grupo linguístico do sul de Moçambique, “Changana”, deriva da expressão “servos de Shangana”, o nome político do primeiro imperador de Gaza.

23 Este tipo de classificação foi recuperado e enfatizado durante a longa guerra civil que terminou em 1992 e, desde então, volta a ser manipulada em reclamações regionalistas, que chegam a utilizar a expressão «*colonialismo Zulu*» (Florêncio, 2005). Note-se também que a guerra civil é por vezes referida como «*a guerra dos espíritos*», em paralelo com as análises de Geffray (1991). Também os portugueses tendem a ser considerados espíritos fortes, numa explicação implícita mas directa da derrota de Gungunhana e do subsequente domínio colonial.

Terminado o processo, através de provas públicas da sua capacidade de adivinhação e de detecção de espíritos, o *nyanga* é não apenas um novo profissional mas uma nova pessoa, passando a estar integrado numa estrutura de relações, obrigações e controle que inclui o seu mestre e condiscípulos, podendo estender-se para “gerações” ascendentes e descendentes – a sua *b’andla*.

Esta integração e controle (deontológico e técnico) não fazem, contudo, com que fiquem manietados num quadro de práticas e de discursos tradicionalistas e repetitivos. Conforme pude verificar junto de *tinyanga* com os mais diversos graus de escolaridade e Harry West (2004) aponta para o norte de Moçambique, a sua prática inclui experiências, especulações e inovações, estando eles, regra geral, bastante interessados tanto no reconhecimento externo do seu trabalho, quanto nas explicações e práticas curativas vigentes noutros contextos, sejam eles a biomedicina ou não.

## As Terapias

Como se compreenderá, o quadro de práticas terapêuticas desenvolvidas pelos *tinyanga* é demasiado vasto e diversificado para poder ser exposto num artigo desta natureza. Limitar-me-ei, por isso, a enunciar as principais fases por que poderá passar um tratamento.

O primeiro passo é o diagnóstico, feito neste caso por adivinhação. O sistema predominante nas zonas meridionais de Moçambique é o lançamento do “*tinhlolo*”, um conjunto de ossos, búzios, carapaças de tartaruga, pedras, moedas, invólucros de sementes e por vezes dados, que é complementado por dois outros conjuntos de adivinhação, um composto por seis escamas dorsais de crocodilo e o outro por seis cascas de sementes de *nulu* (lat. *carissa arduina*).

Conforme salientam os *vanyamussoro*, não é suposto que estes objectos tenham um poder autónomo ou uma vida própria (Granjo, no prelo). «*São coisas que representam coisas*» e que, portanto, poderiam ser substituídas por outras; são também objectos inúteis, na ausência de espíritos que através deles se expressem e ajudem a interpretar a complexidade das suas mensagens: «*O tinhlolo é como o estetoscópio do médico. Só torna as coisas mais claras. É o médico que tem que saber o que significa o que ele está a ouvir e o que ele está a ouvir existe sem o estetoscópio, é só uma ajuda. O tinhlolo ainda é mais útil para nós, porque é o nosso*

*estetoscópio, o nosso Raio X e as nossas análises, ao mesmo tempo.*»

O objectivo que a adivinhação assume no processo terapêutico é, de facto, triplo: (1) descobrir qual o problema do paciente, seja ele uma doença ou não; (2) descobrir a causa subjacente a esse problema e, se esta for de carácter espiritual, quem a provocou e o que deseja; (3) definir a terapia a aplicar.

Este percurso de descoberta é também um processo de diálogo com o paciente, que terá de reagir às informações que lhe são dadas e às perguntas que lhe são feitas, confirmando ou infirmando as linhas de leitura e interpretação do *nyanga* e permitindo dessa forma o seu progressivo aprofundamento, até o próprio *tinhlolo* se tornar secundário na consulta.

No entanto, como tive oportunidade de desenvolver noutra ocasião (Granjo, 2007), embora o sistema de *domesticação do aleatório* que é dominante em Moçambique – e, com ele, a adivinhação que o acompanha – tenha uma aparência determinista, segue na verdade uma lógica de *caos determinístico* (Eglash, 2005), em que é pressuposta a existência de uma ordem subjacente aos acontecimentos, mas de tal forma complexa que estes se assemelham a sequências caóticas que não poderão ser dominadas, mas apenas influenciadas.

Ou seja, o sistema é baseado numa estrutura determinista, aspira a explicar e regular a incerteza, mas o seu resultado é caótico em virtude da interacção de uma multitude de entidades com agência própria (vivas ou mortas), cujas intenções e acção não podem ser conhecidas na totalidade e estão em permanente mutação, em resultado da agência de terceiros.

Quer isto dizer que as condições que estiveram na base dos problemas actuais podem ser alteradas e o futuro não está predeterminado. Espera-se da adivinhação, por um lado, que detecte *a posteriori* as razões subjacentes aos acontecimentos passados e, ao fazê-lo, torne esses acontecimentos compreensíveis e permita uma reacção eficaz, através da correcção das suas causas mais profundas ou da protecção contra elas. Por outro lado, espera-se que vaticine quais os apoios e obstáculos a projectos futuros, de forma a permitir a adopção das estratégias, decisões e precauções mais adequadas.

A adivinhação produz, assim, uma conjuntura de quadros de causas e relações que deixa significativo espaço para a acção do *nyanga* e do paciente, mas que será também influenciada pela agência de muitas

outras pessoas, vivas ou mortas. Por isso, o resultado nunca está assegurado à partida.

Do diagnóstico feito resultará, contudo, a linha de tratamento.

Quanto às causas sociais, se é considerado que elas resultam da vontade de antepassados, haverá que definir e executar as medidas compensatórias para com eles e para com os vivos eventualmente lesados pela falta social que lhes desagrada.

Se são diagnosticadas como feitiçaria, haverá, antes de mais, que afastar as entidades ou forças que lhe servem de veículo. Normalmente, isso poderá ser feito através de duas das formas de *kufemba*, ou expulsão de espíritos: a fumigação com incensos específicos para o efeito e o *bafo*, uma espécie de sauna em que o paciente se senta, tapado, junto de uma panela em que ferve uma mistura de produtos vegetais e animais em que normalmente antes se banhou, ou se banhará em seguida.

Se a causa é atribuída à acção de espíritos abusivos, poderá ser necessário, para além dos anteriores, efectuar um *kufemba de xizingo*, em que o *nyanga* usa o seu *tchova* (uma cauda de gnu que tem na pega pelos de cauda de hiena – o *xizingo*) para detectar, em transe e pelo cheiro, o espírito a afastar. Dependendo do diagnóstico e daquilo que na altura encontrar, poderá então limitar-se a expulsá-lo, ou então deixá-lo falar através de si, para que possa expor as suas razões ou exigências.

Trate-se de espíritos ou de feitiçaria, medidas de protecção deverão depois ser tomadas, mas estas são bastante semelhantes em todos os casos, sejam eles de saúde, de propiciação ou de protecção social.

Na sequência destas acções ou sem recurso a elas (caso a sua necessidade não tenha sido diagnosticada), as enfermidades específicas poderão ser tratadas de formas muito diversas. Uma delas é de novo o *bafo*, neste caso com farmacopeia botânica específica para cada doença. Outras formas de aplicação de fármacos são a ingestão, a inalação, os banhos e a aplicação em incisões na pele, na chamada *vacina*. Neste último caso, o aplicação é muitas vezes feita em simultâneo com o tratamento de protecção para “blindar” o corpo, sendo os cortes efectuados nos pontos considerados mais vulneráveis à agressão externa, espiritual ou física: a cabeça, as costas e peito, a zona dos rins e as articulações dos membros.

Os tratamentos de saúde poderão ainda envolver processos rituais e purificações, incluindo abluções ou o sacrifício de animais, com cujo sangue o paciente é lavado.

Não podem ser encerrados, no entanto, sem duas outras acções: por um lado, sem assegurar a protecção futura, normalmente através de *vacina*, mas que também poderá incluir banhos, *bafos*, defumações e amuletos; por outro, sem recorrer de novo à adivinhação, para verificar se o tratamento foi totalmente eficaz, tanto nos seus resultados físicos quanto na resolução dos problemas que os originaram.

Segundo os *tinyanga*, há doenças que só os hospitais curam e doenças que só eles curam. Reclamam entre estas últimas a epilepsia, a asma, a recuperação de trombozes e alguns tipos de infertilidade e impotência. Quanto às restantes, ao alcance de ambas as lógicas de terapia, afirmam que as principais diferenças nos resultados residem na natureza dos fármacos empregues. Mesmo se algumas das plantas que utilizam têm que ser aplicadas com parcimónia, pelos seus efeitos tóxicos caso a dose ideal seja ultrapassada, apontam aos medicamentos dos hospitais uma acção em geral mais rápida, mas também menos duradoura e mais passível de criar efeitos secundários.

Esta afirmação recorrente merece, por certo, ser objecto de pesquisa especializada. Uma tal pesquisa não pode, contudo, fazer ignorar que, na perspectiva dos *tinyanga* e da população que a eles recorre, o que está em causa não é apenas um efeito farmacológico, mas o restabelecimento da harmonia social da pessoa, e que a própria eficácia farmacológica disso depende.

### Espaços sociais e terapêuticos dos *tinyanga*

É habitual ouvir-se que o recurso da população moçambicana aos vários tipos de curandeiros deriva da insuficiência de médicos, ou da falta de dinheiro das famílias.

Se um tratamento com um *nyanga* não é necessariamente mais barato do que o recurso à biomedicina, podendo até tornar-se bem mais dispendioso, é uma triste verdade que a cobertura médica é muito insuficiente ou mesmo inexistente em vastas áreas do país.

Apesar disso, em poucos casos o recurso aos *tinyanga* derivará sobretudo de uma ausência de alternativas.

Philip Peek salientava há mais de 15 anos (Peek, 1991, p.1), reiterando um artigo pioneiro de George

Murdock (1945), que em todas as culturas conhecidas pela história ou a etnografia existem sistemas de adivinhação. Prefiro pensar, de uma forma mais lata, que em todas elas existem sistemas de *domesticação da incerteza*, sistemas que pretendem dar sentido à casualidade e, a partir dele, guiar a intervenção humana sobre o que é incerto e desconhecido. Se existem, acrescento, correspondem certamente a uma necessidade humana de carácter universal.

Essa necessidade de combater a humilhação da incerteza, a sua falta de sentido e a dependência humana em relação a ela, encontrou uma resposta coerente e estruturada entre os moçambicanos. Nesta resposta, a existência de razões sociais para o infortúnio e a indissociabilidade entre saúde física, mental e social são elementos centrais e largamente partilhados, mesmo que de forma variável consoante os grupos sociais e os indivíduos.

A adivinhação da suposta etiologia social de uma doença torna-se, assim, a primeira questão a que haverá que dar resposta, desde que a evolução do padecimento não seja demasiado rápida para impedir outra coisa que não uma actuação de emergência. Por seu lado, a cura não será mais do que um paliativo, caso se limite a tratar a doença física.

Max Gluckman sugeriu há meio século (Gluckman, 1987 [1958]) que a variável central no processo de adopção, recusa ou ênfase de um determinado costume, seja ele endógeno ou exógeno, é a sua capacidade para expressar e gerir as formas relevantes de conflito e cooperação existentes na sociedade, sejam elas antigas ou resultantes de mudanças sociais em curso. Tive a oportunidade de verificar que o mesmo se aplica a sistemas de racionalidade com pressupostos muito diversos, podendo mesmo levar à sua coexistência e à sua aplicação alternativa, em função da pertinência que em cada caso apresentem (Granjo, 2008).

Ir ao *nyanga* não é uma opção fácil, dado o receio que inspiram os seus esperados poderes.<sup>24</sup> É uma opção que, apesar disso, os pacientes e seus familiares tomam porque, precisamente, ela lhes fornece uma mais-valia de significado e de reintegração social, uma possibilidade consensual de expressar e gerir não apenas a

enfermidade presente, mas também as relações de solidariedade e conflito em que estão inseridos. Isto, independentemente de poderem confiar tanto ou mais nos “remédios de hospital”, de os poderem usar em simultâneo, ou de estarem ou não desesperados com os seus resultados.

Sendo considerada essa mais-valia, tão pouco existem razões sociológicas para o abandono do sistema de interpretação do infortúnio que comecei por expor, ou do recurso terapêutico que lhe está associado.

Neste quadro, mesmo se os curandeiros são um instrumento essencial de saúde pública em vastas áreas rurais, o seu papel não deve nem pode ser reduzido ao de “médicos para pobres”, num Estado que se queixa de falta de recursos.

De que forma o seu entrosamento com o sistema de saúde oficial poderá ser alcançado, e em torno de que pontos, são as perguntas de mais difícil resposta. Para a encontrar, contudo, não precisam de quem fale por eles; precisam de ter com quem falar.

Referi, páginas atrás, o elevado interesse que outros conhecimentos terapêuticos, incluindo os da biomedicina, despertam nos *tinyanga*. Numa perspectiva algo cínica mas não destituída de verdade, podemos dizer que parte do seu interesse derivará do facto de esses conhecimentos exteriores poderem vir a ser por si reapropriadas em benefício do seu prestígio profissional e da atracção e fixação de clientes.

Trata-se também, não obstante, de um genuíno interesse intelectual, que pode quase assumir o estatuto de necessidade ontológica no caso daquelas pessoas que, devido à sua origem urbana e a um *chamamento* tardio, chegaram a licenciar-se ou mestrar-se noutras áreas de saber. Dominando com facilidade sistemas de racionalidade diferentes e concorrentes, encontram-se de certa forma divididos entre dois mundo, que precisam de compatibilizar. O seu grau de reflexão acerca de ambos os sistemas e das práticas profissionais que desenvolvem é, por isso, muito elevado e bastante difícil de encontrar entre os praticantes de biomedicina.

São esses *tinyanga*, afinal, os potenciais intermediários e tradutores entre ambas as práticas e sistemas conceptuais.

<sup>24</sup> Para além dos medos difusos de contactar de perto com uma pessoa a quem são atribuídos vastos e desconhecidos poderes, há dois receios explícitos que são recorrentemente referidos na *vox populi*: a eventualidade de o *nyanga* retirar força vital a um paciente a fim de a transferir para um outro, mais rico ou influente, e - num curioso paralelo com as reservas dos europeus para com a psicoterapia - a possibilidade de se criar uma dependência em relação a ele, para qualquer decisão importante futura.



## Referências

- BAGNOL, B. Lovolo, identities and violence: embodiment of histories and memories. Comunicação ao «8<sup>th</sup> International Interdisciplinary Congress of Women», 2002.
- BINSBERGEN, W. Intercultural Encounters - African and anthropological lessons towards a philosophy of interculturality. Münster: Lit, 2003.
- CAMPBELL, S. Called to Heal - traditional healing meets modern medicine in southern Africa today. Johannesburg: Zebra, 1998.
- CASTRO, E. V. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo améríndio. *Mana*, v.2, n.2, p. 115-144, 1996.
- CLARENCE-SMITH, G. O Terceiro Império Português (1825-1975). Lisboa: Teorema, 1990 (1985).
- DIJK, R. *et all* (Eds). The quest for fruition through Ngoma. Oxford: James Currey, 2000.
- EGLASH, R. An ethnomathematics comparison of African and Native American divination systems. Disponível em: <[http://www.ccd.rpi.edu/Eglash/papers/eglash\\_div\\_paper.doc](http://www.ccd.rpi.edu/Eglash/papers/eglash_div_paper.doc)>. Acesso em: 14 dez. 2005.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande. Rio de Janeiro: Zahar, 1978 (1937).
- FLORÊNCIO, F. Ao encontro dos Mambos - Autoridades tradicionais vaNdau e Estado em Moçambique. Lisboa: ICS, 2005.
- GEFFRAY, C., A causa das armas em Moçambique: antropologia da guerra contemporânea em Moçambique. Porto: Afrontamento, 1991.
- GLUCKMAN, M. Análise de uma Situação Social na Zululândia Moderna. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org). Antropologia das Sociedades Complexas: métodos. S. Paulo: Global, 1987, p. 227-344.
- GRANJO, P. «Trabalhamos sobre um barril de pólvora» - homens e perigo na refinaria de Sines. Lisboa: ICS, 2004.
- GRANJO, P. Lobolo em Maputo - um velho idioma para novas vivências conjugais. Porto: Campo das Letras, 2005.
- GRANJO, P. Back Home. Post-war cleansing rituals in Mozambique. In: NICOLINI, B. (Ed). Studies in Witchcraft, Magic, War and Peace in Africa (19<sup>th</sup> and 20<sup>th</sup> centuries). Lampeter: Mellen Press, 2006, p. 277-294.
- GRANJO, P. Determination and Chaos, According to Mozambican Divination. *Etnográfica*, v.XI, n.1, p. 9-30, 2007.
- GRANJO, P. Limpeza ritual e reintegração pós-guerra em Moçambique. *Análise Social*, n.182, p. 123-144, 2007a.
- GRANJO, P. Dragões, Régulos e Fábricas: espíritos e racionalidade tecnológica na indústria moçambicana. *Análise Social*, n.187, p. 223-249, 2008.
- GRANJO, P. «It's just the starting engine»: The status of spirits and objects in south Mozambican divination". In: BEEK, W; PEEK, P. (Eds). Divination on South-Saharan Africa. Leiden: Brill Publishers, no prelo.
- GREEN, E. C. Indigenous theories of contagious disease. Walnut Creek: Altamira, 1999.
- GREEN, E. C.; JURG, A.; DGEDGE, A. The Snake in the Stomach: Child Diarrhoea in Central Mozambique. *Medical Anthropology Quarterly*, v.8, n.1, p. 4-24, 1994.
- HONWANA, A. Espíritos vivos, tradições modernas: possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique. Maputo: Promédia, 2002.
- IGREJA, V. Healing through repatriation in Mozambique's post-civil war: Gamba spirits and the great trek to Zimbabwe. Comunicação ao seminário «No War, No Peace - coping with war aftermath in a cross cultural perspective», Brown University, 2007.
- JANZEN, J. M. *Ngoma: discourses of healing in central and southern Africa*. Berkeley: University of California Press, 1992.
- LIESEGANG, G. Vassalagem ou tratado de amizade? História do acto de vassalagem de Ngungunyane nas relações externas de Gaza. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique, 1986.



- MARLIN, R. Crossing the Zambezi: identity, spirit possession, and healing in post-war central Mozambique. Comunicação ao seminário «No War, No Peace - coping with war aftermath in a cross cultural perspective», Brown University, 2007.
- MURDOCK, G. The common denominator of cultures. In: LINTON, R. (Ed). The Science of Man in the World Crisis. New York: Columbia University Press, 1945, p. 123-142.
- NEVES, D. F. Das Terras do Império Vátua às Praças da República Bóer. Lisboa: Dom Quixote, 1987 (1878).
- PEEK, P. (Ed). African divination Systems - ways of knowing. Indianapolis: Indiana University Press, 1991.
- PÉLISSIER, R. História de Moçambique: formação e oposição 1854-1918. Lisboa: Estampa, 1994.
- POLANAH, L. O Nhamussoro e outras funções mágico-religiosas. Coimbra: IAUC, 1987.
- TURNER, V. The drums of affliction: a study of religious process among the Ndembu of Zambia. London: Oxford University Press, 1968.
- VILHENA, M. C. Gungunhana no seu reino. Lisboa: Colibri, 1996.
- WEBSTER, D. Agnation, Alternative Structures, and the Individual in Chopi Society. Grahamstown, 1976. Tese (Doutorado em Antropologia) - Rhodes University, 1976.
- WEST, H. Working the borders to beneficial effect: The not-so-indigenous knowledge of the not-so-traditional healers in northern Mozambique. Comunicação ao «Social Anthropology Seminar of the London University College», 2004.
- WESTERLUND, D. Spiritual Agents of Illness. In: OLUPONA, J. K. (Ed). African Spirituality: Forms, Meanings and Expressions. New York: Crossroad, 2000, p. 152-175.

Recebido em: 20/09/2008  
Aprovado em: 13/12/2008