

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

GREGÓRIO ADÉLIO MANGANA

O ESTATUTO DA “MEDICINA TRADICIONAL” EM MOÇAMBIQUE:  
GOVERNANÇA, (BIO) DIVERSIDADE EPISTÊMICA E (DES)  
COLONIALIDADE

RECIFE

2024

GREGÓRIO ADÉLIO MANGANA

O ESTATUTO DA “MEDICINA TRADICIONAL” EM MOÇAMBIQUE:  
GOVERNANÇA, (BIO) DIVERSIDADE EPISTÉMICA E (DES)  
COLONIALIDADE

Tese a ser apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia.

**Orientador:** Prof. Dr. Remo Mutzenberg

**Coorientador:** Prof<sup>ª</sup>. Dra Maria Paula Meneses

RECIFE

2024

GREGÓRIO ADÉLIO MANGANA

O ESTATUTO DA “MEDICINA TRADICIONAL” EM MOÇAMBIQUE:  
GOVERNANÇA, (BIO) DIVERSIDADE EPISTÊMICA E (DES)  
COLONIALIDADE

Tese a ser apresentada ao Programa de Pós-graduação em Sociologia, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia.

**Aprovado em Recife, 16 de Dezembro de 2024**

**Banca Examinadora**

---

Prof. Dr. Remo Mutzenberg – Orientador (Presidente da Banca)  
PPGS/ Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Marcílio Dantas Brandão Examinador Interno  
PPGS Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Gustavo Gomes da Costa Santos – Examinador Interno  
PPGS/ Universidade Federal de Pernambuco

---

Profª Drª. Isabel Maria Alçada Padez Cortesão Casimiro – Examinadora Externa  
CEA/ Universidade Eduardo Mondlane

---

Profª Drª Jacimara Souza Santana – Examinadora Externa  
Universidade do Estado da Bahia/UNEB

## Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Mangana, Gregório Adélio.

O Estatuto da "Medicina Tradicional" em Moçambique: governança,  
(bio) diversidade epistémica e (des) colonidade / Gregório Adélio  
Mangana. - Recife, 2024.  
251f.: il.

Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Pernambuco, Centro de  
Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Sociologia,  
2024.

Orientação: Prof. Dr. Remo Mutzenberg.

Coorientação: Profª. Dra Maria Paula Meneses.

1. Medicina tradicional; 2. Governança; 3. Regulamentação; 4. (Des)  
colonialidade; 5. Moçambique. I. Mutzenberg, Remo. II. Meneses, Maria  
Paula. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central



Ata da ducentésima quinquagésima nona defesa de Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco, no dia 16 de dezembro de 2024.

Ao décimo sexto dia do mês de dezembro de dois mil e vinte e quatro, às 08:30 horas, em sessão pública realizada de forma remota, teve início a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "O Estatuto da "medicina tradicional" em Moçambique: governança, (bio) diversidade epistêmica e (Des) colonialidade" do doutorando **GREGÓRIO ADÉLIO MANGANA** na área de concentração mudança social, sob a orientação do Prof. **Remo Mutzenberg**. A Comissão Examinadora foi aprovada pela Comissão Gestora do Programa de Pós-Graduação em Sociologia em 22/11/2024, sendo composta pelos Professores: Dr. Remo Mutzenberg (Presidente/Orientador), do Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPE; Dr. Marcílio Dantas Brandão (Titular Interno), do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE; Dr. Gustavo Gomes da Costa Santos (Titular Interno), do Departamento de Sociologia da UFPE; Dra. Isabel Maria Alçada Padez Cortesão Casimiro (Titular Externa), do Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane; e Dra. Jacimara Souza Santana (Titular Externa), da Universidade do Estado da Bahia/UNEB. Após cumpridas as formalidades conduzidas pelo presidente da comissão, professor Remo Mutzenberg, o candidato ao grau de Doutor foi convidado a discorrer sobre o conteúdo do Trabalho de Conclusão de Curso. Concluída a explanação, o candidato foi arguido pela Comissão Examinadora que, em seguida, reuniu-se para deliberar e conceder-lhe a menção **APROVADO**. Para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia, o concluinte deverá ter atendido todas às demais exigências estabelecidas no Regimento Interno e Normativas Internas do Programa, nas Resoluções e Portarias dos Órgãos Deliberativos Superiores, assim como no Estatuto e no Regimento Geral da Universidade, observando os prazos e procedimentos vigentes nas normas.

Recife, 23 de janeiro de 2025.

  
**FRANCISCO JATOBÁ DE ANDRADE**  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Sociologia – UFPE – SIAPE: 1963378





**8º Tabelionato de Notas do Recife**  
Ivaldo de Figueiredo Andrade de Oliveira Filho - Tabelião Público  
www.tabelionatofigueiredo.com.br

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade de  
[04047921] – **FRANCISCO JATOBÁ DE ANDRADE**.....  
Selo digital 0073783.BJ201202504.02808  
Emolumentos 4,89 TSNR 1,11 FERG 0,55 FERM 0,05 FUNSES  
0,11 ISS 0,28 Total R\$ 7,10  
Recife, 23 de Janeiro de 2025  
**MARIA JOSE VIEIRA DE CARVALHO SEGUNDA ESCRIVENTE**  
AUTORIZADA.....  
Consulte Autenticidade em: www.tpe.jus.br/validadigital



 **MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES**  
Escritório de Representação do MRE no Nordeste - ERI  
Reconheço verdadeira, por semelhança, a assinatura indic.  
com o sinal MRE/ERENE. A presente legalização não implica  
aceitação do teor do documento.  
**03 FEV. 2025**  
  
☒ Embaixador Lineu Pupo De Paula

Ao meu Pai, Adélio Mangana Gregório (*in memoriam*)

## AGRADECIMENTOS

O percurso acadêmico é cheio de desafios. E estes desafios impactam profundamente a nossa vida como pessoas imbuídas de responsabilidades familiares (como filho, marido, pai, irmão) e profissionais. Isto quer dizer que ele afeta, direta ou indiretamente não apenas a mim, mas sobretudo as pessoas próximas. É por esta razão que estes anos de formação foram acompanhados por uma mistura de momentos e sentimentos (melancolia, desânimo, nostalgia, mas também de entusiasmo e festejos). Portanto, sensibilidades próprias de quem está distante do aconchego e conforto de casa e dos seus, outrossim de quem conheceu novos lugares que passaram a ser considerados lares e pessoas que passaram a ser consideradas (mais do que mestres e mentores), família e amigos. Neste percurso foram profundamente relevantes, instituições sem as quais estas redes de relações não teriam sido possíveis. É neste sentido que quero deixar os meus profundos agradecimentos:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que através do Programa de Estudantes-convênio de Pós-Graduação (PEC-PG), possibilitou, não apenas o financiamento dos meus estudos na Universidade Federal de Pernambuco, mas, sobretudo, a construção de relações com diversos companheiros que à minha semelhança estavam ali para a realização de um sonho, que era o doutorado.

À coordenação do PPGS. À secretária do PPGS/UFPE, particularmente a Karine Mendes e Mônica Malafaia, que sempre estiveram presentes em todo o percurso acadêmico oferecendo todo apoio necessário. Colocando-se sempre à disposição para a resolução de todas as inquietações de índole estudantil.

À Universidade Pedagógica e à Universidade Save por autorizarem a continuação dos meus estudos. Quando saí para fazer o doutorado, a Universidade Pedagógica foi extinguida, criando-se, a partir dela, 5 novas universidades, a Universidade Save, faz parte das cinco novas universidades criadas, a qual passei a fazer parte.

Aos Professores e Professoras do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), por terem pacientemente me iniciado a prática sociológica, da qual não tinha nenhuma familiaridade senão muito

parcialmente. Ao Professor Heraldo Souto, que tendo conhecimento de que haviam alguns estudantes que não tinham em sua formação uma base sociológica, nos introduziu, a mim e a Luciana Martins Campos, a uma espécie de ritual sociológico, para que pudéssemos ter pressupostos suficiente para podermos seguir, na altura, a jornada do mestrado.

Ao meu orientador Remo Mutzenberg, que mesmo sem nos conhecermos fisicamente, acreditou e abraçou o meu projeto do mestrado, e posteriormente o projeto de doutorado. Mutzenberg, tal como Souto, pegou-me pela mão, tal como um pai, e introduziu-me ao mundo da sociologia. Sou muito grato ao acompanhamento e à dedicação por ele empreendida, para que eu me tornasse praticante da sociologia. Isto porque este ciclo que termina, é na verdade o início de uma carreira profissional para esta área.

Quero agradecer à professora Eliane Veras, pelo aprendizado que durante este percurso fui colhendo e sobretudo pelas contribuições empreendidas no meu projeto de pesquisa no exame de qualificação. Estendo estes agradecimentos a Laura António Nhaueleque e ao Professor Paulo Henriques Martins, as contribuições empreendidas foram profundamente importantes para a realização deste trabalho.

Agradeço à Professora Maria Paula Meneses, pelas contribuições que consubstanciaram o viés teórico e metodológico tomados no início da pesquisa, e sobretudo pela recomendação de bibliografia e fontes físicas, que pudessem auxiliar na realização da pesquisa. Esta contribuição não seria possível sem a colaboração do Elísio Macamo e do meu orientador, Remo Mutzenberg.

À Direção Nacional de Medicina Tradicional, por ter-me aberto as portas e contribuído em tudo que fosse necessário para a realização da pesquisa.

As associações de medicina tradicional, que sem sua abertura e apoio a presente tese jamais teria se materializado.

À TV limpopo, que me recebeu durante a pesquisa de campo, e muito em particular ao meu amigo Daniel Covane, apresentador na ocasião, do programa “coisas de tradição”.

Aos meus amigos, colegas e irmãos do Programa de Pós Graduação em Sociologia, sobretudo ao Roberto Lemos, pela amizade, companheirismo e sua entrega



abnegada sempre que fosse necessário. Ao Inã Cândido Medeiro e Rômulo Santos que partilhámos não apenas momentos de debate e reflexões académicas, mas sobretudo momentos de fortalecimento emocional e de confraternização. Aos demais colegas, que mesmo não partilhando a mesma turma, a Universidade e o PPGS nos unia como uma verdadeira família.

Quero agradecer ao Jaime Jemuce, meu conterrâneo e vizinho de quarto, durante os anos do doutorado, sempre presente em momentos alegres e tristes. Aos demais colegas moçambicanos em Recife, onde a diáspora se permitiu ser um lugar de encontro, de amizade, de sonhar um Moçambique próspero e sobretudo de confraternização. Ao Mário e à Silvia, que me receberam carinhosamente em sua casa (transformada em república estudantil).

Aos meus amigos, Ângelo Daniel Chumane, Anselmo Panze Chizenga, Dércio Ricardo Guite, Delfino Jorge Banze, Francisco Alexandre Maibasse, João Palmerino, Keluna Marciana Siteo, Manuel Cochole Gomane.

Ao grupo de pesquisa “Sociedade Brasileira Contemporânea: cultura, democracia e pensamento social” do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco, em que faço parte. Este grupo possibilitou debates e partilha de conhecimento entre os diferentes pesquisadores.

À minha família, aos meus irmãos, Ester Adélio Mangana, Ercília da Brígida Adélio Mangana, Felizarda Adélio Mangana, Iraé Adélio Mangana, Teófilo Adélio Mangana e Virginia Viroida Adélio Mangana pela força emocional que sempre me transmitiram. À minha mãe Luísa Pedro, pela força e preocupação. Aos meus filhos Luwanga Gregório Mangana, Akin Gregório Mangana e Carla Gregório Mangana. À minha companheira Evelise Angélica Maibasse pelo afecto, amizade, e sobretudo por estar presente neste percurso cheio de momentos adversos assim como de momentos felizes. Fiquei mais motivado quando na véspera de terminar este texto recebi deles a seguinte mensagem: “ Que o nosso bom Deus lhe guie, tome a dianteira dos seus caminhos. (...)para que possas ter força e vigor suficiente para cumprir com sabedoria o momento que se avizinha. Nós continuaremos orando por ti, hoje, amanhã e sempre. (...)”.

(...) era chamado de Agbala, e as pessoas vinham de longe e de perto consultá-lo. Vinham quando o infortúnio lhes batia à porta, ou quando tinham uma disputa com os vizinhos. Vinham para descobrir o que o futuro lhes reservava ou para consultar os espíritos de seus antepassados.

(Chinua Achebe, O mundo se despedaça)

## RESUMO

A manifestação e coexistência de saberes e práticas socioculturais autóctones em países outrora colonizados foi sempre marcada por tensões e cenários de repressão, desprestígios e resistências, sobretudo na sua coexistência com a racionalidade moderna ocidental. Este cenário vem ocorrendo desde o período de ocupação e colonização europeia e perpetua-se até os dias de hoje, devido, no entanto, à maioria dos países saídos da colonização terem adotado modelos de organização social e política ocidentais como únicas formas válidas e oficiais no processo de construção das suas nações. Em Moçambique, em particular, os regimes instituídos no período pós-independência, agenciaram as cosmovisões autóctones sob diferentes perspectivas (desde repressões, desprestígios, “valorização” etc.). No entanto, no que concerne à medicina tradicional, nosso objeto de pesquisa, até o presente continua se manifestando conflitos e tensões associados, de um lado, à sua credibilidade enquanto forma válida de conhecimento, e de outro, à consequente luta pela sua legitimação e regulamentação. É neste sentido que a presente tese procurou, como objetivo central, analisar as dinâmicas de governança da medicina tradicional, buscando compreender as reivindicações e controvérsias em torno da sua regulamentação em Moçambique. Com base em ferramentas metodológicas qualitativas, recorremos a triangulação de métodos e técnicas de pesquisa, nomeadamente: observação participante, conversas informais, registros, entrevistas semiestruturadas e pesquisa documental. O trabalho de campo foi realizado, entre 2020 e 2021 em três províncias de Moçambique: Maputo, Gaza e Inhambane, orientado pela seguinte questão: Que pressupostos estão subjacentes às reivindicações e controvérsias em torno da regulamentação da medicina tradicional em Moçambique? A tese demonstra que as demandas pela regulamentação da medicina tradicional têm como pressupostos cinco razões fundamentais: (1) a reivindicação pelo seu lugar dentro das instituições responsáveis pelo agenciamento da medicina tradicional (reivindicação como sujeitos autodeterminantes nos processos decisórios da sua prática), (2) a proteção dos conhecimentos médicos tradicionais, (3) a desqualificação e marginalização destas atividades, (4) a necessidade de reconhecimento da espiritualidade, (5) o controle das atividades médicas tradicionais, de modo a estabelecer rigor sobre o que deve ser ou não permitido.

**Palavras-Chave:** Medicina tradicional; governança; regulamentação; (des) colonialidade; Moçambique.

## ABSTRACT

The manifestation and coexistence of indigenous socio-cultural knowledge and practices in formerly colonized countries has always been marked by tensions and scenarios of repression, discrediting and resistance, especially in their coexistence with modern Western rationality. This scenario has been going on since the period of European occupation and colonization and continues to this day, due to the fact that most of the countries that emerged from colonization have adopted Western models of social and political organization as the only valid and official forms in the process of building their nations. In Mozambique, in particular, the regimes established in the post-independence period acted on indigenous worldviews from different perspectives (from repression, discrediting, “valorization”, etc.). However, as far as traditional medicine is concerned, our research subject, to date there have been conflicts and tensions associated, on the one hand, with its credibility as a valid form of knowledge, and on the other, the consequent struggle for its legitimization and regulation. It is in this sense that the central aim of this thesis was to analyze the dynamics of governance of traditional medicine, seeking to understand the claims and controversies surrounding its regulation in Mozambique. Based on qualitative methodological tools, we used triangulation of research methods and techniques, namely: participant observation, informal conversations, records, semi-structured interviews and documentary research. The fieldwork was carried out between 2020 and 2021 in three provinces of Mozambique, namely Maputo Province, Gaza Province and Inhambane Province, guided by the following question: What assumptions underlie the claims and controversies surrounding the regulation of traditional medicine in Mozambique? The thesis shows that the demands for the regulation of traditional medicine are based on five fundamental reasons: (1) the claim for their place within the institutions responsible for managing traditional medicine (claim as self-determining subjects in the decision-making processes of their practice), (2) the protection of traditional medical knowledge, (3) the disqualification and marginalization of these activities, (4) the need for recognition of spirituality, and (5) the control of traditional medical activities, in order to establish rigour about what should and should not be allowed.

**Key words:** Traditional medicine; Governance; regulation; (de)coloniality; Mozambique.

## RESUMEN

La manifestación y coexistencia de saberes y prácticas socioculturales indígenas en países antiguamente colonizados siempre ha estado marcada por tensiones y escenarios de represión, descrédito y resistencia, especialmente en su convivencia con la racionalidad occidental moderna. Este escenario se viene dando desde el período de ocupación y colonización europea y continúa hasta nuestros días, debido a que la mayoría de los países surgidos de la colonización han adoptado los modelos occidentales de organización social y política como las únicas formas válidas y oficiales en el proceso de construcción de sus naciones. En Mozambique, en particular, los regímenes establecidos en el periodo posterior a la independencia actuaron sobre las cosmovisiones indígenas desde diferentes perspectivas (desde la represión, el descrédito, la «valorización», etc.). Sin embargo, en lo que respecta a la medicina tradicional, nuestro tema de investigación, hasta la fecha se han producido conflictos y tensiones asociados, por un lado, a su credibilidad como forma válida de conocimiento y, por otro, a la consiguiente lucha por su legitimación y regulación. Es en este sentido que el objetivo central de esta tesis fue analizar las dinámicas de gobernanza de la medicina tradicional, buscando comprender las reivindicaciones y controversias en torno a su regulación en Mozambique. Basándonos en herramientas metodológicas cualitativas, utilizamos una triangulación de métodos y técnicas de investigación, a saber: observación participante, conversaciones informales, registros, entrevistas semiestructuradas e investigación documental. El trabajo de campo se llevó a cabo entre 2020 y 2021 en tres provincias de Mozambique, a saber, la provincia de Maputo, la provincia de Gaza y la provincia de Inhambane, guiado por la siguiente pregunta: ¿Qué supuestos subyacen a las reivindicaciones y controversias en torno a la regulación de la medicina tradicional en Mozambique? La tesis muestra que las demandas de regulación de la medicina tradicional se basan en cinco razones fundamentales: (1) la reivindicación de su lugar dentro de las instituciones responsables de la gestión de la medicina tradicional (reivindicación como sujetos autodeterminantes en los procesos de toma de decisiones de su práctica), (2) la protección de los conocimientos médicos tradicionales, (3) la descalificación y marginación de estas actividades, (4) la necesidad de reconocer la espiritualidad, y (5) el control de las actividades médicas tradicionales, con el fin de establecer un rigor sobre lo que debe y no debe permitirse.

**Palabras clave:** Medicina tradicional; Gobernanza; regulación; (de)colonialidad; Mozambique.

## Lista de Figuras

Figura1: Publicidade de atividades médicas tradicionais nas ruas da cidade de Maputo.....	187
Figura 2: Publicidades de atividades médicas tradicionais feitas por mensagens de textos em celulares.....	188
Figura 3: Sede da Associação de Medicina Tradicional de Moçambique .....	225
Figura 4: Terreno onde funciona a Associação dos Ervanários de Moçambique, médicos tradicionais reunidos em seus encontros habituais de trabalhos. ....	226
Figura 5: Mercado de Xipamanine na cidade de Maputo.....	227
Figura 6: Mercado de Xipamanine, venda de artigos e remédios de medicina tradicional .....	227
Figura 7: Mercado central da cidade de Xai-Xai, onde entrevistamos os vendedores de remédios tradicionais.....	228
Figura 8: Mercado de Xai-Xai, venda de artigos e remédio de medicina tradicional.	228
Figura 9: Nos estúdios em plena gravação do programa “Coisas de Tradição”. O apresentador Daniel Covane no meio, acompanhado de dois convidados médicos tradicionais.....	229
Figura 10: Mercado da Maxixe, venda de remédios e artigos de medicina tradicional .....	230

**Lista de Quadros**

Quadro1-Distribuição dos participantes da pesquisa por organizações/instituições ....34

Quadro2- Legislação relativa à medicina tradicional e transformações dentro do  
Ministério da Saúde de Moçambique independente. ....132

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AERMO	Associação dos Ervanários de Moçambique
AFRO/OMS	Escritório Regional para a África
AHU	Arquivo Histórico Ultramarino
AHM	Arquivo Histórico de Moçambique
ALBIMOZ	Associação de Apoio aos Albinos de Moçambique
AMETRAMO	Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique
AMENA	Associação da Medicina Natural e Alternativa
AMORINGA	Associação de Medicina Tradicional Moringa
AVEMETRAMO	Associação dos Vendedores dos Medicamentos Tradicionais
CACOMETRA	Confederação das Associações de Conhecimento de Medicina Tradicional
CDB	Convenção sobre a Diversidade Biológica
CEA/UEM	Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane
CCN	Congresso Colonial Nacional
CMCM	Conselho Municipal da Cidade de Maputo.
CNBS	Comité Nacional de Bioética para a Saúde
DEC	Departamento de Educação e Cultura
DEPMMT	Departamento de Estudos de Plantas Medicinais e Medicina Tradicional
D.I.R.E	Documento de Identificação de Residência para Estrangeiro
DNMTA	Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa de Moçambique
DNMP	Direção Nacional de Medicina Preventiva
DNMTA	Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa
DPI	Direitos de Propriedade Intelectual
EPI	Estratégia de Propriedade Intelectual
FINSANI	Fundo da inspeção dos serviços administrativos e dos negócios indígenas
FDSNI	Fundo da Direção do Serviço dos Negócios Indígenas
FORUNTA	Forum de Medicina Tradicional e Alternativa
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
GATT	Acordo Geral de Tarifas e Comércio



GD	Grupos Dinamizadores
GEMT	Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional
GETM	Grupo Espiritual e Tradicional de Moçambique
GGPM	Governo Geral da Província de Moçambique
INIAM	Instituto Nacional de Investigação Agronômica de Moçambique
INMT	Instituto Nacional de Medicina Tradicional
INS	Instituto Nacional de Saúde
IURD	Igreja Universal do Reino de Deus
MANU	União Nacional Africana de Moçambique
MEDIMOC	Empresa de Importação e Exportação de Medicamentos
MISAU	Ministério da Saúde
OIM	Organização internacional das Migrações
OJM	Organização da Juventude Moçambicana
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMM	Organização da Mulher Moçambicana,
OTM	Organização dos Trabalhadores Moçambicanos,
PCEB	Plano Curricular do Ensino Básico
PNMT	Política Nacional de Medicina Tradicional
PROMETRA	Associação para a Promoção de Medicina Tradicional
RENAMO	Resistência Nacional de Moçambique
RCNI	Repartição Central dos Negócios Indígenas
SNS	Sistema Nacional de Saúde
STV	Soico Televisão
SSCM	Serviços de Saúde da Colônia de Moçambique
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UDENAMO	União Democrática Nacional de Moçambique
UNAMI	União Nacional de Moçambique Independente
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPRAMET	União dos Praticantes de Medicina Tradicional
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
ZANU	Zimbabwe African National Union
YETHU	Educação e Cultura para o Desenvolvimento

1 INTRODUÇÃO.....	20
2 DELINEAMENTO DA PESQUISA: METODOLOGIA E DESCRIÇÃO DA PESQUISA DO CAMPO .....	31
2.1 Opções metodológicas.....	31
2.2 Métodos e técnicas de pesquisa .....	32
2.3 Fases da realização da pesquisa.....	34
2.3.1 O levantamento da documentação (o levantamento de arquivos) .....	34
2.3.2 A pesquisa de campo: método e coleta de dados.....	37
2.3.3 Análise de dados.....	40
2.4 Considerações éticas.....	41
2.5 Limitações .....	43
3 CRÍTICA À MODERNIDADE E OCIDENTAL E A BUSCA DE OUTRAS ALTERNATIVAS EPISTÉMICAS .....	45
3.1 Leituras críticas a partir dos estudos pós-coloniais e decoloniais .....	45
3.2 O conhecimento local a partir de um olhar pós-colonial e decolonial ou crítica ao conhecimento local produzido no século XIX .....	55
3.3 “Conhecimento médico tradicional”: terminologias e sentidos para a designação das atividades dos “médicos tradicionais” .....	66
3.3.1 Quem são os (ti)nyangas, nyamussoros, nyangarumes?.....	73
4 O PERÍODO COLONIAL E O AGENCIAMENTO DA MEDICINA TRADICIONAL.....	76
4.1 A codificação dos usos e costumes “indígenas” e o lugar da “medicina tradicional” no período colonial .....	76
4.2 Percepções e representações da prática médica tradicional e dos seus agentes no período colonial .....	89
4.3 A repressão dos médicos tradicionais no período colonial.....	103
4.3.1 Desterro dos “indesejáveis” (médicos tradicionais) para São Tomé e Príncipe..	112
5 O PERÍODO APÓS A INDEPENDÊNCIA EM MOÇAMBIQUE: o estabelecimento do Estado-nação e os discursos e políticas sobre a medicina tradicional.....	119
5.1 Moçambique, a construção do Estado-nação e as políticas da frelimo com relação à cultura.....	119
5.2 Renamo e a sua postura em relação Às instituições tradicionais .....	128
5.3 Rejeição e combate ao poder e as instituições tradicionais pela Frelimo.....	129
5.4 A Renamo pró-cultura: o aproveitamento das instituições tradicionais .....	131
5.5 Discursos e políticas em torno da medicina tradicional no período pós independência em Moçambique .....	133

5.6 As metamorfoses da “medicina tradicional” dentro do Ministério da Saúde.....	148
5.7 A política da medicina tradicional.....	151
5.8 O discurso do Estado sobre a institucionalização da medicina tradicional .....	155
6 AS ASSOCIAÇÕES DE MEDICINA TRADICIONAL E AS REIVINDICAÇÕES PARA A REGULAMENTAÇÃO DAS SUAS ATIVIDADES NA CONTEMPORANEIDADE.....	158
6.1 Mapeamento e Formação das Associações de Medicina Tradicional .....	158
6.1.1 Associações Ativas Encontradas .....	158
6.1.2 As associações de medicina tradicional: breve história do seu surgimento .....	159
6.2 Perfil dos agentes que compõe a Direção Nacional da Medicina Tradicional e Alternativa e a ausência dos médicos tradicionais .....	165
7 FUNDAMENTOS DAS DEMANDAS PELA LEGITIMAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL.....	169
7.1 Da necessidade de garantir a proteção dos conhecimentos médicos tradicionais (ou da necessidade de evitar a expropriação dos conhecimentos médicos tradicionais).....	169
7.2 Desqualificação e Marginalização das Atividades Médicas Tradicionais.....	185
7.2.1 A desqualificação por parte das Igrejas evangélicas .....	185
7.3 A exigência do reconhecimento, ou não, da dimensão espiritual e suas controvérsias.....	193
7.4 A necessidade de policiamento ou controle interno (entre os médicos tradicionais) contra práticas ou condutas consideradas nocivas.....	201
7.5 Entraves na regulamentação da medicina tradicional: entre incertezas e esperanças.....	209
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	214
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	221
10 ANEXOS .....	235

## 1 INTRODUÇÃO

O contexto africano, moçambicano sobretudo, dispõe de uma diversidade epistêmica incomensurável e essa diversidade se, de um lado, dispõe de várias e, por vezes, contraditórias representações, do outro lado, ela coloca percepções distintas sobre o seu agenciamento. A temática que constitui o objeto desta pesquisa nasce em razão de narrativas associadas a métodos atribuídos às práticas da medicina tradicional em Moçambique e a tensão ligada à luta pela sua regulamentação. Apresento, inicialmente, o contexto que deu origem ao presente estudo e mostro como, a partir desse mesmo contexto, foi construído o problema e os objetivos da pesquisa.

O contato com a “medicina tradicional”, como objeto de pesquisa, deu-se em junho de 2016, a partir de uma reportagem da Soico Televisão (STV), um canal televisivo moçambicano, no seu habitual Jornal da Noite. A manchete da reportagem indicava: “Tráfico de Albinos: a Ametramo garante que não usa órgãos humanos nos seus tratamentos” (STV, 2016). Um conjunto de Associações de Médicos Tradicionais, na ocasião, encabeçadas pela Ametramo (Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique), havia convocado a imprensa com o objetivo de responder às acusações feitas pela Associação de Apoio aos Albinos de Moçambique (ALBIMOZ), no âmbito do Dia Mundial de Consciencialização do Albinismo, segundo as quais os médicos tradicionais estavam envolvidos na perseguição, matança e uso de partes de corpo humano de albinos nas suas práticas.

Para além de defenderem a integridade da sua medicina, os médicos tradicionais repudiaram e distanciaram-se de toda a prática médica tradicional que recorre ao uso de partes do corpo humano para qualquer tipo de cura. No mesmo diapasão, a então diretora do Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMT), Felisbela Gaspar, entrevistada pela Voa Português, em defesa dos médicos tradicionais afirmou: "Esta não é prática cultural em Moçambique, não há cursos de medicina tradicional em que se introduz esta matéria, onde se diz que para a pessoa ter bens, ficar bem na vida ou acontecer alguma coisa de bem terá que usar ossadas ou pedaços de corpos de pessoas que é para fazer a sua vida". (Voa Português, 2016)

Os médicos tradicionais justificaram-se alertando a emergência de outras medicinas tradicionais oriundas de países vizinhos e que atuam em Moçambique de forma ilegal. Para estes, a questão do uso de partes do corpo humano por esta medicina é real,

entretanto, negam que esta prática seja movida pelos médicos tradicionais moçambicanos. O argumento da Ametramo, na ocasião, referia que “(...) a medicina tradicional moçambicana, aquela que tem a identidade e cultura moçambicana não usa órgãos humanos para curar enriquecimento, [ou] mesmo para qualquer fim.” (STV, 2016).

Deste modo, para os médicos tradicionais, a resolução deste problema passava pela criação de um regulamento que permitisse reger as atividades dos médicos tradicionais. Estes reconhecem que a atividade médica tradicional carece de uma reestruturação de modo a estabelecer-lhe regras. Como eles próprios referiram na ocasião, a medicina tradicional

não está bem organizada (...), uma vez que ainda não existe uma lei apropriada para a [sua] regulação. Nós reclamamos, nós todos praticantes da medicina tradicional, por intermédio das nossas associações, só que a coisa até hoje não funciona, mas estamos a pedir que isso realmente aconteça, para existir um sistema de controlo porque o que entra e sai não sabemos (STV, 2016).

Portanto, naquela data, para além da STV, muito rapidamente dei-me conta de que aquela notícia ocupava as páginas de vários outros mídias e com títulos igualmente variados, nomeadamente: “Protestos em Maputo contra a perseguição de Albinos”( RTP Notícias, 2016), “Centenas de pessoas marcharam hoje contra a perseguição de albinos no país” (Folha de Maputo, 2016), “Obscurantismo e ignorância, causas da perseguição a albinos em Moçambique” (Voa Português, 2016), “Feitiço e Preconceito: Albinos em Moçambique”( DW, 2016), entre outros.

No dia 31 de agosto do mesmo ano, dia da celebração da Medicina Tradicional Africana, dentre várias atividades os médicos tradicionais marcharam e organizaram uma feira de saúde que contou com a exposição dos serviços e produtos da medicina tradicional, incluindo atividades culturais. O lema das comemorações enunciava: “Regulamentação dos produtos da Medicina Tradicional na Região Africana”. Os médicos tradicionais voltaram a distanciar-se de qualquer prática que envolve uso de partes de corpo humano em suas atividades, denunciando a existência de charlatães e médicos tradicionais vindos de países vizinhos e reivindicaram, diante dos representantes do governo, a regulamentação das suas atividades.

O tráfico, assassinatos, raptos e exumação de corpos de albinos é um fenómeno historicamente antigo, mas voltou a intensificar-se, segundo o relatório da Organização Internacional das Migrações (OIM) de 2019, nos períodos entre 2013 e 2016. A autoria destas práticas, neste imbróglio, sempre foi imputada aos médicos tradicionais. No

entanto, este cenário colocou em causa toda a reputação e a ideia de cura e de saúde subjacente às práticas médicas tradicionais e veio reacender os debates antecedentes ligados à regulamentação da medicina tradicional.

Este cenário, que sugeria várias perspectivas de pesquisa, permitiu-me refletir sobre os processos de institucionalização ou regulamentação da medicina tradicional, muito por conta da minha dissertação do mestrado. A pesquisa desenvolvida no mestrado tinha como objeto os “conhecimentos endógenos” e discutiu a sua institucionalização no Plano Curricular do Ensino Básico em Moçambique (PCEB). Neste sentido, a natureza temática, envolvendo a medicina tradicional e a sua regulamentação, era de um certo modo extensão do percurso iniciado no mestrado.

O processo de reivindicação pela institucionalização da medicina tradicional é anterior ao fenómeno envolvendo o uso de partes de corpo humano de pessoas albinas. Ele é resultado de uma história marcada por repressão, desprestígio e supressão dos médicos tradicionais e suas práticas, iniciada com a implantação do Estado colonial. Com o estabelecimento do Estado colonial, uma série de mudanças ocorreram em perspectiva social, econômica, política e religiosa. Estas mudanças possibilitaram a introdução de lógicas distintas das locais e estas novas lógicas permitiram a transformação e, muitas vezes, proibição e eliminação de epistemologias e ontologias locais (Said, 1990; Mudimbe, 2013; Santos, 2009). As formas de organização social endógenas foram combatidas de tal forma que grupos como os *tinyanga*<sup>1</sup>, responsáveis pela questão da saúde, foram marginalizados e suas atividades interditas (Meneses, 20004a, 2005, S/D; Granjo, 2009; Honwana, 2002; Santana, 2011).

A desautorização, de um lado, e contínua utilização de práticas médicas tradicionais, de outro lado, implicou punições com penas de prisão, inclusive penas que incidiam no envio dos “infratores” a trabalhos forçados no interior da colônia ou para as outras colônias. Vários médicos tradicionais foram enviados para trabalhos forçados na ilha de Moçambique e S. Tome e Príncipe para trabalhar nas plantações e/ou para a construção de estradas e pontes (Honwana, 2002; Meneses, 2004b, 2005; Santana, 2011). Se por um lado, as repressões eram severas e as penas de prisão incluíam deportações e

---

<sup>1</sup> O termo *Tinyanga* é plural da palavra Nyanga que significa aquele que tem o dom de curar a partir de plantas medicinais com auxílio dos espíritos ancestrais. O termo é próprio do *Changana*, língua Bantu falada entre povos africanos habitantes do sul de Moçambique, é a forma plural da palavra *Nyanga* (Santana, 2014, 2018, Granjo, 2009, 2011, Meneses, S/D, Junod, 1996).

trabalhos forçados, de modo a desencorajar a prática da medicina tradicional, por outro lado, via-se uma persistência no seu exercício. O que provocava, como refere Honwana, frustrações às autoridades portuguesas, quando verificavam que as populações, inclusive as autoridades locais estabelecidas pelo sistema administrativo português, continuavam praticando a medicina tradicional (Honwana, 2002. p.124).

No período pós-independência, iniciou-se uma série de mudanças sociais e políticas, consubstanciadas pela orientação marxista do governo da Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO)<sup>2</sup>. O governo da FRELIMO no pós-independência, tal como o governo colonial, rejeitou, em seus discursos, as organizações e estruturas ditas tradicionais e “práticas tradicionais ligadas à adoração dos antepassados e à posse pelos espíritos, rotulando-as de obscurantistas e supersticiosas” (Honwana, 2002, p. 168). Durante o processo de construção do Estado Nação, em Moçambique, se estabeleceram confrontações identitárias e culturais, subjacentes ao rumo ideológico seguido no pós-independência, movidas, por um lado, pelas perspectivas ditas “tradicionais” e, por outro lado, pela perspectiva dita “moderna”. Conquistada a independência em 1975, a FRELIMO viu a necessidade de estabelecer uma nova configuração do Estado, totalmente contra os princípios quer fossem eles tradicionais/autóctones moçambicanos, quer fossem coloniais. Isto com o propósito de estabelecer uma nova sociedade regida por princípios novos (Machel, 1975, p.37). O discurso sobre a construção da nação, promovido pela FRELIMO, tinha em vista a eliminação das particularidades identitárias e culturais intrínsecas à sociedade dita “tradicional” e a instituição de valores ditos modernos. Portanto, esta nova dinâmica do Estado implicava novas formas de organização social e novos padrões de vivência.

Entretanto, o que se constatou foi que após a independência, o Estado se debateu com a medicina tradicional, possibilitando a sua “integração” no Ministério da Saúde a partir da criação de um Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional (GEMT), em 1977

---

<sup>2</sup> A Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), foi criada em 1962, como consequência da fusão de três organizações nacionalistas, nomeadamente: a União Democrática Nacional de Moçambique (UDENAMO), a União Nacional de Moçambique Independente (UNAMI) e a União Nacional Africana de Moçambique (MANU). Tendo sido eleito, Eduardo Chivambo Mondlane, como Presidente. Devido a inviabilidade de diálogo entre a FRELIMO e Portugal, desencadeou-se a luta armada em setembro de 1964, pela independência de Moçambique (Mondlane, 1975) Em 1974, houve o golpe militar em Portugal que depôs o regime salazarista, no mesmo ano houve cessar fogo em Moçambique e seguiram-se negociações para a independência, resultando nos acordos de Lusaka entre a FRELIMO e Portugal, culminando no estabelecimento de um governo de transição e proclamação da independência de Moçambique em 1975 (Honwana, 2002)

(dois anos depois da independência), com o propósito de estudar o poder curativo das plantas usadas pelos médicos tradicionais. Esta abertura se deu, sobretudo, por conta das reivindicações feitas por grupos de médicos tradicionais e reforçada, no ano seguinte, com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma Ata, URSS, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esta Organização exortava a todos os países membros, e em especial aos países com baixa cobertura sanitária, a colaboração estreita com intervenientes comunitários e a medicina tradicional, com vista a aumentar a cobertura sanitária e melhorar os serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde (SNS), de cada um dos países. Em 1990, é criada a Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique, como forma de reconhecer e “valorizar” o conhecimento desta medicina no combate a doenças. A nova constituição de 1992, sob orientação neoliberal, criou novos espaços de organização, inclusive no campo da medicina tradicional. Portanto, não obstante este percurso, a questão da regulamentação continua sendo um entrave, e os médicos tradicionais continuam reivindicando a sua consumação.

É a partir desta problematização que me proponho a debruçar sobre as vicissitudes da governança da medicina tradicional, de modo a compreender o seu estatuto em Moçambique. No entanto, o conceito de governança para além de ser usado em vários e diferentes contextos, ele é um conceito polissêmico. Não obstante esta pluralidade e complexidade conceitual, o uso que a presente tese faz do conceito governança não se distancia da sua etimologia. A palavra governança, etimologicamente tem sua origem no verbo grego *Kubernān*, que significa pilotar ou conduzir, e foi outrora utilizado pelo filósofo Platão para designar sistema de regras, ou ato de governar a sociedade. Entretanto, o termo grego deu origem ao termo latino medieval *gubernare*, o qual possui a mesma conotação de pilotar, elaborar regras ou mesmo conduzir. O termo foi ainda utilizado como sinônimo de *government*, no *Concise Oxford Dictionary*. Portanto, governança é o “ato ou maneira de governar, o cargo ou a função de governar”. (Kjær, Anne Mette, 2004, p.3). Deste modo, propomos, dentro dos pressupostos avançados, como pergunta de pesquisa, nomeadamente: Que pressupostos estão subjacentes às reivindicações e controvérsias em torno da regulamentação da medicina tradicional em Moçambique? Ou, que razões estão subjacentes às reivindicações e



controvérsias em torno do estatuto da medicina tradicional em Moçambique? Ou ainda, qual é o lugar da medicina tradicional no Sistema Nacional de Saúde<sup>3</sup> em Moçambique?

Para responder o problema de pesquisa, pretendo, como *objetivo geral*, analisar as dinâmicas da governança da medicina tradicional em Moçambique, buscando compreender as reivindicações e controvérsias em torno da sua regulamentação. Este objetivo se subdivide nos seguintes *objetivos específicos*: a) Caracterizar os retratos construídos historicamente a volta da “medicina tradicional” e dos seus agentes; b) Mapear as instituições, sujeitos e discursos envolvidos na controvérsia em torno da regulamentação da “medicina tradicional”; c) Compreender como é que o discurso da regulamentação é apropriado pelas instituições e sujeitos envolvidos; e por fim; d) Compreender as controvérsias e obstáculos na busca pela regulamentação da “medicina tradicional”.

A medicina tradicional enquanto categoria de análise e, sobretudo, as questões de governança e representação que marcam a centralidade da pesquisa, demandam um entendimento da discussão existente sobre os saberes ditos tradicionais em sua relação com os saberes ditos modernos. Desta forma, enquadro, nesta pesquisa, a “medicina tradicional” no campo dos “conhecimentos endógenos”. Este campo tem se caracterizado por denominações distintas: “conhecimento local”, “conhecimento indígena”, “conhecimento tradicional”, “conhecimentos subalternos”, “conhecimentos subjugados”, “conhecimentos nativos”, “conhecimentos desqualificados”, entre outras. Estas designações surgiram, de um lado, para classificar certos saberes como inferiores em relação a outros, ou seja, para caracterizar “o conhecimento produzido fora dos centros hegemônicos” (Porto-Gonçales, 2005, p.3), além disso, ressurgiram como reação a esta categorização para assinalar “a pluralidade de sistemas de produção de saber no mundo e (...) a sua importância nos processos de desenvolvimento” (Santos, et.al., 2005, p. 13).

---

<sup>3</sup> No período pós a independência de Moçambique, a partir do decreto lei n 5/75 de agosto de 1975, o conselho de ministros nacionalizou as clínicas privadas do período colonial, com vista a potencializar os meios e conceder maior acesso à saúde às populações. O decreto colocava o estado como único agente e protagonista no que concerne à disponibilização de condições, sejam elas materiais assim como humanas, de acesso aos serviços de saúde. A partir de 1991, com a liberalização econômica e democratização do país, e com a sua lei n 25/91, o Sistema Nacional de Saúde deixa de ser o único provedor dos serviços de saúde, entrando em cena os serviços de assistência médica privados (Mitano et al., 2016). Neste mesmo período o Estado cria a Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique e posteriormente, em 2004, cria a política de medicina tradicional com o objetivo de “integração do Sistema da Medicina Tradicional no Sistema Nacional de Saúde de modo a garantir cuidados de saúde primários, seguros e com qualidade a toda a população Moçambicana” (Boletim da República, 2004., p.132).

Os debates no campo do conhecimento endógeno incidem, de um lado, nos modos como ele é representado e adjetivado e, de outro lado, nas suas variadas formas de coexistência no mundo. Este cenário é resultado da sua relação com a ciência moderna. O processo de colonização e o surgimento da ciência moderna, nos sécs. XIX e XX, com maior incidência para a antropologia, desencadeou um processo dicotômico. A compreensão do mundo passou a se orientar em perspectivas polarizadas entre primitivos e civilizados, tradicionais e modernos, Norte e Sul etc. No campo do conhecimento a oposição traduziu-se em conhecimento científico e conhecimento tradicional.

As pretensões de dominação, universalização e naturalização do conhecimento científico deram lugar a processos de exclusão, marginalização, *epistemicídio*, silenciamentos, extravasão, expropriação, (re) apropriação etc., que refletiam modos de coexistência do conhecimento endógeno (Hountondji, 1989; Santos, 2008). Como refere Santos, os processos dicotômicos, classificatórios e hierarquizantes, que caracterizaram a ciência moderna, produziram silenciamentos e desabilitaram as outras alternativas e permitiram com que a compreensão do mundo se resumisse à realidade ocidental, eliminando a possibilidade de uma compreensão plural do mundo (Santos, 2008).

Nesta disposição, se o conhecimento local não se encontra numa relação de justaposição com o conhecimento científico, ele resiste e caminha em paralelo com o conhecimento moderno sem diálogo, ou é desabilitado e eliminado/asfixiado, causando um esquecimento coletivo do mesmo, ou ainda se configura em novas forma de saberes. Não obstante os saberes locais sejam cada vez mais marginalizados e impedidos de um desenvolvimento natural, condenados a *escleoresarem-se* a longo prazo (Hountondi, 2012, p.14), eles ainda não desapareceram da memória coletiva de muitos povos, porém, encontram-se atualmente nas margens do conhecimento científico, aparecendo como um conhecimento informal (Houtondji, 2002, p.24). Neste sentido, para este autor, uma das tarefas mais urgentes consiste em desmarginalizar os saberes ditos tradicionais, recuperando-os de maneira crítica e responsável, integrando-os no *movimento da investigação viva*. Isto é, ressignificando as qualificações pejorativas usadas para designar o conhecimento não científico (tal como “conhecimento local”, “conhecimento indígena”, “conhecimento tradicional”), com o objetivo de realçar a pluralidade e diversidade dos sistemas de produção de saberes no mundo e o seu papel para o desenvolvimento. Outra questão que preocupa os pesquisadores do saber local tem a ver com a extravasão, e este processo é acompanhado pela questão da expropriação e (re)

apropriação. Tal como constata Paulin Hountondji (1989), a investigação em África é extravertida, orientada para o exterior, ordenada e subordinada em função das necessidades externas. Ela não é autocentrada e não responde às necessidades locais. A produção do conhecimento é gerida e controlada pelos países do Norte. O conhecimento local é tido como matéria-prima e a África tem sido o reservatório dessa matéria-prima. Por esse motivo, o conhecimento local é recolhido no seu estado bruto para a sua posterior transformação nos grandes laboratórios e centros de investigação dos países do Norte. Nessa sequência, dá-se a expropriação e apropriação e os países do Norte são, em última análise, os beneficiários dos conhecimentos locais.

Portanto, o conhecimento local é discutido por várias correntes teóricas, porém, nesta pesquisa, recorro às contribuições teóricas dos estudos pós-coloniais e decoloniais. Estas teorias estão em constante diálogo com os conhecimentos endógenos. Questionam-se, dentre várias coisas, sobre a natureza da sua adjetivação, da sua coexistência, da relação saber/poder, das formas do seu agenciamento/governança, dos seus processos de colonialidade, com o objetivo de buscar sua emancipação; aliás, como nos sugere Martins (2019), o propósito “...de libertação das novas epistemologias, como os conhecimentos dos povos subalternos massacrados esquecidos pela colonialidade, é a base da crítica ...” (Martins, 2019, p.89).

Estas teorias partem da ideia segundo a qual só se pode compreender os contextos historicamente subjugados a partir de experiências da colonização europeia. Por esta razão retomam os processos históricos de modo a compreender as relações atuais de poder e dominação, que se baseiam na exploração econômica e no imperialismo cultural. Entretanto, as relações entre o saber e poder se articulam a partir de processos de representação. Todo o processo de colonização foi acompanhado por um processo de representação, em que as culturas e sujeitos nos contextos colonizados foram classificados e qualificados sob variadas formas. Estas culturas foram apresentadas como primitivas, atrasadas, irracionais, tradicionais, homogêneas, unanimistas, obscurantistas, míticas, entre outras designações.

A ciência de matriz ocidental cunhou as cosmovisões africanas como sendo homogêneas ou unanimistas. Esta visão defendeu a ideia de que as culturas africanas compartilhavam uma identidade comum e que a mesma identidade era imutável. A tradição filosófica africana desconstruiu esta ideia. Para esta tradição a ideia de homogeneidade das culturas africanas faz parte de uma *pseudo* identidade difundida pela

ciência moderna ocidental. Estas *pseudo* identidades foram, segundo alguns teóricos (Appiah, 1997; Mudimbe, 2013; Hountondji, 2002), teorizadas por pressupostos falsos, designadamente: a raça, a partilha de experiência histórica comum, uma metafísica comum etc. Para estes autores, as sociedades africanas não compartilham culturas comuns, línguas comuns e nem dimensões religiosas comuns, justamente porque as identidades no contexto africano foram sempre múltiplas e complexas, surgidas de histórias e dinâmicas sociais, económicas, políticas, peculiares a cada contexto.

Portanto, este cenário constitui uma parte do conjunto de representações veiculadas pela ciência moderna ocidental. Este modelo único e linear de compreensão do mundo, marginalizou todo o resto do mundo, e rotulou outras culturas de míticas e irracionais. O modelo eurocêntrico representou o “outro” em categorias como, índio, africano e exerceu sobre elas relações de dependência e de violência numa dimensão económica, política, e, sobretudo, epistemológica e ontológica (Meneses, 2004a, 2005). Entretanto, o campo discursivo pós-colonial questiona a relação entre o conhecimento científico ocidental e outras formas de conhecimento e abre espaço às reivindicações e debates sobre sistemas de pensamento “tradicionais” ou locais.

Neste sentido, a tradição de intelectuais pós-colonialistas e decoloniais questiona o eurocentrismo, a racionalidade científica, a governação neoliberal, o capitalismo selvagem empreendido pela modernidade ocidental, buscando, a partir desta desconstrução, alternativas locais e possibilidades de um diálogo alternativo ensejado a partir das “regiões excluídas subordinadas pelos conhecimentos coloniais e eurocêntricos” (Lander, 2005). Ou como diria Mignolo (2008), a partir de um contexto onde as “línguas marginalizadas e denegridas, religiões e formas de pensar estão sendo reinscritas em confrontação com as categóricas de pensamento ocidental” (Mignolo, 2008, p.297).

A tese está organizada em sete secções, incluindo a introdução e as considerações finais e referências bibliográficas. No segundo capítulo, a seguir, apresento as minhas escolhas metodológicas e descrevo os locais onde a pesquisa foi realizada, explicando as escolhas desses locais, em seguida apresento os métodos e técnicas de pesquisas utilizadas, descrevo a distribuição dos participantes da pesquisa por perfil e instituições. Num segundo momento, faço uma apresentação das fases da pesquisa, apresentando os caminhos percorridos no levantamento dos arquivos documentais, na realização da

etnografia e entrevistas no campo. Apresento, por fim, o delineamento da análise de dados, as considerações éticas e as limitações encontradas.

No terceiro capítulo, faz-se uma discussão sobre as críticas feitas à racionalidade moderna ocidental, a partir dos estudos pós-coloniais e decoloniais com o intuito de situar a discussão sobre a medicina tradicional (os conhecimentos locais). Empreende-se, outrossim uma discussão sobre as semânticas desenvolvidas em torno das atividades desses agentes, quer no contexto colonial, assim como no contexto após a independência, e aborda-se como estes agentes se posicionam em relação a essas terminologias.

No quarto capítulo, intitulado: “O Estado colonial e o agenciamento da Medicina Tradicional”, apresento as transformações que ocorreram, sobretudo no âmbito das políticas com relação à medicina tradicional com o estabelecimento do Estado colonial. Apresento as várias representações coloniais em relação aos “usos e costumes” e os seus processos de codificação. Descrevo e busco compreender os processos de repressão dos médicos tradicionais e a sua inclusão no grupo dos indesejáveis, os quais foram desterrados para diferentes lugares dentro do país assim como fora. Portanto, mostro como o colonialismo se traduziu como máquina de produção de violência, não apenas violência no sentido de força física, mas sobretudo de violência epistêmica.

No quinto capítulo, intitulado “O período após a Independência em Moçambique: o Estabelecimento do Estado Nação e os Discursos e Políticas sobre a Medicina Tradicional”, apresento os processos de construção do Estado-Nação, analisando a implantação do regime marxista-leninista, sobretudo as escolhas tomadas pelo regime da FRELIMO no agenciamento das culturas locais, descrevo como estas escolhas reprimiram e marginalizaram as epistemologias locais. Descrevo, ainda, a repressão dos médicos tradicionais nessa época e discuto o lugar dos médicos tradicionais e da medicina tradicional e a relação que se estabelece na época entre os médicos tradicionais e o Estado. Discuto as contradições entre a negação e o “reconhecimento” da medicina tradicional em Moçambique, com a criação do Gabinete de estudos da medicina tradicional e a criação posterior da Associação de Medicina Tradicional de Moçambique e questiono o quanto a criação destas instituições constituiu valorização desta medicina, de facto. Apresento, por fim, formas de resistência e criação de políticas de medicina tradicional.

O sexto capítulo, divide-se em três partes, a primeira, abordo sobre “as associações de medicina tradicional e as reivindicações para a regulamentação das suas atividades na

contemporaneidade”, descrevo as associações de medicina tradicional, incluindo a sua formação histórica. Descrevo, igualmente, o perfil dos agentes que constituem a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa.

Na segunda parte do capítulo, sobre “Fundamentos das demandas pela legitimação e regulamentação da medicina tradicional”, apresento e analiso os fundamentos imanescentes às demandas pela regulamentação da medicina tradicional, nomeadamente, as questões de expropriação e busca pela legitimação dos seus saberes médicos, a necessidade de controle contra práticas ou condutas consideradas desviantes, necessidade de garantir o respeito e direito pela propriedade intelectual, as controvérsias relativas a perspectiva espiritual.

Na terceira parte do capítulo, busco compreender os obstáculos que marcam o processo de regulamentação da medicina tradicional, a partir de três pressupostos: (1) a não participação inclusiva dos principais atores nos processos de regulamentação, (2) a expropriação e apropriação dos seus conhecimentos por parte do Estado, e (3) A vontade política associada a falta de informação e morosidade por parte das estruturas competentes. Por fim, apresento as considerações finais, nas quais sintetizo as principais análises e reflexões desenvolvidas ao longo do estudo e apresento, os principais achados da pesquisa. Estas considerações permitem sintetizar o contributo do estudo, bem como apontar possíveis caminhos para pesquisas futuras.

## **2 DELINEAMENTO DA PESQUISA: METODOLOGIA E DESCRIÇÃO DA PESQUISA DO CAMPO**

Neste capítulo, procuro apresentar os caminhos percorridos no âmbito do trabalho de campo com vista a compreender, por meio de entrevistas, a controvérsia em torno da regulamentação da medicina tradicional e, sobretudo, compreender o seu estatuto no Sistema Nacional de Saúde em Moçambique na visão dos atores. No percurso da minha pesquisa, para além disso, busco compreender como é que o discurso da regulamentação é apropriado pelos dois atores, o Estado e os médicos tradicionais. Busquei explorar a organização do campo médico tradicional, e as reivindicações dirigidas ao Estado e, sobretudo, como os médicos tradicionais buscam conquistar o seu reconhecimento oficial e como os agentes do Estado se posicionam diante desta problemática. Portanto, descrevo em detalhe as opções metodológicas e, sobretudo, as estratégias de pesquisa, os processos de construção do *corpus* e sua análise, questões éticas, as limitações da pesquisa e a descrição da pesquisa de campo.

### **2.1 Opções metodológicas**

A presente pesquisa orienta-se a partir de uma perspectiva de abordagem essencialmente qualitativa e se propõe a compreender, não somente as ações sob ponto de vista de governança, bem como, na concepção dos atores, os significados e as representações que estes conferem ao seu meio e suas práticas e sobretudo, às suas reivindicações. A pesquisa qualitativa, em sua natureza, se ocupa de uma perspectiva da realidade que opera com “o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos...” (Minayo, 2017, p.21, 22). Portanto, este tipo de pesquisa, em sua essência, desafia ao exercício interpretativo para a compreensão do “outro”, suas ações cotidianas, suas redes de relações, as significações e conhecimentos que este atribui ao seu mundo e suas práticas (Denzin e Lincoln, 2006; Flick, 2009a; Minayo, 2001). No caso específico, a pesquisa visa compreender a prática médica tradicional, não necessariamente a dimensão epistemológica das suas práticas, embora subjacente, mas especificamente a controvérsia em torno da sua institucionalização e a apropriação desse discurso entre os atores envolvidos e, sobretudo, a agência dos médicos tradicionais.

## 2.2 Métodos e técnicas de pesquisa

Para a realização deste estudo, recorri à triangulação de métodos e técnicas de pesquisa. A pesquisa qualitativa se coloca como um campo de múltiplas práticas interpretativas, o que significa afirmar que a ênfase está na compreensão do mundo social através de um exame de interpretação desse mundo por seus participantes, e sendo ela esse conjunto de práticas interpretativas em sua ação nunca favorece um determinado método ou metodologia em desfavor de outro(a) (Denzin e Lincoln, 2006; Bryman, Alan, 2012). Aliás, ela sempre se propõe a uma combinação de métodos com o objetivo, como referem Denzin e Lincoln (2006) e Flick (2009b), a uma compreensão profunda sobre o objeto em estudo. É neste sentido que recorri a etnografia, a pesquisa documental e entrevistas. Portanto, a triangulação de métodos e técnicas de pesquisa em sua natureza possibilita, mesmo que de forma implícita, a triangulação de dados obtidos durante a pesquisa. Para além da triangulação apresentada e descrita, assumimos que, durante a pesquisa, tenham ocorrido outras formas de triangulação com vista à compreensão do nosso objeto de pesquisa.

Na pesquisa etnográfica combinei várias técnicas como a observação participante, conversas informais, web sites e registros (diário de campo), além das entrevistas semiestruturadas previamente organizadas. Relativamente à pesquisa documental, recorri à documentação produzida no período colonial, a documentação produzida pelas associações dos médicos tradicionais, documentação produzida por organizações não governamentais e documentos oficiais produzidos pelo Estado. Portanto, neste trabalho recorreremos à triangulação não apenas para buscar maior compreensão e conhecimento sobre a medicina tradicional, mas sobretudo para imprimir maior rigor em nossa pesquisa, de modo a ampliar a validade e a qualidade dos resultados. Em relação à composição dos participantes, integraram o estudo médicos tradicionais representantes de associações, ativistas, organizações não governamentais, acadêmicos e funcionários do Governo. Procedimentos estes efetivados em Maputo (Província de Maputo), Xai-Xai (Província de Gaza), Maxixe (Província de Inhambane). Foram realizadas 22 entrevistas, sendo uma com a Confederação das Associações de Conhecimento de Medicina Tradicional – Cacometra, que engloba todas as associações de medicina tradicional; oito entrevistas com membros da Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique - Ametramo; quatro entrevistas com representantes da Associação dos Ervanários de Moçambique –



AERMO; três entrevistas com membros da Associação dos Vendedores dos Medicamentos Tradicionais – Avemetramo; uma entrevista com membro do Grupo Espiritual e Tradicional de Moçambique – GETM; uma entrevista com a União dos Praticantes de Medicina Tradicional – Upramet; uma entrevista com o responsável do programa “coisas de Tradição” da TV Limpopo, um programa que aborda conteúdos especificamente relacionados à medicina tradicional; duas entrevistas com diretores da Direção Nacional de Medicina Tradicional e uma entrevista com membro do Conselho Municipal da Cidade de Maputo.

**Quadro 2 - Distribuição dos participantes da pesquisa por organizações/instituições.**

<b>Distribuição dos participantes da pesquisa por organizações/instituições.</b>		
<b>Participantes</b>	<b>Conversas Informais</b>	<b>Número de entrevistas</b>
<b>Associações de Medicina Tradicional:</b>		
Ametramo	Conversas informais	8 (oito)
Aermo	Conversas informais	4 (quatro)
Avemetramo	Conversas informais	3 (três)
Cacometra	Conversas informais	1 (uma)
GETM		1 (uma)
Upramet		1 (uma)
<b>Organizações Não Governamentais:</b>		
Ativistas	Conversas informais	
TV Limpopo		1 (uma)
OMS	Conversas informais	
Yethu	Conversas informais	
<b>Funcionários do governo:</b>		
Ministério da Saúde: Direção Nacional de Medicina Tradicional		2 (duas)
Conselho Municipal da Cidade de Maputo		1 (uma)
Pesquisadores/acadêmicos	Conversas informais	
<b>Nota:</b>		

As entrevistas com outras associações falharam, ou pela dificuldade de localizá-las ou porque as tentativas de contato não foram correspondidas, nomeadamente: Prometra (Promoção da medicina Tradicional), Forunta (Fórum de Medicina Tradicional e Alternativa), AMENA (Associação da Medicina Natural e Alternativa), Amoringa (Associação de Medicina Tradicional Moringa), AMAC. No entanto, durante o

levantamento e mapeamento dessas associações tomamos conhecimento que, provavelmente, algumas delas estariam extintas, como é o caso da Forunta.

Todas as tentativas de entrevistas à Organização Mundial da Saúde, com seu escritório em Maputo, falharam. Entretanto, relativamente às entrevistas falhadas, busquei explorar a documentação disponível dessas instituições, incluindo entrevistas concedidas a órgãos de comunicação e artigos de jornal. Foram igualmente mantidas conversas informais com médicos tradicionais de várias associações, ativistas, acadêmicos, membros do governo, médicos tradicionais no âmbito da participação em eventos, tal como, os eventos organizados anualmente pela Direção Nacional de Medicina Tradicional juntamente com a OMS, relativos à comemoração do dia africano de medicina tradicional. Participamos em três desses eventos, nomeadamente nos anos 2020, 2021 e 2023. Participamos no seminário sobre Conhecimento Endógeno Wunyanga: Entre olhares, organizado pela Educação e Cultura para o Desenvolvimento - Yethu, em 2021, uma ONG para promoção do desenvolvimento sustentável de Moçambique. As conversas informais foram realizadas a fim de ampliar o meu entendimento sobre o objeto de pesquisa.

### **2.3 Fases da realização da pesquisa**

O trabalho de pesquisa é compreendido como um ciclo, que se inicia com um determinado problema e culmina com a apresentação de resultados não definitivos, mas susceptíveis a outros questionamentos que podem dar origem a outras pesquisas. O trabalho de pesquisa é constituído por etapas (Minayo, 20021). É à vista disto que a seguir apresentamos as etapas que se seguiram para a realização dessa pesquisa, desde o levantamento de arquivos, a pesquisa de campo e a apresentação dos pressupostos para a análise, as considerações éticas e as limitações.

#### **2.3.1 O levantamento da documentação (o levantamento de arquivos)**

A primeira fase do trabalho de pesquisa consistiu na busca de material produzido no período colonial e no período pós-independência sobre a medicina tradicional, analisado nos capítulos dois e três. O material consiste em produção bibliográfica e documentos oficiais. A busca foi feita no Arquivo Histórico de Moçambique, no Centro de Estudos Africanos, ligado à Universidade Eduardo Mondlane, e em arquivos disponíveis em Web sites, nomeadamente: Memórias de África e do Oriente, Antônio Rita-Ferreira (Site com o nome de um dos administradores de circunscrição em Moçambique, no período colonial) e o Arquivo Histórico Ultramarino.

Em relação ao material bibliográfico sobre o período colonial foi encontrado um imenso acervo sobre estudos ligados aos povos de Moçambique, nos quais a medicina tradicional corresponde a uma das variadas temáticas abordadas. Portanto, foram encontrados diversos materiais de domínio da medicina tradicional produzidos por administradores, missionários, antropólogos e sociólogos. No domínio dos documentos oficiais foram encontrados mais de 200 documentos, no Fundo da Direção do Serviço dos Negócios Indígenas (FDSNI) e Fundo da Inspeção dos Serviços Administrativos e dos Negócios Indígenas (FINSANI), ligados à repressão das atividades da medicina tradicional e desterro dos médicos tradicionais para a ilha de Moçambique ou para São Tomé e Príncipe<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Foi interessante nestes estudos ver as várias terminologias usadas para designar a medicina tradicional e as várias representações que estes estudos faziam. Mais de 16 terminologias foram encontradas para designar a medicina tradicional, sendo esta última uma delas, exemplo: medicina indígena, medicina negra, medicina dos cafres, curanderice espírita, a arte negra de curar, arte indígena de curar, crenças/práticas mágicas, práticas mágico-animistas, magia, práticas curativas, adivinhação, feitiçaria, possessão, exorcismo, práticas mágicas religiosas, medicina alternativa etc. Estas terminologias podem ser encontradas em diversas literaturas que tratam sobre a temática em África, sobretudo em Moçambique. No contexto moçambicano encontramos uma série de material do período colonial, nomeadamente: *O Uso e Costumes dos Bantus*, de Henri Junod, de 1912, *Os “Zimba”*: Monografia etnológica de Antônio Rita-Ferreira, de 1954, *Crenças e práticas mágicas* em Homoine do mesmo autor, de 1960, *A arte indígena de curar* de Júlio Afonso da Silva Tavares, de 1909, *A arte indígena de curar em terras de Zavala* de Carlos Santos Reis de 1952, *Monografia etnográfica Sobre os Tsuas* de Julio Justo Alfaro Cardoso, de 1958, *Ligeiros apontamentos sobre a curanderice espírita entre o povo ba-twa* de Júlio dos Santos Peixe de 1961, *A possessão e exorcismo em Moçambique*, de Luis Domingues Polanah, de 1967/68, *O Nhamussoro e as outras funções mágico-religiosas*, do mesmo autor, de 1965, *A possessão sagrada*, do mesmo autor de 1967, *Mitologia e Direito Consuetudinário dos Indígenas de Moçambique*, de Jose Gonçalves Cota, de 1946, *Código Penal*, do mesmo autor de 1946, *Alguns problemas sociológico-missionários da África Negra*, de A. da Silva Rego, de 1960, *Raça, Usos e Costumes dos Indígenas*, de Antônio Augusto Pereira Cabral, de 1925, o Ngoma, de Oliveira L. de 1945, *Medicina Indígena da África Portuguesa*, de Pina L. de 1940 e “Bruxas e medicina: folclore de Guimarães” do mesmo autor de 1929. Para além dos diversos estudos, as representações e terminologias podem ser encontradas em documentos da administração colonial ligados a repressão e desterro dos praticantes da “medicina tradicional”, nomeadamente, Arquivo Histórico de Moçambique – Fundo da Direção do Serviço dos Negócios Indígenas (FDSNI, secção A), *Processo 118 “Chaly Oloza Sangoma”*, Cota 83. Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, cota 89, Documento A 25, de 1922. Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, secção A, Caixa 83, *“Processo contra curandeiro”*, de 1945. Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, Secção A, Caixa 83, *“Auto contra dois indígenas”*, de 1954. Fundo da Direção dos Serviços dos Negócios Indígenas (FDSNI), Secção A “Feiticeiros e Curandeiros”, Processo n 118, cota 83, Arquivo Histórico de Moçambique (AHM). Arquivo Histórico de Moçambique, Relatórios das Circunscrições. Documento A/25, 1916: *“Feitiçaria Indígena Praticada pelos Indígenas Ndhleia e Wantshakene”*, Fundo da Direção dos Serviços dos Negócios Indígenas, Secção A, Processo n 118, cota 83, Arquivo Histórico de Moçambique (AHM). Documento 603, 1917: “Zulu” FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. Documento 7/3/1946: *“Djane Nyamposse”* FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. Documento 1960: *“Dinheiro apreendido a curandeiros e feiticeiros”* FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. Documento A/25, 1917: *“Chaly Oloza Shingoma”*, FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. Documento 476, 1916: *“Duma e Macuia”*, FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. Documento 297, 1916: *“Prisão de régulos e indunas por distribuição do rapé milagroso murrime”*, FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. FDSNI (Fundo da Direção dos Serviços dos Negócios Indígenas – FDSNI).

No período pós-independência, dividimos a nossa busca em dois períodos: o primeiro período diz respeito à Primeira República, que foi marcado pelo regime marxista-leninista. Encontramos vários documentos oficiais, nomeadamente, documentos internos da Frelimo, discursos do primeiro presidente de Moçambique Samora Moisés Machel. Páginas do jornal notícias<sup>5</sup> e da Revista Tempo<sup>6</sup>, que retratam sobre a Operação Produção e a inclusão dos médicos tradicionais nesta política. Encontramos, igualmente, diverso material bibliográfico de académicos e pesquisadores que discutem sobre a medicina tradicional. No segundo período pós-independência, marcado pela liberalização económica e política, encontramos artigos de jornais, documentos oficiais tal como legislação, relatórios do Ministério da saúde (Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa), Estatutos orgânicos, documentos produzidos por ONGs, entre outros. Como se referem Souza et al. (2011), a pesquisa documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com finalidade específica. A pesquisa documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitindo a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas nos documentos, além da contextualização dos fatos em determinados momentos. Pode, inclusive, ser um conjunto de operações intelectuais, visando a descrição e representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática para facilitar a sua recuperação. Jacqueline Souza e coautoras identificam a pesquisa documental em dois aspectos, como método e como técnica. Como método, a análise documental apreende os documentos como base para o desenvolvimento de estudos e pesquisas cujos objetivos advêm do interesse do pesquisador ou pode ser percebida como uma investigação de pesquisa histórica, uma vez que busca a reconstrução crítica dos dados passados no intuito de obter indícios para projeções futuras. E como técnica, consiste em formas ou procedimentos de modificação e transformação do material visando um determinado objetivo, relacionado à facilitação da compreensão e uso de tais informações e a descoberta e estabelecimento de relações

---

<sup>5</sup> “Constituída Associação da Medicina Tradicional”, Notícias [Maputo], edição 22326, segunda-feira 31 de agosto de 1992, p.2, “Médicos Tradicionais Reúnem-se em Conferência”, Notícias [Maputo], Edição 22313, 15/8/1992, p.8, “Diretiva Ministerial sobre Evacuação das Cidades”. Notícias [Maputo], 20 de junho de 1983. p.3, “A partir de amanhã: Operação Produção em 2ª fase”, Notícias, 4 de julho de 1983 “Curandeiros Querem Cartão de Trabalho!”, Notícias, Maputo, 11 de agosto de 1982, p.2.

<sup>6</sup> “Operação Produção”: Até aonde é que devemos intervir? Revista Tempo, N 672, 1983; “operação produção”: punir os desvios. Revista Tempo, Edição n 667 de 24 de Julho de 1983.; “Evacuação de Improdutivos: maputo com a máquina em Movimento”. Revista Tempo, Edição n 664 de 3 de Julho de 1983.; “Operação Produção e abastecimento: Cartão provisório serve para levantar géneros”, Revista Tempo, Edição 674 de 11 de Setembro de 1983.; “operação Produção: já não me sinto parasita”, Revista Tempo, Edição 666 de 17 de julho de 1983”; “operação produção: Combate à Fome começa no campo”, Revista Tempo, edição 668 de 31 de Julho de 1983.

com o contexto socioeconômico (Souza, 2011, p.223). Neste trabalho usamos a pesquisa documental como método.

### **2.3.2 A pesquisa de campo: método e coleta de dados**

A segunda fase da pesquisa foi caracterizada pela imersão ao campo junto com as redes dos médicos tradicionais em que, para além da observação participante, realizamos entrevistas e mapeamento das associações de medicina tradicional. A minha imersão no campo foi acompanhada de vários obstáculos pelo fato de que nunca havia tido contato com o universo que pretendia estudar. Não foi fácil inserir-me no ambiente dos médicos tradicionais, uma vez que, os primeiros contatos ensaiados mostravam uma desconfiança em relação à minha presença, mesmo depois de devidamente identificar-me e explicar os motivos que me traziam ali. Em todos os contatos, sobretudo na Província de Maputo, a permissão para as entrevistas e a realização da etnografia foi concedida depois de um longo período de negociação e explicação de que não estava ali para expropriar-lhes nenhum saber e que o trabalho que desenvolvia consistia em compreender as controvérsias em torno da institucionalização da medicina tradicional. A razão desta dificuldade consistia na ideia de que as pessoas, que se aproximam deles, fazem-no com o único objetivo de instrumentalizá-los e apropriarem-se dos seus conhecimentos, como, segundo eles, tem acontecido ao longo de anos. Não obstante este cenário, houve circunstâncias em que fui recebido sem imposições e obstáculos, pelo entendimento de que o trabalho que estava a desenvolver permitiria maior visibilidade e divulgação das suas atividades e reconhecimento da validade do conhecimento médico tradicional.

O primeiro obstáculo foi o acesso à rede dos médicos tradicionais, no entanto, tinha conhecimento, como resultado de leituras e pesquisas, de que a sede de uma das maiores organizações dos médicos tradicionais, a Ametramo, encontrava-se localizada no Bairro de Xipamanine, na periferia da cidade de Maputo. Mesmo depois de localizada a associação, o acesso continuou sendo difícil, devido ao estranhamento que mencionei acima, acima de tudo porque estávamos numa época em que a associação não estava a funcionar regularmente em decorrência da Covid19. A minha segunda estratégia foi recorrer a plataforma do Facebook, a busca de associações e contatos. A partir desta plataforma consegui entrar em contato com a Associação dos Ervanários de Moçambique (AERMO). A partir desta associação foi possível ter acesso a outras redes dos médicos

tradicionais em Maputo e acessar outras associações na Província de Gaza e na Província de Inhambane.

Relativamente às entrevistas, há que referir que a determinação *a priori* do número de sujeitos a entrevistar em pesquisa de base qualitativa, foi de difícil realização. Este processo depende muito das características das informações, do grau de profundidade e divergência das informações. O campo sempre oferece novos dados que precisam ser seguidos, até que seja possível vislumbrar “padrões simbólicos, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão” (Duarte, 2002, p. 143, 144). No caso da presente pesquisa, a seleção dos participantes foi determinada a partir da técnica da bola-de-neve, ou seja, a partir de cadeia de referências, onde um indivíduo indica um ou mais indivíduos dentro do seu círculo, grupo ou instituição. Essa técnica geralmente é usada quando os participantes ou informantes chave não foram todos identificados previamente e são difíceis de encontrar ou contatar. Em nosso caso identificamos duas instituições que nos permitiram acessar tanto a rede das associações dos médicos tradicionais, assim como profissionais que trabalham em pesquisas e na formulação de políticas ligadas a medicina tradicional, designadamente, a Cacometra (Confederação das Associações de Conhecimento de Medicina Tradicional) e a Direção Nacional da Medicina Tradicional e Alternativa. A partir da Cacometra tivemos conhecimento da existência de cerca de 12 associações, as quais algumas possuem representações em todo o país e outras possuem seu campo de abrangência apenas na cidade de Maputo. De forma que a pesquisa exigiu um mapeamento destas instituições. As sedes das redes dos praticantes da medicina tradicional, em sua maioria, encontram-se localizadas em Maputo e possuem suas representações pelas demais províncias. Tanto é que, sempre que há algum evento que carece de uma visibilidade destas redes, são sempre dirigidos a partir da capital Maputo. Isto significa dizer que possuem um sistema centralizado de governação que concentra os processos de tomada de decisão mais importantes na capital. Portanto, as representações estão estritamente subordinadas ao centro do poder em Maputo. Este fato levou-nos a concentrar a nossa pesquisa na região sul, sobretudo Maputo. Seguindo este caminho, permitiu ter uma imagem mais representativa das questões de agenciamento da medicina tradicional no país.

As entrevistas foram, à partida, direcionadas aos indivíduos que ocupam os órgãos representativos, quer das associações de medicina tradicional, assim como da Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa. A partir dessa lógica foi possível criar

abertura para incluir outros agentes. Seguiu-se esta perspectiva por duas razões fundamentais, a primeira deve-se ao fato de que a matéria relacionada à organicidade e processos de negociação e interação política são regularmente conhecidas e remetidas a estes órgãos representativos. A segunda razão foi a de conformar a entrevista aos órgãos representativos equivale, em nossa compreensão, a uma representação coletiva da própria associação. A maioria dos médicos tradicionais são “analfabetos” e estes órgãos são muitas vezes ocupados em função do nível básico de escolaridade e ou de conhecimento da língua portuguesa, isto para facilitar as relações políticas, quer entre as associações, entre as associações e o Estado e por sua vez entre as associações e demais instituições como ONGS. Este facto foi constatado em outros estudos anteriores ao meu, como é o casos das pesquisas desenvolvidas por Honwana, ou ainda estudos desenvolvidos por Santana (Honwana, 2002; Santana, 2018). Portanto, seguimos esta perspectiva apoiando-nos em Minayo (2017), quando afirma que “... uma entrevista com alguém de um grupo é, ao mesmo tempo, um depoimento pessoal e coletivo. (...) as informações prestadas por pessoas implicadas num tema de pesquisa podem representar o conjunto quando determinadas condições forem observadas” (Minayo, 2017, p. 4).

Os trabalhos de pesquisa na Direção Nacional de Medicina Tradicional iniciaram somente após a aprovação pelo Comitê Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS). Estas duas instituições encontram-se no edifício do Ministério da Saúde. Na Direção Nacional de Medicina Tradicional, foram realizadas entrevistas, conversas informais, observação e pesquisa documental. Esta instituição mostrou-se bastante aberta com realização do meu trabalho, não obstante a reclamação feita pelo representante daquela instituição relativamente aos pesquisadores que passam por ali. Segundo o representante, os pesquisadores recorrem àquela instituição com promessas de posteriormente trazerem os resultados das suas pesquisas, mas que infelizmente não tem acontecido. Para esta instituição, esta prática tem sido recorrente. Para além do trabalho referenciado acima, junto com a instituição participei ajudando para que pesquisadores e académicos, que trabalham em áreas ligadas à medicina tradicional ou áreas afins, fizessem parte do dia Africano da Medicina Tradicional, apresentando suas pesquisas, trabalhos e reflexões sobre o *status quo* da medicina tradicional em Moçambique. Contribuí, igualmente, para que a instituição participasse do painel de debate intitulado: O Estatuto da Medicina Tradicional em Moçambique: entre processos de luta, resistência e institucionalização, por mim organizado no âmbito da IV Conferência, Activismo em África. A Direção

Nacional de Medicina Tradicional foi um veículo para acessar interlocutores médicos tradicionais, sobretudo os médicos tradicionais que pertencem à Ametramo. Variadas vezes a direção nacional de medicina tradicional nos remeteu à Ametramo, como órgão legítimo para manter contacto, evidenciando uma clara desconsideração em relação às outras associações: “se quer informações sobre o seu trabalho recomendo a que entre em contacto com a Ametramo, é a associação que mais temos trabalhado com ela nós como direção nacional de medicina tradicional o resto são charlatães” (Entrevista, DNMTA, 2021).

Foram entrevistadas e mantidas conversas informais com cerca de 25 pessoas, dentre as quais médicos tradicionais e agentes que trabalham na promoção da medicina tradicional, pesquisadores e funcionários do governo. Este processo todo de pesquisa não seguiu um período linear, foi feito com interrupções e continuidades, uma vez que me encontrava em Moçambique por razões de saúde. Portanto, a pesquisa decorreu entre junho de 2020 e setembro de 2021, com períodos de interrupções.

### **2.3.3 Análise de dados**

Este percurso metodológico encontra-se alicerçado na análise de conteúdo. Todo o processo descrito acima, desde o levantamento da documentação até a realização das entrevistas, foi feito consubstanciado por esta perspectiva de análise. Assumi apoiando-me em Bardin (1977), que era preciso iniciar a análise ao mesmo tempo em que os dados estavam sendo coletados e organizados.

Assumir a análise do conteúdo é não aceitar, de início, a transparência dos fatos, é se interrogar sobre o real das coisas/fatos, ou seja, é desconfiar dos fatos apresentados e se questionar sobre eles. É uma postura vigilante e crítica, que não permite a aceitação simples do real apresentado (Bardin, 1977, p.28). Aliás, a análise do conteúdo busca sentidos que não são os apresentados, ou seja, busca “atingir através de significantes ou de significados (manipulados), outros «significados» de natureza psicológica, sociológica, política, histórica etc.” (Bardin, 1977, p.41).

Esta perspectiva, procura compreender o contexto pesquisado a partir das contribuições dos sujeitos envolvidos nesse contexto, tomando como fundamental as significações. Foi com base nesse entendimento que desenhamos a nossa análise, acreditando que era através dos questionamentos, suspeitas e apresentação dos factos a partir da voz dos entrevistados e da documentação, que se poderia conferir uma produção



ontológica e epistemológica das narrativas desses agentes, e sobretudo, a complexidade cultural da realidade moçambicana e as suas implicações nas formas de governança.

Bardin aponta três diferentes fases para a análise de conteúdo, nomeadamente: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Assim segui estes passos: 1) organizei o material a ser analisado, um período de sistematização das primeiras impressões de modo a estabelecer uma estrutura processual de análise. Um esquema que permite estabelecer um ordenamento em cadência dos elementos a serem analisados. 2) Após este processo de organização do material, passamos para o processo de análise “propriamente dita”, que significa exploração do material. É uma fase de longo envolvimento com os dados, e de operacionalização e codificação (recorte, enumeração, classificação e agregação) do material, ou seja, a fase daquilo que Bardin chamou de “administração das técnicas sobre o *corpus*” (BARDIN, 1977, p. 102). Portanto, nesta fase organizei os dados em tópicos e posterior categorização, classificação desses tópicos em categorias de análise. E por fim o tratamento dos resultados e interpretações, acompanhado por processo de operações e inferências.

A análise foi desenvolvida tendo em conta a constituição das seguintes categorias e subcategorias: 1) A demanda pela legitimação/regulamentação da medicina tradicional que divide-se em três subcategorias, nomeadamente: a) A necessidade de proteção (garantir os direitos de propriedade intelectual e evitar a expropriação), b) a necessidade de combate ao estigma (desqualificação e criminalização das atividades médicas tradicionais) e c) a necessidade de policiamento e controle contra práticas desviantes. 2) A demarcação do que deve ser considerado campo médico tradicional (disputas para a demarcação e diferenciação entre o campo médico oficial “científico/moderno” e o campo médico tradicional), que se divide em três subcategorias: a) Medicina tradicional como terminologia restritiva, b) a rejeição da terminologia “praticante da medicina tradicional” e c) a recuperação da designação originária. E controvérsias em torno do reconhecimento ou não da dimensão espiritual. E por último 3) os entraves na regulamentação da medicina tradicional.

## 2.4 Considerações éticas

O presente projeto de pesquisa, após a chegada a Moçambique, passou pelo crivo do Comitê Nacional de Bioética para a Saúde. Infelizmente o processo, até a aprovação

do protocolo de pesquisa, foi extremamente moroso, o que implicou sobremaneira no cronograma previamente estabelecido para as atividades de pesquisa. A pesquisa precisou de seis meses para a sua aprovação, submetemos a solicitação no dia 27 de Abril de 2021 e só tivemos a aprovação no dia 24 de Outubro de 2021. Na altura, mesmo depois da minha insurgência junto àquela instituição, devido a esta morosidade e mesmo depois de ter explicado que a viagem do Brasil para Moçambique tinha um período de tempo determinado de estada para a pesquisa, e ainda ter apelado à instituição em priorizar a avaliação de estudantes, sobretudo os que se encontram a desenvolver as suas pesquisas no estrangeiro, de modo a pelo menos cumprir com o cronograma por eles desenhado e consequentemente com os prazos da autorização. Mesmo depois de ter explicado que algumas bolsas de estudo, como era o caso da minha, não concedem financiamento para viagens de pesquisa de campo, sendo que estas viagens são suportadas pelo estudante, ainda assim a avaliação seguiu um período de tempo longo.

A resposta daquele órgão às minhas inquietações foi que o (1) Comitê Nacional de Bioética para a Saúde era o único órgão que avalia os protocolos de pesquisa em seres humanos em nível nacional; (2) a sua forma de trabalho tinha sido afectada com a Covid e que havia mudado completamente a sua rotina; (3) para além dos 10 protocolos que o comité geralmente têm avaliado mensalmente, incluindo nesse número protocolos de estudantes, com a Covid o número dos protocolos teria duplicado, e exigindo um esforço adicional do Comitê. Naturalmente, fiquei estupefato ao saber que uma instituição daquelas responsável em avaliar e aprovar protocolos de pesquisa em todo o país, só avaliava mensalmente 10 protocolos. Não cumprindo com os *timings* estabelecidos nos protocolos do próprio Comitê Nacional de Bioética, estavam eles mesmos a violar princípios éticos em seus procedimentos. Portanto, este imbróglcio todo não retirou a importância dos pareceres do CNBS, aliás, contribuíram imenso na correção e acréscimo de alguns elementos que não estavam inclusos no protocolo. Embora sentira em algum momento que algumas exigências orientavam a pesquisa para uma abordagem de pesquisa quantitativa, portanto, fora daquilo que me propunha metodologicamente.

A demora na aprovação levou com que uma audiência fosse marcada com o Comitê para a clarificação daquilo que este órgão considerava como “pontos de penumbra” no protocolo, entretanto, não obstante a instituição seja constituída por um grupo multidisciplinar, a reunião foi constituída por indivíduos treinados em métodos quantitativos e com formação em ciências exactas, com fraco domínio em áreas ligadas

às ciências sociais e humanas. O fato é que no fim daquela reunião o protocolo foi aprovado.

Contudo, a presente pesquisa levou em conta os pressupostos éticos definidos pelo Comitê Nacional de Bioética para a Saúde. Foram, durante todo o processo de concepção e escrita do projeto de pesquisa, acauteladas as questões de ordem ética, de modo que a mesma lógica se refletisse no momento da pesquisa de campo. Esta perspectiva foi orientada pela noção segundo a qual toda a pesquisa científica é uma atividade humana que exige, dentro dessa lógica, um comprometimento ético fundamental. Resulta desse fato, o comprometimento ético descrito neste trabalho, em relação à relevância do estudo, ao que concerne à produção, à disseminação e ao valor do conhecimento, para auxílio no contexto social, sobretudo no processo de elaboração de políticas públicas; à seleção cautelosa da população em estudo, à garantia e respeito dos direitos dos participantes, à garantia da liberdade e autonomia dos envolvidos no processo da pesquisa. Neste ponto acentuamos o consentimento informado, esclarecido e livre, assim como questões como anonimato, a confidencialidade e proteção dos dados.

## **2.5 Limitações**

A presente pesquisa decorreu, em parte, num contexto de crise sanitária mundial provocada pela Covid 19. O meu doutorado iniciou em Março de 2019, e no início de 2020, quase um ano depois, surgiu a pandemia da covid 19 que obrigou a um período longo de isolamento social e encerramento de instituições. Com as restrições impostas pela pandemia, a Universidade e as atividades académicas foram severamente afetadas e, consequentemente, o percurso normal do doutorado. As aulas e a execução do projeto de pesquisa foram afetados, sobretudo a pesquisa de campo com uma metodologia que exigia contato direto com pessoas (a etnografia/entrevistas), praticamente inexecutável no período da pandemia, tendo obrigado a um redesenho do cronograma de trabalho.

A concepção da pesquisa, pela sua natureza, exigia que o trabalho de campo fosse realizado no país de origem, Moçambique. Infelizmente, a bolsa de estudos não cobria esses deslocamentos e demais necessidades do campo. A minha aspiração inicial era fazer a pesquisa de campo visitando essas associações, não apenas na região sul de Moçambique, bem como na região centro e norte. Devido a escassez de recursos, a pesquisa foi realizada em 3 três províncias na região sul de Moçambique, sendo que os custos de viagens, não apenas para essas regiões, assim como para o país de origem foram

custeadas pelo pesquisador, com um orçamento deficitário, afetando, de algum modo, o decurso da pesquisa.

No final de 2019, fui afetado por problemas sérios de saúde que me obrigaram ao regresso e a um repouso por um determinado período em Moçambique. Em finais de 2023 perdi o meu pai, este infortúnio causou-me um dano emocional imensurável, que ainda hoje não consegui recuperar-me. O meu pai foi uma grande inspiração e referência na minha trajetória de vida.

### 3 CRÍTICA À MODERNIDADE E OCIDENTAL E A BUSCA DE OUTRAS ALTERNATIVAS EPISTÉMICAS

Para contribuir para um mundo onde muitos mundos são possíveis, serão necessários processos de descolonização do saber e do ser, processos que surgem e estão surgindo da geopolítica e da corpolítica do saber. Para que a descolonização se torne operacional, será necessário criar alternativas à modernidade e à civilização neoliberal.

Walter D. Mignolo, 2010 tradução livre.

O presente texto tem como objetivo contextualizar o debate em torno das teorias pós-coloniais e decoloniais, bem como as suas críticas e propostas. Essas abordagens, embora diversas e marcadas por especificidades de cada contexto histórico e cultural, convergem no propósito de desconstruir criticamente a epistemologia hegemônica da racionalidade moderna ocidental. Simultaneamente, procuram delinear alternativas que valorizem outras formas de conhecimento e modos de existência, frequentemente marginalizados pelos paradigmas dominantes.

#### 3.1 Leituras críticas a partir dos estudos pós-coloniais e decoloniais

As teorias pós-coloniais e decoloniais, tomaram consciência de que os paradigmas epistemológicos e os modelos de racionalidade moderna ocidental que vigoram encontram-se em crise, e não conseguem responder aos desafios que o mundo atual impõe. Nesta tese, as duas abordagens são essenciais para compreender o estatuto da medicina tradicional em Moçambique. Os projetos transformadores associados ao pós-colonialismo, bem como a desobediência e o distanciamento propostos pelo pensamento decolonial, revelam-se necessários para refletir e orientar politicamente a articulação do saber médico tradicional no contexto moçambicano.

Estes estudos analisam — e, em alguns casos, rompem — com as formas de produzir ciência desenvolvidas pela racionalidade moderna ocidental, bem como o tipo de relações imperiais estabelecidas entre o Norte e o Sul. Procuram desafiar e ultrapassar os limites impostos pelo conhecimento eurocêntrico, que continua a influenciar a forma de fazer ciência nos países anteriormente colonizados. Por meio de rupturas e práticas de desobediência epistemológica, estes estudos revelam os efeitos duradouros da

colonização (colonialidade), demonstrando como a imposição de um modelo ocidental de conhecimento marginalizou os saberes locais e restringiu a diversidade epistemológica.

A teoria pós-colonial, por exemplo, que ganhou força sobretudo a partir dos estudos culturais e da crítica literária (primeiramente na Europa Ocidental e na América do Norte), teve como principais precursores, intelectuais oriundos de territórios colonizados, entre os quais se destacam Frantz Fanon, Aimé Césaire e Albert Memmi, cujas obras fundacionais influenciaram a formulação posterior do campo pós-colonial. A partir dessas bases, autores como Edward Said, Stuart Hall, Homi Bhabha, Gayatri Spivak, Paul Gilroy, Partha Chatterjee, Richard Werbner, entre outros, expandiram e diversificaram o debate, contribuindo para a consolidação e complexificação das discussões pós-coloniais (Santos, 2010; Silva, 2013; Costa, s/d). Esta tradição de estudos “pós-coloniais” permitiu que suas abordagens tivessem uma orientação cada vez mais coesa e comprometida com a crítica iniciada pelos seus precursores. Nos últimos tempos nota-se uma proliferação significativa de estudos pós-coloniais por toda a parte. Este modo de pensamento está presente hoje no mundo islâmico, na Índia, na África do Norte e subsaariana e na América Latina, onde se procura recuperar cosmovisões historicamente negadas. Nestes contextos, “línguas marginalizadas e denegridas, religiões e formas de pensar estão sendo reinscritas em confrontação com as categorias de pensamento ocidental” (Mignolo, 2008, p.297).

Em contrapartida, a decolonialidade, enquanto crítica à colonialidade, estabelece uma ruptura com a pós-modernidade. Isto significa que ela se afasta da tradição pós-moderna — representada por autores como Michel Foucault, Jacques Lacan e Jacques Derrida — e, em alguns aspectos, se afasta da linha de orientação teórica dos pensadores pós-coloniais (Mignolo, 2010).

A virada decolonial apresenta-se como um projeto de distanciamento epistémico no campo social e acadêmico. Nesse sentido, ela surge, como refere Mignolo,

[...] da mudança decolonial implícita na *Nueva Crónica y Buen Gobierno* de Guamán Poma de Ayala; do tratado político de Ottobah Cugoano; do ativismo e da crítica ao colonialismo de Mahatma Gandhi; da ruptura do marxismo no seu encontro com o legado colonial nos Andes, na obra de José Carlos Mariátegui; na política radical e na virada epistemológica de Amílcar Cabral, Aimé Césaire, Frantz Fanon, Rigoberta Menchú, Gloria Anzaldúa, entre outros (Mignolo, 2010 tradução livre).

Por sua vez, a teoria pós-colonial, em vez de promover um afastamento epistêmico, procura operar uma transformação interna, atuando inicialmente no interior das academias europeia e norte-americana.

Como nos sugere Silva, a análise pós-colonial, se associa a análises pós-modernas e pós-estruturalistas para questionar as relações de poder e as formas de conhecimento que colocam a ciência moderna ocidental num lugar de autoridade. A teoria pós-colonial tem esta particularidade de refletir sobre as relações de poder entre diferentes nações, sobretudo, as relações entre Norte e Sul. A pós-colonialidade, parte da ideia segundo a qual, só se pode compreender os contextos historicamente subjugados a partir de experiências da colonização europeia (Silva, 2013). Por esta razão, a pós-colonialidade retoma os processos históricos de modo a compreender as relações atuais de poder e dominação, que se baseiam na exploração econômica e no imperialismo cultural. Entretanto, as relações entre o saber e poder se articulam a partir de processos de representação. Deste modo:

[...] a teoria pós-colonial considera a representação como um processo central na formação e produção da identidade cultural e social. É fundamentalmente através da representação que construímos a identidade do outro, e ao mesmo tempo, a nossa própria identidade. Foi através da representação que o Ocidente, ao longo da trajetória de sua expansão colonial, construiu um “outro” como supostamente irracional, inferior e como possuído por uma sexualidade selvagem e irrefreada. Vista como uma forma de conhecimento do Outro, a representação está no centro da conexão saber-poder (Silva, 2013, p. 127,128).

Este processo de representação deu lugar a processos dicotômicos, de modo que, a compreensão do mundo passou a se orientar em perspectivas polarizadoras entre primitivos e civilizados, tradicionais e modernos, Norte e Sul, conhecimento tradicional e conhecimento científico. As pretensões de dominação, universalização e naturalização do conhecimento científico deram lugar a processos de exclusão, marginalização, *epistemicídio*, *epistemogênese*, que refletem modos de coexistência do conhecimento dito “tradicional” (Santos, 2008 ). Portanto, a representação, neste sentido, é “compreendida como aquelas formas de inscrição através das quais o outro é representado” (Silva, 2013, p.127).

De acordo com Santos (2004), o pós-colonialismo empreende as suas experiências analíticas a partir de discursos textuais e ações práticas sobre questões ligadas a “processos de representação e processos identitários”. A representação, nestes contextos, contribui para a formação e produção de identidades culturais e sociais, onde, a partir dela

construímos o outro e a sua identidade e consequentemente a nossa. O entrecruzar de representatividades encontra-se no centro da conexão saber-poder. Essa conexão aparece em toda a história de dominação colonial, onde o saber e o conhecimento se ligam aos objetivos de poder das potências europeias. Santos (2004), compreende o pós-colonialismo como

um conjunto de correntes teóricas e analíticas, com forte implantação nos estudos culturais, mas hoje presentes em todas as ciências sociais, que têm em comum darem primazia teórica e política às relações desiguais entre o Norte e o Sul na explicação ou na compreensão do mundo contemporâneo. Tais relações foram constituídas historicamente pelo colonialismo e o fim do colonialismo enquanto relação política não acarretou o fim do colonialismo enquanto mentalidade e forma de sociabilidade autoritária e discriminatória (Santos, 2004, p.18).

Entretanto, o prefixo “pós” da expressão pós-colonialismo não corresponde a um tempo cronológico posterior, como deslocamento de um tempo anterior. Não se reveste de uma condição “pré” nem a uma condição “posterior” como temporalidade histórica/cronológica linear. O “pós” refere-se, no entanto, a um lugar de enunciação, a uma reconfiguração dos campos discursivos, desconstruindo e buscando significações nas relações hierárquicas construídas pela modernidade ocidental. Por sua vez, o conceito “colonial/colonialismo” reconhece o lugar subalterno, a partir de situações de opressão diversas (Costa, 2006; Santos, 2004, 2010). Neste sentido, o termo pós-colonialismo admite a existência de reconfigurações e ressignificações coloniais/neocoloniais em contextos colonizados; como constata Bhabha (1998), a pós-colonialidade, por sua vez, é um salutar lembrete das relações “neocoloniais” remanescentes no interior da “nova” ordem mundial e da divisão de trabalho multinacional. Tal perspectiva permite a autenticação de histórias de exploração e o desenvolvimento de estratégias de resistência (Bhabha, 1998, p.26). Todavia, se há uma consciência da existência de ressignificações coloniais, em contextos antes colonizados, não se pode falar de um “pós” como um “depois”, como superação da situação anterior, mas sim como meio de busca de alternativas de resistências.

O “além” ou o “pós” é o entre-lugar onde se cruzam conflitos, buscando compreender a construção das diferenças. São novas fronteiras construídas, onde se produzem as diferenças culturais, por um lado, e são espaços de incremento das forças de descentramento e de desconstrução, por outro. São lugares de afirmação dos sujeitos silenciados no campo discursivo. Entretanto, encontramos no prefixo “pós”



ambivalências e lógicas distintas em que os seus sentidos vão para além de determinações temporais e geográficas.

A teoria pós-colonial, ao analisar as obras literárias, quer daqueles que dominam ou são dominados, busca compreender como se constrói o outro enquanto *objeto de conhecimento e sujeito subalterno*, e as narrativas imperiais enquanto projetos de submissão dos povos colonizados. São analisadas as relações de poder entre as diferentes nações que compõem a herança econômica, política e cultural da conquista colonial europeia, com o pressuposto de que o mundo só pode ser compreendido a partir das consequências da aventura colonial europeia. Neste sentido, busca fazer uma leitura crítica de todo percurso histórico destas relações, que compreendem processos de ocupação e dominação causadas pelo colonialismo (Silva, 2013).

Entretanto, a teoria pós-colonial, na sua dimensão cultural e crítica pode se traduzir em várias orientações de estudo, como crítica ao paradigma hegemônico da modernidade, como busca de alternativas locais e sujeitos de enunciação. O discurso pós-colonial surge, nesse sentido, para desabilitar a subalternidade do colonizado instituindo-lhe um lugar de fala contra o silêncio que lhe foi outrora inculcado. Portanto, mediante os estudos pós-coloniais, empreendeu-se uma crítica ao tipo de saber local produzido pela ciência moderna do séc. XIX, questionando os seus pressupostos teóricos e metodológicos, os seus objetivos, determinismos, como vimos no subtema anterior.

A perspectiva decolonial parte da constatação de que, a base colonial de poder assenta numa estrutura complexa que inclui a colonialidade do poder, o controlo da economia, da autoridade, da natureza e dos recursos naturais, bem como o controlo do género, da sexualidade, da subjetividade e do conhecimento. Estes elementos encontram-se profundamente interligados, formando um sistema de dominação e produção de sentidos (Mignolo, 2010, Quijano, 1992, 2005).

É por isso que a ideia de colonialidade, amplamente identificada pelos pensadores decoloniais, possibilitou o desenvolvimento de duas perspectivas: uma analítica e outra programática. A perspectiva analítica permitiu refutar a noção de totalidade criada pela racionalidade moderna ocidental, abrindo espaço para a reconstrução e restituição de histórias silenciadas, subjetividades reprimidas, línguas e saberes subalternizados. Esta crítica conduz à segunda perspectiva, a orientação programática desenvolvida por Quijano, que surge como um projeto de desvinculação relativamente à racionalidade moderna

ocidental. Enquanto a decolonialidade procura uma desvinculação epistemológica e ontológica, a pós-colonialidade foca-se na transformação interna das estruturas existentes. A decolonialidade promove um processo de desvinculação (desapego) face às estruturas epistêmicas da modernidade ocidental. Neste movimento — simultaneamente analítico e programático — observa-se um distanciamento entre a teoria decolonial e a crítica pós-colonial (Mignolo, 2010). Contudo, em alguns casos, a decolonialidade integra certos contributos da crítica pós-colonial, sobretudo quando estes dialogam com a restauração de epistemologias e ontologias historicamente subalternizadas.

O distanciamento ou a desvinculação de estruturas de racionalidade moderna ocidental que se construíram hegemônicas, deve levar-nos a descolonização epistêmica. Para Mignolo,

O distanciamento é urgente e requer uma mudança epistêmica decolonial (que está em curso em diferentes regiões do planeta), contribuindo com o conhecimento adquirido por outras epistemologias, outros princípios de conhecimento e compreensão e, portanto, outras economias, outras políticas, outras éticas (Mignolo, 2010, p.17 tradução livre).

Esse processo deve possibilitar a construção de uma comunicação intercultural ou interepistêmica. Assim, o distanciamento em relação à universalização de uma cultura ou cosmovisão particular — historicamente localizada no espaço geopolítico europeu — orienta para uma mudança epistêmica decolonial específica: a pluriversalidade. Esta, por sua vez, busca reconhecer a coexistência de múltiplos modos de conhecer, rompendo com a lógica universalista e afirmando a legitimidade de epistemes diversas. A decolonialidade significa, portanto, ultrapassar uma determinada forma de conceber e compreender o mundo que, durante muito tempo, se impôs e suprimiu outras cosmovisões. A crítica decolonial introduziu uma mudança paradigmática ao deslocar a hegemonia teológica e egológica para uma perspectiva geopolítica do conhecimento e da compreensão do mundo. Essa mudança decolonial permitiu o reconhecimento de novos sujeitos do conhecimento que, durante séculos, foram negados, ignorados ou tornados invisíveis pela política imperial. Nesse sentido, uma das estratégias de distanciamento consiste em desnaturalizar os conceitos e os campos conceituais que sustentam a ideia de uma única realidade, abrindo espaço para múltiplas formas de existência, interpretação e produção de saberes (Mignolo, 2010).

Estas abordagens teóricas pós-coloniais e decoloniais, fazem uma crítica à universalização do modo de vida ocidental, crítica a unilinearidade da história traduzida

em conceitos como progresso, desenvolvimento ou modernização que funcionam como totalidades hierárquicas. Entretanto a crítica a tendências do universalismo e da unilinearidade da história, desabilita ao mesmo tempo a ideia do ocidente como centro do mundo, deste modo permite que surjam alternativas outras. E é a natureza excludente e desigual do mundo moderno, como constata Lander (2005), que permite o surgimento de trabalhos de desconstrução da ideia universalista e naturalista das sociedades capitalistas-liberais. A partir deste cenário, abre-se espaços para traçar novas alternativas.

A tradição de intelectuais pós-colonialistas e decoloniais questionam o eurocentrismo, a racionalidade científica, a governação neoliberal, o capitalismo selvagem empreendido pela modernidade ocidental, buscando, a partir desta desconstrução, alternativas locais e possibilidades de um diálogo alternativo ensejado a partir das “regiões excluídas subordinadas pelos conhecimentos coloniais e eurocêtricos” (Lander, 2005, p.7). Ou como diria Mignolo (2008), a partir de um contexto onde as “línguas marginalizadas e denegridas, religiões e formas de pensar estão sendo reinscritas em confrontação com as categóricas de pensamento ocidental” (Mignolo, 2008, p.297). Deste modo, a crítica trazida por estas perspectivas teóricas desconstrói, a partir de práticas e discursos, “a narrativa colonial, escrita pelo colonizador, e procuram substituí-la por narrativas escritas do ponto de vista do colonizado” (Santos, 2010, p.233).

A ideia de totalidade desenvolvida pela racionalidade moderna ocidental é intrinsecamente excludente. Essa noção de totalidade tende a rejeitar e a obscurecer a diferença e, sobretudo, as múltiplas possibilidades de outras totalidades. Em muitas sociedades não europeias, tal ideia de totalidade não existe; as suas epistemologias e ontologias abrem-se, frequentemente, à pluriversalidade. Em contrapartida, as categorias de pensamento ocidental têm-se expandido sem reconhecerem a igualdade e legitimidade das outras formas de conhecimento (Mignolo, 2010, Santos, 2008)

A decolonialidade desconstrói igualmente a ideia de uma história linear e eurocêntrica, destacando a multiplicidade dos eventos históricos. Contudo, essa multiplicidade encontra-se profundamente condicionada pelas relações de poder colonial. É precisamente este processo de dominação que a teoria decolonial procura descolonizar, propondo a pluriversalidade como alternativa ao modelo universal imposto pela modernidade ocidental (Mignolo, 2010).

Este modelo único e linear de compreensão do mundo, marginalizou todo o resto do mundo, e rotulou outras culturas de míticas e irracionais. O modelo eurocêntrico representou o “outro” em categorias como, índio, africano e exerceu sobre elas relações de dependência e de violência numa dimensão econômica, política, e, sobretudo, epistemológica e ontológica (Meneses, 2004a, 2005).

Os estudos pós-coloniais e decoloniais buscam várias alternativas às suas críticas que se circunscrevem em duas categorias fundamentais. Uma das perspectivas do pós-colonialismo busca não essencialmente negar a modernidade ocidental, mas busca incorporar outras alteridades. Um mundo cheio de várias opções. A existência de várias alteridades permitiria um diálogo entre saberes e cosmovisões. Esta alternativa implica buscar um lugar de intermédio entre as várias culturas.

Outra abordagem, propõe uma espécie de desobediência epistêmica, remetendo a uma inversão da lógica vigente, esta abordagem é proposta por Walter Mignolo, para ele é preciso abandonar os paradigmas modernos e eurocêntricos, é crucial ultrapassar os limites do Marxismo, Freudismo, Lacanismo, Foucauldianismo, etc. É preciso desconstruir conceitos como modernidade, desenvolvimento, democracia, etc. Esses se tornam modelos que durante o processo histórico foram, no entanto, nos vendendo/impondo pseudo-utopias. Para que haja um mundo na qual muitos mundos sejam possíveis é necessário um processo de descolonização do saber (Mignolo, 2008).

A proposta que surge é a implantação de um novo paradigma, *aprender a desaprender* (Mignolo, 2008), isto é, trata-se de repensar o social a partir de novas categorias que vão além do espectro do capitalismo e das suas alternativas teóricas e práticas desenvolvidas no âmbito da modernidade ocidental.

Santos propõe as *Epistemologias do Sul* como chave de emancipação social, das sociedades outrora colonizadas, que deve ser realizada a partir de experiências dos povos subjugados e excluídos. Para isso é necessário aprender com o Sul, o Sul como lugar de subjugação causado pelo capitalismo colonial. O Sul toma a responsabilidade de reinventar a emancipação social que vai para além dos pressupostos teóricos daqueles desenvolvidos no Norte (norte como um lugar de hegemonia e que nos últimos tempos tem demonstrado profundas crises). O Sul foi concebido pela modernidade ocidental como lugar de opressão e escravização. E é por conta desses processos de opressão, escravização, marginalização, imperialismo e capitalismo, que se torna necessário o

processo de superação (emancipação social). Só assim, é possível sair da submissão/subordinação em que se encontra o sul, buscando neste último epistemologias alternativas, e que as mesmas sirvam de lição às epistemologias dominantes. O Sul precisa de se desconstruir das epistemologias da modernidade ocidental, as quais alimentou-se delas coercitivamente durante o percurso histórico colonial. Só assim o Sul poderá ser ou constituir uma alternativa ou possibilidade de aprendizagem e de resistência em relação ao Norte. O sul oferece alternativas contra-hegemônicas (Santos, 2009).

A geopolítica epistêmica pressupõe uma mudança decolonial na estrutura organizacional que constituiu o mundo moderno-colonial. Essa mudança, promovida pela geopolítica do conhecimento, introduz outras referências e legítimas vozes que foram historicamente negadas e desvalorizadas tanto pela política imperial do conhecimento e da compreensão quanto pelas lógicas teológicas e egológicas. Dentro da teoria decolonial, o desapego ou a desvinculação não pode ser alcançado no interior das próprias estruturas teológicas e egológicas que sustentam o regime moderno-colonial de conhecimento. A decolonialidade não pode ser efetivada no mesmo quadro epistemológico do qual se busca descolonizar. Por isso, ela propõe o desapego como movimento de libertação e reconfiguração epistêmica. Esse processo exige deslocar-se para fora da estrutura epistêmica hegemônica, pois o desapego não pode ocorrer no interior do sistema ao qual se pretende romper (Mignolo, 2010).

A gramática da decolonialidade — entendida como a descolonização do ser e do saber, bem como das teorias política e econômica — inicia-se no momento em que os sujeitos que habitam línguas, corpos e subjetividades racializadas, historicamente negados em sua humanidade, tomam consciência dos efeitos da colonialidade do ser e do saber. Mignolo considera que a gramática decolonial começa a ser construída a partir da análise da “retórica da modernidade e da lógica da colonialidade” (Mignolo, 2010, p. 113). Essa análise, por si só, já constitui um processo de descolonização do ser e do saber, mas é ainda — e sobretudo — um exercício de distanciamento e desapego em relação à modernidade/colonialidade e ao eurocentrismo. O mundo moderno/colonial se edificou como um mecanismo de controle sociopolítico e econômico, bem como um sistema de controle do conhecimento, possibilitando o silenciamento e a marginalização de subjetividades, epistemologias e cosmovisões.

Portanto, a descolonização epistêmica possibilita o início de uma comunicação intercultural que abre espaço para a valorização de outras racionalidades. Para Mignolo, a pluriversalidade deve tornar-se um projeto universal: o mundo não deve mais ser projetado por — e para — uma etnoclasse, seja ela secular ou religiosa. Em vez disso, deve constituir-se como um horizonte interepistêmico, dialógico e pluriversal, no qual múltiplas racionalidades coexistam e dialoguem em condições de legitimidade e dignidade epistêmica (Mignolo, 2010).

Por fim, estas perspectivas teóricas questionam os modos de governamentalidade e agenciamento do social. A governamentalidade procura analisar e questionar as formas de governação. Mas para além de analisar as formas e a complexidade da governação, ela se propõe a analisar sobre como o poder é exercido sobre o sujeito e a coletividade e como é que esta coletividade se governa, ou seja, a maneira como se conduz a governação e a maneira pela qual os homens se governam e governam as suas cosmovisões.

O contexto coabitado por uma pluralidade de formas de conhecimentos, onde uns se concebem como hegemônicas em relação aos outros, suscita consequentemente conflitos que nos levam a refletir sobre os processos de governação dessa pluralidade. Nunes (2007), ao refletir sobre as múltiplas formas como o conhecimento se apresenta no mundo contemporâneo, e a centralidade desses conhecimentos, da ciência e da tecnologia na transformação da vida quotidiana; não apenas se pergunta sobre o que se concebe como conhecimento, os seus processos de validação e a produção, os seus efeitos e consequências desses conhecimentos para o mundo, assim como, se questiona sobre como são governadas estas sociedades de conhecimento plural, qual é a relação que existe entre governação e conhecimento e porque a relação conhecimento, governação e cidadania ocupa hoje um lugar central nas pesquisas em ciências sociais. Neste sentido, Nunes (2007), se questiona:

Serão certas formas de experiências e de competências profissional, prática, local consideradas como parte desse conhecimento? Serão os conhecimentos ‘outros’, de grupos sociais dominados, marginalizados ou excluídos ou de populações de países do sul (‘não ocidentais’), parte desse conhecimento? Poderão alguns desses conhecimentos, como a medicina védica ou a medicina chinesa, ou ainda os conhecimentos agronômicos dos camponeses dos Andes ser descrito como ciência, alargando-se e diversificando-se deste modo a definição destas... (Nunes, 2007, p.30).

Isto porque, durante muito tempo a demarcação entre o que é conhecimento e não conhecimento criou fronteiras onde estas, efetivamente, não existiam. Criaram-se

fronteiras, a título de exemplo, entre a medicina e outras práticas de cura. Este processo de demarcação serviu para criar processos de “apropriação social e de distribuição da autoridade cultural dos diferentes saberes” (Nunes, 2007, p.31). Esta autoridade deveu-se em grande medida à globalização hegemônica que caracterizou a história da ciência, alicerçada pela governação neoliberal.

Desta forma, há uma necessidade de caminhar na contramão da ordem estabelecida pelo neoliberalismo, que significaria, segundo Nunes (2007), um envolvimento “na concepção e no desenho de novas arquiteturas políticas e de participação, quanto de dar visibilidade e trazer a discussão científica e pública as experiências silenciadas e as iniciativas emergentes” (Nunes, 2007, p.38). Por isso que para Nunes (2007), a governação daquilo que chama de “sociedade de conhecimento”, significa, de um lado, considerar a validade dos conhecimentos deixados na margem, e, do outro lado, avaliar as implicações destes mesmos conhecimentos. Neste sentido, esta pesquisa pretende, como contribuição, trazer uma compreensão deste mundo, a partir, de um lado, dos próprios médicos tradicionais e, de outro, dos agentes estatais em relação às várias questões que surgem neste campo, associadas aos seus processos de agenciamento. Portanto, pretende-se ampliar a discussão sobre o conhecimento endógeno, a partir da medicina tradicional, nos estudos sociológicos em Moçambique.

### **3.2 O conhecimento local a partir de um olhar pós-colonial e decolonial ou crítica ao conhecimento local produzido no século XIX**

A medicina tradicional, tomada como categoria analítica e como domínio atravessado por disputas de governança e de representação, demanda uma abordagem que considere, de forma rigorosa, o debate epistemológico relativo à articulação entre os chamados saberes tradicionais e os saberes convencionalmente reconhecidos como modernos. Assim, nesta pesquisa, situo a “medicina tradicional” no domínio mais amplo dos “conhecimentos endógenos” entendidos como sistemas de produção de saberes historicamente localizados, culturalmente situados e estruturalmente marginalizados pela racionalidade científica hegemônica. Este campo tem sido designado por uma variedade de termos — entre eles, “conhecimento local”, “conhecimento indígena”, “conhecimento tradicional”, “conhecimentos subalternos”, “conhecimentos subjugados”, “conhecimentos nativos” e “conhecimentos desqualificados”.

Essas designações surgiram, inicialmente, para estabelecer uma hierarquia entre diferentes saberes, classificando alguns como inferiores. Outrossim, ressurgem como forma de valorizar os saberes produzidos nas margens e sobretudo, como forma de afirmar a diversidade dos sistemas de conhecimento no mundo (Porto-Gonçalves, 2005, Santos, et.al., 2005).

O interesse pelo conhecimento local surge, primeiramente, dentro das chamadas ciências naturais, como objeto de estudo das disciplinas como a etnobotânica e a etnozootologia, entre os séculos XIX e XX nos Estados Unidos da América. Estes campos da ciência destacaram-se como pioneiras no uso do prefixo “etno”, primeiro a botânica em 1895, e mais tarde a zootologia em 1914. Os primeiros interesses destas etnociências estavam virados para o estudo das visões e concepções socioculturais orais locais sobre as plantas e sobre os animais das sociedades denominadas “primitivas” ou “tradicionais”. Entretanto, mais tarde, nos anos de 1950 o termo etnociência surge como campo da etnologia e antropologia, orientada para aquilo que se chamou de “*folk science*”, “conhecimento popular”, “conhecimento local” ou “conhecimento indígena” (Harding, 1997; Hountondji, 2006).

Entretanto, existem duas percepções distintas relativas ao sentido dado aos conhecimentos locais. Existem os conhecimentos locais desenvolvidos a partir do século XIX até mais ou menos a primeira metade do século XX, desenvolvidos pelas ciências acima mencionadas e sobretudo, pela antropologia e a etnologia cujo teor e abordagem, segundo alguns pesquisadores, deve ser profundamente desconfiado. Mas existem ainda os saberes/conhecimentos locais, que ressurgem com a abordagem pós-colonial e decolonial, com o fito de se reafirmarem contra todo o processo de marginalização, subjugação, epistemicídio, a partir da segunda metade do século XX. Estas teorias vão ressignificar a concepção sobre os conhecimentos locais, contrapondo as ideias desenvolvidas inicialmente. Isto porque, para as teorias pós-coloniais e decoloniais as ciências do sec. XIX e início do século XX ao invés de contribuírem para a valorização das culturas e dos saberes socialmente localizados, elas contribuíram para o desenvolvimento de percepções equivocadas dessas culturas e conhecimentos, inclusive para a sua marginalização e deslegitimação (Hountondji, 2006; Lander, 2005; Mignolo, 2008).

Uma das grandes ambiguidades trazidas pelas primeiras etnociências consistiu em considerar que o conhecimento produzido por essas culturas era homogênea, estática e



compartilhada (Hountondji, 2006; Appiah, 1997). Hountondji refere que as ciências do século XIX, muito em particular a antropologia, trouxeram a ideia de que os vários povos africanos partilhavam uma visão do mundo coletiva (unanimismo), e que esta visão poderia ser considerada conhecimento sem questionamento, sem colocar sobre esse conhecimento um crivo crítico. E o mais preocupante, para este autor, é que esta visão tinha sido assumida acriticamente, sobretudo, pela maioria dos académicos africanos. É por esta razão que começaram a surgir vários estudos orientados para este viés, como notadamente:

a filosofia ruandesa do ser, a noção luba do ser, a dialética do Burundi, a ideia da velhice entre os fulbe, o sentido de honra entre os wolof, a concepção da vida entre os iorubá, o conceito africano de tempo, as clareiras metafísicas africanas, etc. (Hountondji, 2006, p.529 Tradução livre).

Estes estudiosos, fizeram estes estudos

[...] sem se questionarem sobre a utilidade dessas investigações, qual poderá ser o seu significado para eles próprios e se tais investigações eram adequadas para algo além de alimentar a curiosidade e outras necessidades intelectuais e até mesmo não intelectuais dos leitores ocidentais (Hountondji, 2006, p.529 Tradução livre).

Para Appiah, essas ideias fazem parte das pseudos-identidades difundidas na África contemporânea. E essas identidades falsas foram teorizadas por pressupostos falsos: a raça, a partilha de uma experiência histórica comum, uma metafísica comum, etc. (Appiah, 1997). Desta forma, estes estudos orientados, nos moldes em foram, se mostravam marginalizantes e depreciativos em relação à realidade estudada, e contribuíam para negar a diversidade dos campos estudados e afirmar o seu unanimismo:

Essa atitude, na verdade, chegava ao ponto de quase assumir que nas culturas chamadas «primitivas», «arcaicas», «tradicionais» ou «mais simples» todos concordam com todos. O unanimismo, entendido dessa forma, parecia-me uma forma sofisticada de um dos pecados originais da antropologia, ou seja, a simplificação excessiva das sociedades e culturas não ocidentais (Hountondji, 2006, p.530, Tradução livre).

Portanto, era necessário, desconstruir criticamente esta visão por via de uma virada epistêmica, mostrando que: “...não importa o que os africanos compartilhem, não temos uma cultura tradicional comum, línguas comuns ou um vocabulário religioso e conceitual comum (...) nem pertencemos a uma raça comum...” (Appiah, 1997, p.50). isto significaria “(...)reconhecer...(a)...diversidade, incluindo a diversidade de opiniões e crenças, em todas as sociedades humanas e (...) em valorizar a diversidade como um sinal de saúde cultural, ou riqueza, e como uma condição para uma criatividade mais intensa

....” (Hountondji, 2006, p.530,531 Tradução nossa), às sociedades negadas a sua pluralidade cultural e epistémica.

Para estes autores, as identidades são complexas e múltiplas, e brotam de uma história de processos dinâmicos, na tentativa de dar respostas às forças económicas, políticas e culturais. Parte desse processo de complexidade deveu-se à diversidade cultural, à diversidade de histórias pré-coloniais dos povos da África e a toda complexidade das experiências coloniais. As diferenças na experiência colonial dos países africanos, contribuíram na configuração da diversidade do continente. Assim como a implementação de políticas coloniais análogas para realidades culturais diferentes motivou a resultados variáveis (Appiah, 1997).

A percepção unanimista atribuída às sociedades ditas “atrasadas”, trouxe consigo a ideia segundo a qual os conhecimentos produzidos nestes contextos são essencialmente estanques, estagnados e/ou estáticos. Entretanto, alguns pesquisadores africanos contemporâneos chamam atenção para esta visão, referindo que, não se pode olhar para o conhecimento endógeno como que designando algo que existe (algo depositado), ou como uma entidade que pode ser descrita e que pode ser recuperada através de instrumentos metodológicos (Macamo, 2011; Hountondji, 2006). Essa ideia é igualmente criticada por Santos (2008), no seu livro *o discurso sobre as ciências*, onde para quem, “a ciência, em geral, depois de ter rompido com o senso comum, deve transformar-se num novo e mais esclarecido senso comum.” (Santos, 2008, p.9). Ou seja, o desafio do conhecimento “tradicional” é de ser integrado em pesquisas de forma a testá-lo, reutilizá-lo e questionar a sua validade, isto é, “antes de ser aplicada, e de modo a ser bem aplicado, o ‘conhecimento tradicional’ deve ser testado constantemente pelo povo, e reapropriado de uma maneira com que seja possível articulá-lo com a investigação científica e tecnológica em curso” (Hountondji, 2006, p.535). Hountondji adverte ainda que, não se trata de adequar o “conhecimento tradicional” ao modelo da ciência moderna e sim de submetê-lo a um processo de diálogo através do qual possa apreender e enriquecer o seu arcabouço. Daí que a solução passa por pensar uma outra forma de fazer as ciências, imbuindo-as de novos modelos. E isso implica empreender uma crítica ao modelo científico dominante (Hountondji, 2006, p.535).

Portanto, o conhecimento endógeno deve ser articulado com a produção do cotidiano, reconhecendo as formas de como as pessoas negociam o sentido de comunidade e do cotidiano. Buscar um conhecimento endógeno não significa procurar

alguma coisa essencial e ancestral, mas é um conhecimento que possibilita oferecer à comunidade sentidos imediatos a experiências circunstanciais (Macamo, 2011, Hountondji, 2006). Isto significa imprimir uma abordagem crítica sobre aquilo que o social nos apresenta.

As ciências desenvolvidas nestes contextos, em particular a antropologia, tinham fortes interesses imperialistas e ideológicos coloniais escondidos (Lander, 2005, Mignolo, 2005). A maior parte destes estudos (descrição das cosmovisões ditas “exóticas”), contribuíram para a busca de conhecimento e posterior colonização das práticas e dos sistemas de conhecimentos africanos (Mudimbe, 2013, Mangana, 2017). A ciência antropológica, por exemplo, nascida neste contexto, ao mesmo tempo que ganhava forma, “possibilitando a reificação do ‘primitivo’.” (Mudimbe, 2013, p.34-33), incorporava interesses epistemológicos. De tal forma que a descrição das culturas “exóticas” tinha em vista a compreensão e colonização das práticas e dos sistemas de conhecimento inseridos nesses contextos.

A antropologia enquanto ciência moderna, que surge do empreendimento e narrativas dos viajantes, foi evoluindo para um sistema de relação entre poder-conhecimento, no qual as viagens ultramarinas não apenas se circunscreviam à conquista do poder político e econômico nas colônias, bem como, na exploração e conquista dos sistemas de conhecimento desenvolvidos no interior das colônias.

A antropologia, orientada para a questão da “mente primitiva”, foi motivada pela busca de narrativas descritivas em relação à cosmovisão de povos ou sociedades ditas “tradicionais” ou “primitivas”. A busca de explicação das instituições sociais, crenças, e mitologias destas sociedades foi marcada pela compreensão de que o pensamento dos povos estudados é determinado por necessidades elementares, como a luta pela subsistência e a satisfação de pulsões sexuais. Esta perspectiva da antropologia clássica, ao considerar o “pensamento primitivo” como sendo determinado por representações míticas e emocionais, tinha como objetivo ou efeito a afirmação da inferioridade dessas sociedades, de um lado, e a descrição das culturas, das formas de vida, dos sistemas de conhecimento dos povos ditos “primitivos”, de outro lado. Não obstante o interesse em estudar outras culturas ou cosmovisões, esteve impregnado, nesse processo, o caráter determinista, comparatista e polarizador da antropologia e das ciências modernas no geral.

Segundo Hountondji (2006), os pressupostos teóricos, metodológicos, as metas e objetivos dos estudos sobre o saber local, desenvolvidos pela antropologia e por todas as etnociências, não incorporam na sua essência boas razões. Limitando-se à descrição e capitalização do conhecimento local em benefício das sociedades ocidentais. Este conhecimento sobre o saber local, produzido por estas ciências, foi imbuído por um ideal colonial caracterizado por uma tendência polarizadora, comparatista, descritiva e classificatória. Assim se contrapôs o conhecimento científico e o não científico (mítico), o civilizado e o primitivo, o superior e o inferior, o moderno e o tradicional, o global e o local, o desenvolvido e o subdesenvolvido, o avançado e o atrasado etc. Estes pressupostos evidenciam os limites da ciência moderna ou da etnociência na forma de conceber o conhecimento local, e tal concepção não constitui, na sua completude, o corpus de conhecimento a ser reivindicado em contextos pós-coloniais. Neste sentido, o conhecimento local, que se insurge ou é reivindicado para além de ser aquele que sofre um processo de unanimismo, exclusão e/ou extroversão, subalternidade (Hountondji, 2006), não deve ser determinista e nem descritivo (Hountondji, 2006, Santos, 2008). Não sendo um conhecimento determinista e descritivo, este deve ser “um conhecimento sobre as condições de possibilidade. As condições de possibilidade da ação humana projetada no mundo a partir de um espaço-tempo local” (Santos, 2008, p.77). As críticas recentes buscavam mostrar que as ciências modernas foram constituídas a partir de práticas culturais localizadas, desmistificando-se, deste modo, as pretensões de universalidade, objetividade e racionalidade que caracterizavam as ciências modernas. As ciências, sendo localmente ou socialmente construídas, eram essencialmente sistemas de conhecimento local, isto é, “etnociências” (Harding, 1997; Santos, 2008).

O olhar preconceituoso sobre o conhecimento local influenciou sobremaneira nos seus modos de coexistência com relação aos outros tipos de conhecimentos. A perspectiva da racionalidade moderna ocidental, consubstanciada com a sua natureza dicotômica, possibilitou perspectivas polarizadoras do mundo, nomeadamente, primitivos e civilizados, tradicionais e modernos, Sul e Norte. No âmbito do conhecimento significou oposição entre conhecimento científico e conhecimento tradicional. E é justamente nestas relações dicotômicas, como refere Santos, que assenta:

entre outras coisas, ... [a] produção contínua e persistente de uma diferença epistemológica, que não reconhece a existência, em pé de igualdade, de outros saberes, e que por isso se constitui, de fato, em hierarquia epistemológica, geradora de marginalizações, silenciamentos, exclusões ou liquidações de outros conhecimentos (Santos, 2010, p.153).

O conhecimento científico assumindo o caráter hegemônico e universal, deu lugar, conseqüentemente, para uma concepção periférica, marginal, diminuta e de exclusão do conhecimento dito “tradicional”, possibilitando a eliminação dos conhecimentos locais no interior da memória coletiva (Hountondji, 1989, Thiong’o, 2021). Tal como refere Santos, as ações dicotômicas, classificatórias e sobretudo hierarquizantes, que caracterizam a racionalidade moderna ocidental, produziram silenciamentos e desabilitaram outras formas de compreensão do mundo (Santos, 2008).

Este modelo único de compreensão do mundo rotulou outros conhecimentos e culturas por manifestações míticas, emocionais e irracionais, representando o “outro” em categorias como índio, africano, produzindo sobre elas violências e sobretudo dependências no domínio econômico, político, epistêmico e ontológico (Meneses, 2004). Mudimbe (2013), em sua análise sobre a *arqueologia do saber* e o estatuto dos sistemas de pensamento “tradicional” africanos, constata que estes são cativos de categorias epistemológicas ocidentais, isto é, o modo como são tratados e analisados os sistemas de pensamento africanos e os conceitos incorporados neles pressupõe uma legitimidade ocidental e não-africana. Os sistemas de pensamento africano sofrem uma dependência silenciosa à *episteme* ocidental (Mudimbe, 2013). De tal forma que a delimitação do campo científico e do não-científico e a constituição dos critérios de validade dos conhecimentos foram definidos pela ciência moderna. Ao instituir um campo hegemônico de saber, a sua relação com o que se designou “não saber” permitiu a destruição deste que se refletiu no *epistemicídio* de conhecimentos e culturas locais. Este processo se deu tanto na Europa, assim como em outras regiões do mundo (Santos et al, 2005).

Para Thiong’o, as campanhas de superioridade das culturas e conhecimentos ocidentais em detrimento das culturas, línguas e conhecimentos africanos foram, sobremaneira, protagonizadas pela invasão colonial. E a dominação colonial, por via da cultura, língua, etc. levou com que os indivíduos colonizados passassem a desprezar as suas experiências epistêmicas, as suas culturas, os seus ambientes, as suas línguas, etc. o que Thiong’o chamou de *alienação colonial*. Esta alienação, segundo Thiong’o, foi reforçada no ensino de história, geografia, música, onde a Europa burguesa sempre seria o centro do universo (Thiong’o, 2021). A colonização permitiu em termos de governança a produção de

sociedades esvaziadas de si próprias, de culturas espezinhas, de instituições minadas, de terras confiscadas, de religiões assassinadas, de magnificências

artísticas aniquiladas, de extraordinárias possibilidades suprimidas. (Césaire, 1978, p.25).

Para Thiong'o, a alienação colonial “assume duas formas interligadas: um distanciamento ativo (ou passivo) de si mesmo e da realidade ao redor; e uma identificação ativa (ou passiva) com o que é externo ao próprio ambiente.” (Thiong'o, 2021, p.89). Portanto, os pressupostos epistemológicos e educacionais introduzidos nas colônias permitiram com que os indivíduos colonizados perdessem confiança e legitimidade das suas culturas e seus conhecimentos, tornando-os pessoas alienadas de si mesmas e dos seus próprios ambientes socioculturais. A rejeição das formas de vida locais e consequente autosubestimação do legado do conhecimento local, tem contribuído para o lugar que tem se colocado o conhecimento local (Hountondji, 2002, Thiong'o, 2021). É desta forma que, com o discurso sustentado na cientificidade, foi-se perpetuando o desperdício e epistemicídio contra outras formas de conhecimento e experiências epistemológicas no mundo (Santos, 2005).

Portanto, ao falarmos da coexistência entre os conhecimentos locais e o conhecimento científico, constata-se que estes pouco se entrelaçam numa relação de justaposição. O conhecimento local, quando pode, resiste e caminha em paralelo com o conhecimento moderno sem diálogo, ou na pior das hipóteses, este é desabilitado e eliminado/asfixiado, possibilitando um esquecimento coletivo do mesmo, ou ainda se configura em novas formas de saberes (Hountondji, 2002). Mas Hountondji, refere que apesar dos saberes locais serem cada vez mais marginalizados e impedidos de um desenvolvimento natural, condenados a esclerosarem-se a longo prazo (Hountondji, 2012, p.14), eles ainda não desapareceram da memória coletiva de muitos povos, porém, encontram-se atualmente nas margens do conhecimento científico, aparecendo como um conhecimento informal (Hountondji, 2002, p.24).

Neste sentido, para este autor, uma das tarefas mais urgentes consiste, em desmarginalizar os saberes ditos tradicionais, recuperando-os de maneira crítica e responsável, integrando-os no movimento da investigação viva. E ressignificando as qualificações pejorativas usadas para designar o conhecimento não científico, como “conhecimento local”, “conhecimento indígena”, “conhecimento tradicional”, para realçar a pluralidade e diversidade dos sistemas de produção de saberes no mundo e o seu papel para o desenvolvimento do mundo (Hountondji, 2002). A solução desse problema passa por aquilo que Thiong'o chamou de *descolonização mental*, que consistiria acima

de tudo, em empreender uma desconstrução sobre o modelo que foi apresentado coercitivamente aos colonizados como sendo único (Thiong'o, 2021).

Ao mesmo tempo que o conhecimento local vem sofrendo marginalização, subjugação, percepções unanimistas e vários outros estereótipos, paradoxalmente, o mesmo conhecimento local sofre processos de extraversão e expropriação.

Thiong'o refere que, assim como a Europa expropriou durante séculos a herança artística dos povos africanos para museus europeus, este continente continua despojando a riqueza epistémica africana para desenvolver e fortalecer as suas culturas.

[...] estou lamentando uma situação neocolonial que significou que a burguesia europeia mais uma vez pudesse roubar nossos talentos e gênios à medida que roubaram nossas economias. Nos séculos XVIII e XIX a Europa roubou tesouros artísticos de África para decorar suas casas e museus, no século XIX, a Europa está roubando os tesouros da mente para enriquecer suas línguas e culturas. A África precisa ter de volta sua economia, sua política, sua cultura, suas línguas e todos os seus escritores patrióticos (Thiong'o, 2021, p.39).

O colonialismo controlava a riqueza social e cultural do colonizado através da sua força e sobretudo das suas políticas. A eficiência do domínio político e econômico só era possível com o controle da herança intelectual desses povos. A colonização incidiu sobremaneira na herança intelectual e cultural para a dominação e controle dos povos colonizados, investindo sobretudo em narrativas que impactam para automarginalização das suas cosmovisões, isto porque:

Controlar a cultura de um povo é controlar suas ferramentas de autodefinição em relação aos outros. Para o colonialismo isso envolveu dois aspectos do mesmo processo: a destruição ou a subavaliação deliberada da cultura de um povo, suas artes, danças, religiões, história, geografia, educação, oratura e literatura, e a elevação consciente da linguagem do colonizador (Thiong'o, 2021, p.69).

Relativamente a pesquisa em países periféricos ela tem sido extravertida, orientada para os interesses externos. Ela não é autocentrada e nunca responde às necessidades locais. A produção do conhecimento é gerida e controlada pelos países do Norte. O conhecimento local é tido como matéria-prima e a África tem sido o maior reservatório dessa matéria-prima (Hountondji, 1989). Este fato acontece, sobretudo, porque os maiores laboratórios de engenharia genética são dominados por um número pequeno de organizações e empresas multinacionais, operando em países do Norte (Castro-Gomez, 2006; Hountondji, 1989). Daí que o conhecimento local é recolhido no seu estado bruto para a sua posterior transformação nesses grandes laboratórios e centros de investigação dos países do Norte. Neste processo dá-se a expropriação e apropriação.

Os países do Norte são, em última análise, beneficiários dos conhecimentos locais (Hountondji, 1989). Hountondji mostra como continua sendo extraído do Benin o óleo de palma, para o fabrico do sabão “Palmolive”; como são recolhidos dados que são posteriormente analisados em laboratórios na França, inclusive, como são exploração os conhecimentos e aplicados para a fabricação de diversas maquinarias. Desta forma:

A colônia era, à sua maneira consumidora de ciência, tal como era consumidora de produtos industriais, produtos importados, tanto num como noutro caso, e percebido como tais; produtos cuja génese e modo de “fabrico” as populações locais ignoravam, e que só podiam, por isso, aparecer-lhes como algo de surreal, alheio ao seu domínio e que vinha, miraculosamente, sobrepor-se à sua realidade quotidiana (Hountondji, 1989, p.110).

Portanto, isto evidencia a extração e exportação do conhecimento local em forma de matéria-prima dos países periféricos para a metrópole e a recolocação em forma de produtos já industrializados nos países periféricos. Esta relação traduz a dependência em que se encontram os países do Sul. O conhecimento é gerido e controlado pelo Norte. O Norte e a sua relação com o Sul se traduz na marginalização dos saberes “tradicionais”. Portanto a extraversão se traduz na marginalização dos conhecimentos locais e consagrando toda a legitimidade ao Norte. Por isso que Hountondji vê os países do Terceiro Mundo como fornecedores ou reservatórios de matéria-prima para o ocidente; tal como se opera no plano económico, opera-se no plano intelectual. Não obstante, se observar, em África, um crescimento económico assim como intelectual em nível estrutural, as produções continuam a obedecer a lógica da extraversão.

Tem havido uma intenção de “enquadrar os sistemas sociais e culturais em formas de direito de propriedade intelectual”, de forma a se obter autonomia sobre a riqueza cultural dos povos tradicionais. O direito de propriedade intelectual tem se configurado em certa medida como uma forma de privatizar cosmovisões (formas de vidas), colocando-as reféns das grandes multinacionais e empresas. E é sobre esse tipo de proteção que os únicos beneficiários são os países do Norte.

Os direitos de propriedade intelectual não foram elaborados e adaptados para proteger um tipo de invenções que se alcançam pelos métodos ocidentais, diferentes dos que são utilizados pelos camponeses, indígenas e comunidades tradicionais; são-lhes, portanto, estranhos. No início, estes direitos se aplicaram apenas sobre matéria não viva e não sofreram nenhuma variação para abranger a matéria viva, isto é, trata-se de uma acomodação mecânica de um tipo de direitos para proteger os interesses das grandes multinacionais de produtos alimentares e farmacêuticos (Alonso, 2005, 310).

Para muitos intelectuais, os acordos e discursos em volta dos direitos de propriedade intelectual promovido pelos países do norte e organizações internacionais,



não passa de uma agenda inserida dentro da lógica de expropriação promovida pelos países do norte (Shiva, 2001, 2005; Escobar e Pardo, 2005; Alonso, 2005; Castro-gómez, 2006; Hountondji, 1989; Mignolo, 2010).

Alonso (2005), refere que a indústria farmacêutica têm mostrado grande interesse para com o conhecimento local, sobretudo quando o mesmo conhecimento é utilizado por várias comunidades tradicionais com propósitos medicinais. Estas indústrias, mais do que buscar esses conhecimentos para efeitos de preservação, encontram neles mecanismos que lhes proporcionam vantagens essencialmente comerciais.

Os acordos elaborados entre as comunidades e as empresas para a proteção desses conhecimentos tradicionais, têm colocado os seus detentores numa posição secundária. Ou seja, as formas de proteção desenhadas por organizações internacionais surgem como mecanismo de controle dos modos de vida e dos territórios onde encontram-se inseridos esses conhecimentos. Portanto, este processo tem se revelado como uma forma de expropriação e ou apropriação legalizada desses conhecimentos. Muitas vezes, esses acordos são feitos por via de um processo de desvalorização do conhecimento local ou ainda por via da desqualificação da comparticipação dos detentores desse conhecimento (Shiva, 2001, 2005, Escobar e Pardo, 2005, Alonso, 2005, Castro-Gómez, 2006, Hountondji, 1989). Desta forma, as comunidades locais são enganadas ou seduzidas por órgãos supranacionais com o objetivo de lhes expropriar os seus conhecimento, de forma que esses órgãos obtenham patentes dos seus conhecimentos locais.

A colonização, para muitos intelectuais pós-coloniais e decoloniais, não terminou, ela não obedece a mesma lógica, já não são apenas os recursos materiais que são explorados, mas sim os recursos imateriais como informações genéticas contidas na biodiversidade e no sistemas de conhecimento tradicionais desses países. É por esta razão que o conhecimento tradicional já não é mais eliminado e sim preservado, mesmo que continue a ser considerado epistemologicamente subvalorizado. E o patenteamento tem funcionado como um recurso legal de expropriação colonial do conhecimento (Castro-Gómez, 2006; Escobar e Pardo, 2005; Mignolo, 2010; Shiva, 2001). Este processo todo de expropriação é explicado pelo fato de que os países do norte são pobres em diversidade de plantas e ainda assim detêm a grande parte de patentes de espécie de plantas do mundo. Ou seja, as patentes que os países do norte detêm derivam de informações extraídas da matéria-prima genética encontrada nos países do sul.

...para nós, cidadãos de países em vias de desenvolvimento, torna-se inaceitável a pretensão de patentear animais, plantas ou microorganismos, já que constituem parte do nosso patrimônio genético e biológico. Não se pode pretender que esses recursos, ainda que de forma temporária, passem a ser monopólio de pessoas ou empresas, porque nos foram atribuídos por condições físicas, biológicas, sociais e culturais para nosso benefício e para serem partilhados com outros seres humanos (ALONSO, 2005, 312).

Portanto há uma tendência de eliminação dos órgãos locais de proteção da biodiversidade, de modo que este lugar seja ocupado por multinacionais farmacêuticas, agroalimentares, etc. É por estes motivos que nascem movimentos com o objetivo de reivindicarem seus territórios e os conhecimentos inseridos neles, rejeitando as formas de proteção que não surgem da necessidade dos povos locais.

### 3.3 “Conhecimento médico tradicional”: terminologias e sentidos para a designação das atividades dos “médicos tradicionais”

“Nós não somos médicos tradicionais, não somos praticantes de medicina tradicional, somos Tinyangas” – (Ametramo)<sup>7</sup>

Se faz necessário, inicialmente, discutir as terminologias usadas para designar as atividades dos “médicos tradicionais”. No decurso da pesquisa tornou-se pertinente discutir a terminologia “medicina tradicional” e as demais terminologias empregadas para se referir às atividades destes agentes, justamente porque as diversas literaturas encontradas têm nestas “práticas” configurações semânticas e sentidos distintos para designar as atividades dos que em sua gramática original são designados por *Nyamussoro*, *Nyanga*, *Tinyanga*, *Nyengarume* etc. Este ponto, permitiu interrogarmo-nos sobre a origem e os sentidos dessas adjetivações. As designações *Nyanga*, entre outras, refletem especialidades destes agentes, e, muitas vezes, as designações usadas para se referir a elas ou colocam-nas sem respeitar as suas distinções ou os processos de tradução reduzem-nas, sem poder abranger o sentido do conceito em sua totalidade. Portanto, o objetivo deste texto é analisar as adjetivações que são atribuídas a estas “práticas”.

---

<sup>7</sup> Os médicos tradicionais insurgiram-se contra a designação “médicos tradicionais e praticantes da medicina tradicional” reivindicando a designação *Tinyangas*, durante o simpósio sobre a medicina tradicional e alternativa em Moçambique, na semana de comemoração do dia africano da medicina tradicional, sob o lema: Duas Décadas da Medicina Tradicional Rumo à Universalização da Cobertura de Saúde em África, realizado na Cidade de Maputo do dia 2 de setembro de 2022.

Nesta tese usamos, intencionalmente, as terminologias “medicina tradicional” e “médico tradicional” não porque elas expressam a totalidade dos sentidos que abarcam as atividades dos *Nyangas*. A escolha resulta de três razões, a primeira deve-se ao fato de serem terminologias que são comumente utilizadas no campo acadêmico em que pretendemos pesquisar, segundo porque no contexto das associações, que desenvolvem estas atividades em Moçambique, tem no cerne o uso destas terminologias e por último porque as mesmas terminologias são usadas pelo Estado moçambicano e seus parceiros com o propósito de delinear políticas públicas para estas atividades. Portanto, esta escolha expressa o lugar a partir do qual desenvolvemos a pesquisa e não isenta a pertinência de nos questionarmos sobre ela; aliás é nosso objetivo, neste texto, interrogarmo-nos sobre os seus limites e silenciamentos. Por isso é que, sem nos apropriarmos dos termos “medicina tradicional” e “médicos tradicionais”, devem ser compreendidos empregando-se aspas.

A cosmovisão do que se designa comumente por medicina tradicional tem uma dimensão tão ampla que não cabe no próprio conceito de “medicina tradicional”. Este conceito se apropriou, apenas, de uma das suas dimensões, desconsiderando todo o resto da sua perspectiva cosmogônica. Isto pode ser notado nas demais literaturas que tratam sobre a temática, assim como nas entrevistas<sup>8</sup> que desenvolvemos como parte do presente trabalho. A literatura que encontramos até agora, escrita por administradores coloniais, missionários, sociólogos e antropólogos, trata este tema a partir de várias terminologias<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Referimo-nos às entrevistas realizadas com membros de associações que lidam com a “medicina tradicional”.

<sup>9</sup> Estas terminologias podem ser encontradas em diversas literaturas que tratam a temática em África, sobretudo em Moçambique. No contexto moçambicano encontramos uma série de material do período colonial, nomeadamente: *O Uso e Costumes dos Bantus*, de Henri Junod, de 1912, *Os “Zimba”*: *Monografia etnológica* de Antônio Rita-Ferreira, de 1954, *Crenças e práticas mágicas* em Homoine do mesmo autor, de 1960, *A arte indígena de curar* de Júlio Afonso da Silva Tavares, de 1909, *A arte indígena de curar em terras de Zavala* de Carlos Santos Reis de 1952, *Monografia etnográfica Sobre os Tsuas* de Julio Justo Alfaro Cardoso, de 1958, *Ligeiros apontamentos sobre a curanderice espirita entre o povo bawwa* de Júlio dos Santos Peixe de 1961, *A possessão e exorcismo em Moçambique*, de Luis Domingues Polanah, de 1967/68, *O Nhamussoro e as outras funções mágico-religiosas*, do mesmo autor, de 1965, *A possessão sagrada*, do mesmo autor de 1967, *Mitologia e Direito Consuetudinário dos Indígenas de Moçambique*, de Jose Gonçalves Cota, de 1971, *Código Penal*, do mesmo autor de 1946, *Alguns problemas sociológico-missionários da África Negra*, de A. da Silva Rego, de 1960, *Raça, Usos e Costumes dos Indígenas*, de Antônio Augusto Pereira Cabral, de 1925, *Medicina Indígena da África Portuguesa*, de Pina L. dde 1940 e *Bruxas e medicina: folclore de Guimarães* do mesmo autor de 1929. Para além dos diversos estudos, as representações e terminologias podem ser encontradas em documentos da administração colonial ligados a repressão e desterro dos praticantes da “medicina tradicional”, nomeadamente, Arquivo Histórico de Moçambique – Fundo da Direção do Serviço dos Negócios Indígenas (FDSNI, secção A), *Processo 118 “Chaly Oloza Sangoma”*, Cota 83. Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, cota 89, Documento A 25, de 1922. Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, secção A, Caixa 83, *“Processo contra curandeiro”*, de 1945. Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, Secção A, Caixa 83, *“Auto contra dois indígenas”*, de 1954. Fundo da Direção dos Serviços dos Negócios Indígenas (FDSNI), Secção

Se não é empregue a terminologia medicina tradicional, são usadas, em contrapartida, terminologias como medicina indígena, medicina negra, medicina dos cafres, curanderice espírita, arte negra de curar, arte indígena de curar, crenças/práticas mágicas, práticas mágico-animistas, magia, práticas curativas, adivinhação, feitiçaria<sup>10</sup>, possessão, exorcismo, práticas mágicas religiosas, medicina alternativa etc. Esta disposição levou-nos a questionar sobre as razões desta pluralidade terminológica.

Algumas terminologias expressam *a priori* aceções pejorativas, que remetem a um passado colonial e às representações que este mesmo passado construiu sobre a África. Estas representações não apenas estão carregadas de preconceitos e estereótipos, mas sobretudo estão acompanhadas de relações de poder e dominação, uma relação de hegemonia do Ocidente para com a África. Outras expressam uma tentativa de busca de tradução ou interpretação deste conjunto de saberes, para uma linguagem ou compreensão ocidental.

Tal como refere Kirchner (1990), a designação medicina tradicional reduz sobremaneira a realidade diversa e complexa que constitui o mundo destas práticas. Este mundo de práticas, pela sua natureza engloba não apenas a dimensão medicinal, assim como elementos da ancestrologia, e uma dimensão espiritual e de culto de cuidados de bem-estar social. Para Kirchner (1989), a atividade denominada por medicina tradicional é, na verdade, “mais do que ‘medicina’”, ou seja, as suas ações ultrapassam o campo ou a dimensão da medicina nos termos utilizados no Ocidente. A medicina tradicional possui um carácter abrangente (Langa, 1992; Mahumana, 2013). Para além de incorporar campos como a biologia e a química, por via de plantas manipuladas como remédios a partir dos princípios ativos extraídos delas, e a biomedicina no que se refere ao cuidar e curar o corpo, a medicina tradicional, abrange outros campos. Portanto, a compartimentalização

---

A, “*Feiticeiros e Curandeiros*”, Processo n 118, cota 83, Arquivo Histórico de Moçambique (AHM). Arquivo Histórico de Moçambique, Relatórios das Circunscrições. Documento A/25, 1916: “*Feitiçaria Indígena Praticada pelos Indígenas Ndhleia e Wantshakene*”, Fundo da Direção dos Serviços dos Negócios Indígenas, Secção A, Processo n 118, cota 83, Arquivo Histórico de Moçambique (AHM). Documento 603, 1917: “Zulu” FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. Documento 7/3/1946: “*Djane Nyamposse*” FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. Documento 1960: “*Dinheiro apreendido a curandeiros e feiticeiros*” FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. Documento A/25, 1917: “*Chaly Oloza Shingoma*”, FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. Documento 476, 1916: “*Duma e Macuia*”, FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. Documento 297, 1916: “*Prisão de régulos e indunas por distribuição do rapé milagroso murrime*”, FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. FDSNI (Fundo da Direção dos Serviços dos Negócios Indígenas – FDSNI)

<sup>10</sup> Em alguma literatura há um uso ambíguo desta terminologia, confundindo ou incorporando-o dentro do contexto do que se chama “medicina tradicional”.

e ou normatização do conhecimento, introduzido pela ciência moderna, permitiu que os saberes destes agentes fossem reduzidos a um campo específico (Meneses, 2004a, 2005).

A forma de classificar, como refere Kirchner (1989), não deriva do seu contexto de origem. É um termo inventado ou concebido pelo “médico-centrismo”, com todo o cunho positivista que lhe caracteriza, sem efetivamente considerar o contexto sociocultural e suas peculiaridades. Kirchner (1989), ao descrever o papel deste agente refere:

O papel desta actividade foi mais amplo do que a própria medicina e foi praticado por alguém que houve em todos os povos essencialmente o nome ‘possuidor do saber’. Resumimos algumas tarefas: acompanhar o processo de falecimento e funeral do rei e o processo de substituição dele e a investidura do novo chefe; nos tempos de seca chamar a chuva; melhorar a fertilidade das terras e do gado, resolver conflitos sociais, casais, jurídicos; até prever perspectivas económicas. Tudo isto faz destes funcionários pessoas que proteccionam a paz da vida da comunidade; resolvem situações de chãos e apoiam a transmitir os conselhos dos antepassados a cerca da vida dos vivos (Kirchner, 1989, p.245).

Portanto, as atividades dos *Nyanga* encontram-se imanentes na dimensão sociocultural, econômica, política, dos povos de Moçambique. Estudos como os de Jose Fialho Feliciano “*Antropologia Econômica dos Thongas do Sul de Moçambique*” (1998), de Carlos Serra “*Como a penetração estrangeira transformou o modo de produção dos camponeses moçambicanos*” (1986), mostram como estas práticas não apenas se cingiam na questão de cura, mas sobretudo na busca de um equilíbrio social, interferindo nas formas de organização social de grupos, comunidades, de forma a trazerem uma ordem normativa no interior desses mesmos grupos. A explicação de fenômenos sociais demandava a presença de especialistas dessas práticas, de forma a solucioná-los.

Dessa forma, a designação medicina tradicional, para Kirchner (1989), é incorreta e apenas uma pequena parte do que ele prefere chamar de “cuidados de bem-estar social e tradicional”, é que se dedica a questões ligadas a saúde. A medicina tradicional se ateuve em questões ligadas à política, à agricultura, à justiça, e sobretudo na proteção da comunidade lutando contra várias adversidades, inclusive doenças. Não obstante a sua aversão a esta terminologia, Kirchner (1989), em seus estudos, concorda que, por questões práticas, seria consentâneo continuar a ser utilizada a terminologia medicina tradicional, para a questão específica que interessa ao Ministério da Saúde, mesmo tendo conhecimento da sua ampla dimensão (Kirchner, 1989, p.263).

Para Meneses, a redução do conceito resulta do próprio processo de *formalização* (regulamentação, ou institucionalização) da medicina tradicional iniciada pelo Estado

(Meneses, 2004a, 2005). E esta formalização resulta do processo de luta empreendida pelos médicos tradicionais, devido à condição de ilegalidade que lhes tem sido imputada durante anos.

As nomenclaturas, atribuídas às atividades dos *Nyangas*, refletem esta lógica de um mundo ontológico e epistemologicamente ocidental que os classifica como “primitivo”, onde não apenas os seus agentes, mas as suas culturas e “práticas” são essencialmente designadas míticas e geridas dentro de uma não racionalidade. A nomenclatura medicina tradicional remete-nos a este debate sobre a dicotomia entre o moderno e o tradicional. A noção de medicina tradicional decorre desta abordagem polarizadora, onde o “tradicional” é caracterizado como fixo e primitivo, típico de sociedades ditas “primitivas” e o “moderno” como dinâmico e racional, típico de sociedades ditas “evoluídas”. Portanto, se de um lado, estas classificações tentaram marginalizar e desautorizar a cosmovisão africana, de outro lado, permitiram a redução destas cosmovisões a noções ocidentais, sem, no entanto, incorporar a totalidade de sentidos destas mesmas cosmovisões. Esta abordagem remete-nos àquela discussão feita por Mudimbe, em que se questiona: será que as “*Welstannschauungen* africanas e os sistemas de pensamento tradicionais africanos são inconcebíveis e que não podem ser tornados explícitos no quadro da sua própria racionalidade?” (Mudimbe, 2013, p.10).

Esta questão é colocada por Mudimbe por considerar que os intelectuais, tanto ocidentais assim como africanos, se baseiam em “categorias de análise e sistemas conceptuais” que se fundam em pressupostos epistemológicos essencialmente ocidentais. Mudimbe refere-se, ainda, que “mesmo nas mais evidentes descrições ‘afrocêntricas’, os modelos de análise utilizados referem-se directa ou indirectamente, consciente ou inconsciente, à mesma ordem” (Mudimbe, 2013, p.10), ou seja, aos pressupostos epistemológicos ocidentais.

Portanto, parece que o estudo e a classificação da medicina tradicional não apenas se permitiu a depender dessa ordem epistemológica, assim como a racionalidade ocidental se permitiu seleccionar a perspectiva que considerou, fazendo parte desta ordem epistemológica, deixando para trás não apenas uma boa parte desse sistema, mas sobretudo aquilo que para a ciência moderna não considera como elementos cientificamente válidos. Ou seja, a condição de possibilidade desses saberes está intimamente ligada a uma classificação determinada pelos pressupostos epistemológicos ocidentais. No caso da “medicina tradicional”, a ciência moderna não apenas selecciona,

nessas práticas, o que considera cientificamente válido, bem como e, sobretudo, a partir de gramáticas e sentidos que esta ordem epistémica compreende, ou seja a partir dos vieses do pensamento ocidental. Aliás é o que Mudimbe argumenta ao afirmar que os sistemas de pensamento “tradicional” africanos são reféns de categorias epistemológicas ocidentais, isto é, o modo como são tratados e analisados os sistemas de pensamento africanos e os conceitos incorporados neles *pressupõem uma legitimidade ocidental e não-africana*, sofrendo, conseqüentemente, uma dependência silenciosa (Mudimbe, 2013). De tal forma que a delimitação do campo científico e do não-científico e a constituição dos critérios de validade dos conhecimentos foram definidos pela ciência moderna. Ao instituir um campo hegemônico de saber, a sua relação com o que se designou de “não saber” permitiu a sua destruição. Este processo se deu tanto na Europa, assim como em outras regiões do mundo (Santos, 2008).

O discurso colonial colocou a medicina tradicional e seus agentes na categoria de magia/mágico, construindo desta forma a oposição entre a biomedicina e a medicina tradicional. Enquanto à biomedicina é atribuído um estatuto universal, atual e ou moderno, à medicina tradicional é sempre atribuído e classificado como local, nativo, indígena, tradicional e atrasado etc. Portanto, a classificação dos sistemas de pensamento africano, em particular da medicina tradicional, é sempre feita de acordo com a classificação ocidental de pensamento e imaginação (Meneses, s/d; Mudimbe, 2013).

Há três tipos de discursos que podem ser delineados em relação à nomenclatura atribuída às atividades dos *Nyangas*. O primeiro tem a ver com a interpretação equivocada ou pejorativa sobre esses sistemas de conhecimento, isto está evidente nos textos e nas terminologias dadas à medicina tradicional, sobretudo os textos coloniais dos quais nos debruçaremos no próximo capítulo. O segundo tipo de discurso, servindo-se do primeiro, imbuí-se de uma perspectiva reprimidora destas mesmas práticas, a fim de estabelecer uma lógica de racionalidade moderna ocidental dentro dos contextos outrora colonizados. E por último, como consequência, se restringem os domínios de alcance destes sistemas de pensamento.

Em Moçambique observa-se a apropriação acrítica da nomenclatura medicina tradicional, por parte de algumas associações que desenvolvem a atividade dos *Nyanga*. Nas entrevistas realizadas, percebemos que aquando do processo da criação de uma das associações (a Ametramo), houve uma discussão envolvendo vários agentes, nomeadamente, os médicos do Ministério da Saúde (MISAU), os agentes da medicina

tradicional, e outras individualidades, na ocasião esteve em pauta a discussão da designação “medicina tradicional”. Na época, os médicos do Ministério da Saúde não concordavam com a atribuição da nomenclatura medicina à atividade destes agentes, argumentando que estas só podiam ser consideradas “práticas”, sem, no entanto, chegar ao nível de uma “medicina”, e o contra-argumento, paradoxalmente, vindo dos agentes de “medicina tradicional”, na altura, era de que eles, tal como os outros, deviam ser considerados médicos e as suas atividades igualadas à “medicina”. Este processo surge no âmbito da institucionalização destas atividades que vinha sendo reivindicada pelos próprios *Tinyanga*. No entanto, o mesmo debate sobre a terminologia “medicina tradicional” ou “praticante de medicina tradicional”, voltou a discussão no âmbito do I Simpósio sobre a Medicina Tradicional e Alternativa em Moçambique, realizado a 02 de Setembro de 2022, com o lema: “Duas Décadas da Medicina Tradicional Rumo à Universalização da Cobertura de Saúde em África”. Este simpósio foi realizado durante a semana de comemoração do dia africano da medicina tradicional, e foi organizado pela Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa de Moçambique (DNMTA). Neste simpósio discutiu-se várias temáticas que teremos ocasião de abordá-las mais à frente, no entanto, no que se refere à terminologia, estes agentes, desta vez, insurgiram-se contra a designação “médicos tradicionais e/ou praticantes da medicina tradicional”, reivindicando que lhes fossem chamados de *Tinyanga*. O argumento era de que era necessário resgatar as designações originárias de suas práticas, porque elas refletem aquilo que eles são, de fato, sob o ponto de vista de identidade. Para eles, as designações “medicina tradicional e praticante de medicina tradicional” não só não exprimem o que eles são, assim como não abarcam a totalidade de suas práticas. A expressão praticante, segundo os médicos tradicionais, sugere, de um lado, que eles são aprendizes ou iniciantes em permanência em sua profissão e, de outro lado, que eles estão situados num lugar marginal no sistema de saúde moçambicano. Estes agentes propuseram, na ocasião, a eliminação das terminologias, sobretudo a terminologia “praticante de medicina tradicional”. Da mesma forma, em nossas entrevistas, os médicos tradicionais mostraram-se revoltantes a esta designação:

...Praticante não. Não gostamos desse nome. Esse nome mesmo que saia da OMS, é um nome errado (...) olha podemos dar um exemplo: praticante da medicina convencional; nunca ouvi. Esse nome para mim veio para desvalorizar, estas a perceber, veio inferiorizar. Nós preferimos que as pessoas nos chamem de médico tradicional, ou que nos chamem de Nyanga. (Entrevista, AMETRAMO, 2021).



É importante notar que esta incorporação mesmo tendo sido conduzida pela DNMTA, ela foi quase imposta pela OMS, da mesma forma que em seus planos e agendas relativas à medicina tradicional, ela vai orientando sobre como é que esta medicina deve ser agenciada:

Incorporamos a ideia de praticantes da medicina tradicional e não médico tradicional, porque nós em todas as atividades, o nosso plano estratégico é guiado pela estratégia da OMS nós estamos a transcrever o que a OMS (...), procura também a estratégia da medicina tradicional da OMS, há de ver o que é que a OMS recomenda aos países membros, isso foi a partir de 1978, naquela conferência de Alma Ata, dos cuidados de saúde primários, sim, então a partir dali nós desenhamos planos estratégicos, com base nas orientações da OMS, como faz, como a Saúde também desenha as políticas com base em organizações...então dentro das políticas da saúde esta lá a OMS (...) (Entrevista, DNMT, 2021).

Portanto, é possível notar que os países hegemônicos, continuam a partir de suas instituições imperiais, mantendo as suas relações coloniais sobre os países outrora colonizados, utilizando-se de instituições locais para cumprir com suas agendas (González Casanova, 2007). Ou como diria Quijano, “(...)como parte do novo padrão de poder mundial, a Europa também concentrou sob sua hegemonia o controle de todas as formas de controle da subjetividade, da cultura, e em especial do conhecimento, da produção do conhecimento.” (Quijano, 2005, p.121). Não só controlam, assim como ditam as regras, decidindo sobre como é que estas instituições devem ser administradas, mesmo sob ponto de vista das suas epistemes.

Dessa forma, o “moderno”, em contextos colonizados, força que as cosmovisões destes lugares se adequem a sua estrutura de forma a reconhecê-las e legitimá-las. E os agentes destes contextos, se de um lado, lutam para legitimar as suas atividades pertencentes a sua tradição identitária, do outro lado, neste processo de reivindicação, muitas vezes, precisam se “colonizar” pela forma de organização do “moderno” para que as suas práticas sejam reconhecidas. O “moderno” se apropria do “tradicional” apenas em relação àquilo que considera pertinente para a sua estrutura ou aquilo que cabe na sua estrutura lógica, e tudo aquilo que escapa a sua compreensão é tido como mito e é fortemente desconsiderado, e as atividades dos *Nyamussoros* e *Nyangas*, nesta estrutura, são colocadas ao nível de subordinação.

### **3.3.1 Quem são os (ti)nyangas, nyamussoros, nyangarumes?**

Estes grupos são assim designados devido às suas habilidades de curar uma variedade de enfermidades físicas e espirituais, justamente por deterem, por um lado, um

vasto conhecimento terapêutico baseado não apenas em plantas, bem como no uso de animais etc. e, por outro lado, por poderem, a partir de processos de adivinhação, possessão etc. intercederem contra ações de espíritos malignos. Este grupo de profissionais desempenha um grande papel na intermediação entre os vivos e os mortos (Honwana, 2002; Santana, 2014, 2018). O processo de cura resulta da interação entre a componente farmacológica e a componente religiosa. Tal como descreve Honwana (2002):

O processo de tratamento e, conseqüentemente, de cura está sujeito ao conhecimento elaborado de uma farmacopeia ervanária, bem como às dimensões rituais e simbólicas que guiam a recolha, preparação e administração dos medicamentos. Através da possessão pelos espíritos ou revelações espirituais, os *tinyanga* estão constantemente a aprender e a actualizar os seus conhecimentos sobre medicamentos ervanários e outras estratégias terapêuticas. (Honwana, 2002, p. 221).

A ausência dessa conexão torna o processo terapêutico ineficaz. Para a medicina tradicional a possessão pelos espíritos é fundamental na articulação terapêutica, e sobretudo, na validação do indivíduo como *Nyanga*. Nas entrevistas realizadas, os médicos tradicionais foram unânimes em referir, como irei desenvolver adiante, que a base das suas atividades está na capacidade de poderem ser possuídos pelos espíritos, uma vez que estes têm um grande papel de orientá-los, tanto na recolha de melhores plantas e demais componentes para a cura quanto na identificação das enfermidades e males que assolam os seus consulentes. Para Langa (1992), o *Nyanga* é aquele que intervém a favor da harmonia social. Esta figura para além de médico é

[...] Conselheiro e adivinho de casa, o homem ou mulher com “sexto sentido”, que ausculta a vontade do invisível. Ele executa os ritos de proteção contra os deitadores de sorte, os *valoyi*, que provocariam incidentes e acidentes...Ele é o ‘psicólogo’ da família e está presente em todos os acontecimentos de maior importância no seio de uma família (Langa, 1992, p.79, 80).

Portanto, para além da cura física e espiritual, os médicos tradicionais têm o papel de estabelecer o equilíbrio e bem-estar social. A sua atuação transpassa, neste sentido, o domínio terapêutico, abrangendo, como já referido anteriormente, os domínios jurídicos, políticos, sociais, económicos etc.

Historicamente os médicos tradicionais se dividem nas seguintes categorias de especialidades: *Nyanga*, *Nyangarume*, *Nyamusoro*, *Ngoma* (Honwana, 2002). Estas categorias são, muitas vezes, usadas de forma homogênea, todavia, representam especialidades próprias, distintas uma das outras, porém complementares e indissociáveis.

Neste universo de especialidades, os *Nyanga*, também conhecidos como os *vamuri* (aqueles que conhecem ervas), podem ser do gênero masculino, assim como, feminino, e curam a partir do conhecimento ervanário. O *Nyangarume* é, geralmente, do gênero masculino. Para além de habilidades de cura a partir de ervas, tem habilidades de adivinhação e protege as pessoas contra feitiçaria, sem, no entanto, entrar em transe. O *Nyamussoro*, geralmente do gênero feminino, é concomitantemente adivinho e ervanário (Mutemba, 1970; Honwana, 2002; Santana, 2014, 2018). O *Nyamusoro* “tem como funções a adivinhação através do transe e dos ossículos de adivinhação, o exorcismo (*kufemba*) e a cura de várias doenças, através do uso de plantas medicinais.” (Honwana, 2002, p.59). O *Ngoma/Mungoma*, do gênero masculino e feminino, é dotado do poder divinatório, luta contra a feitiçaria e faz o seu trabalho sem precisar passar pelo processo de exorcismo (Junod, 1996; Honwana, 2002).

Contudo, tal como compreende Honwana, este campo sempre foi dinâmico, dando sempre lugar a novos sentidos e a novas formas de representação. No meu trabalho de campo, por exemplo, soaram recorrentemente nomes como *Nyanga* e *Nyangarume* e, muito raras vezes, *Nyamussoro*. Entretanto, a designação *Nyanga* ou *Tinyanga* no plural é o que é comumente usado para referenciar esta comunidade de terapeutas. Mesmo entre os médicos tradicionais, este conceito é usado de forma indiscriminada, como um guarda-chuva, isto é, como um atributo para se referir a todos aqueles que pertencem a este grupo. Isto significa que o termo *Nyanga*, que abarcava um certo grupo de especialistas dentro da classe dos médicos tradicionais, passou, a partir de um determinado momento da história, a ter uma postura englobante, servindo de referência para designar todo o grupo de profissionais nesta área (Langa, 1992; Honwana. 2002).

## 4 O PERÍODO COLONIAL E O AGENCIAMENTO DA MEDICINA TRADICIONAL

O colonialismo em África promoveu a superioridade de tudo o que era proveniente das antigas potências. Esta superioridade não permitiu dialogar, nem escutar, a voz do continente africano. Em nome da construção do novo mundo se fez a *usurpação do ser*, a África foi dividida em colônias, pela Conferência de Berlim. As crenças e religiões foram abaladas. As várias instituições africanas foram destruídas. A arte de cura e a religião tradicional foram perseguidas, proibidas, os seus praticantes mortos ou escravizados. Os curandeiros e os magos foram considerados diabólicos.

Paulina Chiziane e Mariana Martins, 2015.

Mas começarão a aprender novas doutrinas que rejeitarão os espíritos, os feiticeiros e curandeiros. Todos ou quase todos aceitarão o novo pastor, mas pela noite adentro muitos irão ao curandeiro...(.)

Ungulani Ba Ka Khosa, *Ualalapi*, 2008.

Neste capítulo, apresento o retrato da medicina tradicional no período colonial, em três momentos fundamentais. No primeiro, enquanto busco compreender o lugar da medicina tradicional no processo de contemporização dos usos e costumes “indígenas”, indago o fito da codificação. No segundo momento, disserto sobre as percepções e representações em torno da medicina tradicional a partir dos estudos e relatórios coloniais elaborados por administradores, antropólogos, missionários, médicos etc. Por último, faço uma descrição das repressões às práticas médicas tradicionais, buscando compreender as motivações que acompanharam esse processo.

O marco temporal deste período foi determinado em função da literatura encontrada. A maior parte dos textos encontrados foram produzidos entre os séculos XIX e XX, portanto, no auge da governação colonial.

### 4.1 A codificação dos usos e costumes “indígenas”<sup>11</sup> e o lugar da “medicina tradicional” no período colonial

---

<sup>11</sup> Segundo o Art. 2 do Estatuto dos Indígenas Portugueses das Províncias da Guiné, Angola e Moçambique, publicado a partir do decreto-lei n.º 39.666, de 20 de Maio de 1954, “consideram-se indígenas das referidas

No período colonial houve aquilo que se chamou de codificação dos usos e costumes indígenas, que era, essencialmente, o estudo e regulamentação de elementos culturais “indígenas”. Os estudos para a regulamentação dos usos e costumes indígenas foram, muitas vezes, levados a cabo por secretários dos negócios indígenas, administradores e governadores das circunscrições das províncias ultramarinas. Aliás, a maior parte dos projetos de codificação dos usos e costumes foi elaborada por estes e estiveram à frente dos processos de repressão a algumas práticas socioculturais “indígenas”. Quais foram as razões da regulamentação dos usos e costumes e qual foi o lugar da medicina tradicional nesta regulamentação? Este é o questionamento a partir do qual buscamos entendimento deste processo e, conseqüentemente, o entendimento de como eram tratadas as práticas médicas tradicionais.

O primeiro esforço para a regulamentação dos usos e costumes indígenas da província de Moçambique deu-se em 1878. Este esforço surge da necessidade de responder ao Decreto de 18 de novembro de 1869, que objetivava “salvaguardar” os usos e costumes “indígenas”, de um lado, e pôr fim ao tratamento desigual dos cidadãos do além-mar com os do continente, em relação às disposições legislativas, de outro lado, significaria permitir que os povos “indígenas” se orientassem a partir dos seus usos e costumes, inclusive em questões ligadas à jurisprudência civil e criminal. Para a efetivação dessa codificação o governador geral de então, Francisco Maria da Cunha, nomeou uma comissão que, no entanto, não chegou a reunir-se para a realização desta codificação (CabraL, 1925; Ornellas, 1906). Em 1883, o então governador geral, Agostinho Coelho, delegou um estudo e codificação dos usos e costumes ao então secretário geral da província de Moçambique, Joaquim d’Almeida da Cunha. Este estudo veio a ser publicado em 1885 e referia-se, particularmente, aos costumes de “indígenas” e asiáticos da ilha de Moçambique, e tinha como título: *Estudos acerca dos Usos e Costumes dos Banianes, Bathlás, Parses, Mouros, Gentios e Indígenas* (Cabral, 1925; Ornellas, 1906).

---

províncias os indivíduos de raça negra ou seus descendentes que, tendo nascido ou vivendo habitualmente nelas, não possuam ainda a ilustração e os hábitos individuais e sociais pressupostos para a integral aplicação do direito público e privado dos cidadãos portugueses. Consideram-se indígenas os indivíduos nascidos de pai e mãe indígena em local estranho àquelas províncias para onde os pais se tenham temporariamente deslocado” (Estatuto dos Indígenas Portugueses das Províncias da Guiné, Angola e Moçambique, 1954, p.201)

A determinação para codificação dos usos e costumes dos “indígenas” e asiáticos da Província de Moçambique, foi decidido, conforme refere Cunha (1885), à luz do disposto no § 3º do Artigo 8º de Decreto de 18 de novembro de 1869, pelo conselho do Governo Geral da Província de Moçambique (GGPM). O Decreto ordenava que todos os governadores das províncias ultramarinas procedessem à codificação dos usos e costumes e que deviam ser submetidos imediatamente para a aprovação do governo. Este conselho constituiu uma comissão que seria encarregada de corrigir e codificar os usos e costumes dos banianes, bathiás, parses, mouros, gentios e indígenas (Cunha, 1885). O decreto de 1869 informava que a codificação dos usos e costumes deveria ser elaborada sem que se opusesse à *moral* e à *ordem pública* estabelecida; isto é, os usos e costumes não deveriam entrar em contradição com os princípios socioculturais da metrópole e com a estrutura colonial estabelecida.

Em maio de 1889, é publicado no Boletim Oficial Nº 19 do Governo Geral da Província de Moçambique, o *Código dos Milandos Inhambanenses* (Litígios e Pleitos). Este código foi antecedido de inúmeros outros, tal como foi o *Código de Usos e Costumes dos Povos Bitongas*, o *Código Cafreal do Distrito de Inhambane*, ambos de 1852. Incluem-se aqui a Portaria Provincial de 9 de julho de 1855 que não chegou a ser publicada, a portaria de 11 de novembro de 1887, que se baseava no Código de 1852, que também não chegou a ser publicada.

O *Código de Milandos de Inhambanenses*, surge no âmbito de impedir conflitos frequentes no tratamento das questões indígenas no então distrito de Inhambane. Este mesmo código é elaborado à luz das disposições anteriores que pretendiam regular aquilo que se chamou de questões *cafreaes*. Portanto, o *Código* constituía-se como um instrumento de orientação para as autoridades do distrito de Inhambane no tratamento/resolução das questões *cafreaes* (Boletim Oficial de Moçambique, 1889).

O *Código de Milandos de Inhambanenses* surge, no entanto, não só da necessidade de regular as questões *cafreaes*, bem como da necessidade de reformular o código dos usos e costumes de 1885, que, segundo o governador geral interino de então, era “extravagantes, anachronico e immorais” (Boletim Oficial de Moçambique, 1889, p. 299). E por isso, desqualificaria Portugal nos seus “incessantes esforços (...) no justo proposito de civilizar os povos que na África lhe são avassalados” (Boletim Oficial de Moçambique, 1889, p.299). Portanto, por trás do discurso de regulamentação, esconder-se-ia um projeto de substituição dos usos e costumes locais, por aqueles da metrópole. O

governador geral interino, José d'Almeida, no mesmo Boletim de 11 de maio de 1889, afirmaria que a maior parte dos usos e costumes do povo de Inhambane tinha sido abandonado, devido ao trabalho exercido pelo sistema colonial, e que os usos e costumes que haviam restado deveriam ser regulamentados desde que não ferissem à moral da metrópole (Boletim Oficial de Moçambique, 1889).

Houve outras tentativas de codificação dos usos e costumes indígenas, tal como a publicação no Boletim da Companhia de Moçambique em 1906 de um *Código de Milandos*, sob égide de Albano Magalhães, aquela conduzida pelo então comissário régio, Mousinho de Albuquerque, ou ainda, aquela conduzida pelo governador J. J. Machado, em 1914. Estas tentativas, segundo Cabral (1925), não chegaram a nenhum resultado. Porém, tudo que se produziu, até a esta parte, consiste em formulações ligadas a princípios (códigos ou regulamentos) sobre os usos e costumes indígenas. Elas foram incluídas no regulamento das circunscrições de 1908 (Cabral, 1925).

Portanto, para além das codificações, houve vários estudos e publicações de índole individual ou sob égide da estrutura colonial, ligados aos usos e costumes “indígenas”. É exemplo disso o estudo *Gaza* (1897-1898), da autoria de Gomes da Costa (então Governador-militar) e publicado em 1899, que aborda, para além da História, Fauna, Flora, Agricultura, Clima, Saúde, Comércio, Administração, Justiça etc., questões ligadas aos usos e costumes indígenas.

O outro estudo, refere-se à memória apresentada ao Congresso Colonial Nacional (CCN), intitulada *Raças e Línguas Indígenas* em Moçambique, publicado em 1906, de autoria de Ayres de Ornellas. Este texto pretende ser uma *introdução ao estudo das raças* em relação ao seu estado social e o estudo das línguas locais dos povos da então província de Moçambique. Ornellas considerava que para um trabalho de legislação local era necessário o conhecimento profundo desse contexto. Fez um mapeamento, descrição da origem e desenvolvimento dos povos na África Austral. Descreveu as influências que tiveram internamente e as influências que tiveram com outros povos não africanos. Classificou e caracterizou-os (em relação ao grau de civilização) comparando-os uns aos outros e, sobretudo, em relação à tradição europeia. Diferenciou-os em função das suas peculiaridades linguísticas e em função dos seus usos e costumes. Não obstante tenha reconhecido que “a comunidade de tradições e semelhança de usos e costumes é também muito grande” (Ornellas, 1906, p.41).

Encontramos, igualmente, o estudo de Albano de Magalhães, intitulado *Estudos Coloniais. I Legislação colonial* (seu espírito, sua formação e seus defeitos), publicado em 1907. A publicação do livro intitulado *Raça, usos e costumes dos Indígenas do distrito de Inhambane*, acompanhado de um vocabulário em *Shitsua, Guitonga e Shishope*, em 1910, de autoria de Antônio Augusto Pereira Cabral. Em 1912 era publicado o livro do missionário suíço Henri Alexandre Junod, em dois volumes intitulado: *The Life of a South African Tribe*. Junod nasceu em Neuchâtel na Suíça, em 1863, e viveu em Moçambique entre 1889 e 1896 (em Ricatla de 1889 a 1894 e em Lourenço Marques, de 1894 a 1896). Neste livro Henri Alexandre Junod, então missionário na Província de Moçambique, fez um estudo sobre os usos e costumes (a história, a vida e a cultura) dos povos do sul de Moçambique, abrangendo a então Lourenço Marques e Gaza. E mais tarde, em 1925 a publicação do livro *Raça, Usos e Costumes dos Indígenas da Província de Moçambique*, da autoria de Antônio Augusto Pereira Cabral, que incluía em anexo um o *Projeto de Código de Milandos* e um *Projeto de Regulamento de Justiça Penal Indígena*. O *Estatuto Político, Civil e Criminal dos Indígenas* de 1926, de autoria de João Belo e o outro de 1929. Os estatutos, no que concerne à codificação dos usos e costumes, não apenas foram usados para reger e ou sancionar determinados exageros por parte da administração colonial, bem como para reprimir práticas socioculturais locais (Pereira, 2001, 2005). A aprovação, a partir da Portaria n.º 4844 de 1940, de *Instruções Reguladoras do funcionamento das secretarias dos serviços administrativos provinciais e locais*, na qual, entre outras coisas, se determinava que cada uma das secretarias de administração de circunscrição elaborasse *Livros de Registros de Usos e Costumes Gentílicos* e que os mesmos fossem enviados em cópias aos Serviços dos Negócios Indígenas, para que se procedesse a sua codificação. Entretanto, consta que poucas cópias foram enviadas para que se procedesse a codificação (Pereira, 2001, 2005; Meneses, 2019). Em 1941, o governador de então nomeou, a partir de um despacho, uma *Missão Etagnósica da Colónia de Moçambique*, que tinha como objetivo realizar uma pesquisa rigorosa e minuciosa relativa a questões de direito, moral e da mentalidade dos povos “indígenas”. Este estudo conduziria à elaboração de um código penal e código de direito privado adaptados aos usos e costumes. Esta Missão foi conduzida pelo jurista José Gonçalves Cota e concluiu os seus estudos em 1946 com a publicação da versão do Projeto Definitivo do Código Penal dos Indígenas da Colónia de Moçambique. O estudo etnográfico, que está na base da elaboração do projeto acima, foi publicado em 1944 com o título *Mitologia e Direito Consuetudinário dos Indígenas de Moçambique* (Pereira,



2001, 2005; Meneses, 2019). Nestes estudos e projeto do Código Penal de autoria de José Gonçalves Cota, dentre várias coisas, podem ser encontradas descrições e disposições sobre a práticas médicas tradicionais.

Vários outros estudos e codificações sobre usos e costumes foram elaborados durante o período colonial. Entretanto, voltando à pergunta de partida, quais foram as razões e motivações para tal empreendimento?

Foram várias as razões que determinaram a codificação dos usos e costumes indígenas pelo sistema colonial. E estas razões encontram-se, muitas vezes, imbricadas entre si. A codificação dos usos e costumes foi justificada (1) como forma de acabar com os conflitos existentes na resolução de questões “indígenas”, e isto é associado, (2) à necessidade de legislar e governar de acordo com os usos e costumes locais. Ademais, a codificação foi justificada (3) como forma de salvaguardar os usos e costumes “indígenas”, ou ainda (4), como necessidade de obter domínio ou conhecimento dos substratos socioculturais dos povos indígenas, de modo a melhor colonizá-los.

O processo de codificação e a urgência na publicação dos usos e costumes, na então Província de Moçambique, fundamentou-se na demanda de queixas dos moradores dos distritos contra a forma que se geriam ou governavam os povos locais. O *código de Milandos dos Inhambanenses*, a título de exemplo, como afirmado anteriormente, surge no âmbito de impedir conflitos frequentes no tratamento das questões indígenas no então Distrito de Inhambane. E desta forma, era crucial a constituição de leis que regulamentassem “os direitos e obrigações das autoridades indígenas em relação aos agentes da autoridade do governo (que) os guie na decisão imparcial e justa de todos os *milandos* que lhes forem presentes” (Boletim Oficial de Moçambique, 1889, p.299).

O governador geral de Moçambique, Joaquim Pinto Magalhães, em 1852, teria determinado a elaboração de um código baseado nos usos e costumes locais, de modo a acabar com os conflitos existentes. Tal como refere a portaria de 12 de maio de 1852:

...tendo subido à minha presença várias queixas dos moradores do distrito de Quelimane contra a ilegal e insólita maneira, com que o capitão-mor das terras d corôa no referido distrito tem decidido as questões cafreas, suscitadas entre os escravos dos moradores ou entre os escravos e colonos dos prazos da corôa, sem respeitar os usos, e costumes que constituem lei, uma vez que não sejam opostos á mesma, exorbitando d’esta forma da sua jurisdição, e arregrando as atribuições que não lhe competem; e reclamando a justiça, e conveniências sociais, que ponha termo a este intolerável abuso. Hei por conveniente nomear uma comissão composta (...) os quais entre si escolherão um para presidente e outro para secretário, a qual comissão examinando os regulamentos ou

instruções que por ventura hajam sobre atribuições dos capitães-mores, consultando os usos, práticas e costumes cafreas, em harmonia com o atual sistema de legislação, proponha um regulamento que para o futuro sirva de norma para as decisões das questões cafreas, esperando da inteligência, zelo, e patriotismo de todos os membros da comissão que de bom grado se prestarão a este serviço, em benefício do distrito da sua habitação (Magalhães, J. P., 1852, *apud* Cunha, 1885).

Aliada a esta questão de conflitualidade, encontra-se a questão de elaboração de leis e regulamentos específicos para a governação de questões locais, e estas leis e regulamentos deviam se basear em usos e costumes locais contanto que esses não preterissem as normas e princípios da metrópole. A Portaria Régia de 9 de dezembro de 1890 estabelecia por via de um decreto a necessidade “...de atender às especialidades de cada colônia e respeitar os costumes dos seus habitantes” (Magalhães, 1907, p.154). Este princípio era justificado com a ideia de que não se podia estabelecer justiça e muito menos uma administração condigna aplicando legislação igual para populações que se encontram em condições desiguais. As leis tinham, efetivamente, que respeitar as condições locais. Outra portaria, de 30 de novembro de 1904, ordenava aos governadores que enviassem às secretarias do ultramar, estudos e informações relativos aos usos e costumes que pudessem ser úteis para a elaboração de leis e regulamentos. Esta portaria exigia que a elaboração da legislação para as colônias deveria ser de acordo com as condições especiais dos seus habitantes. Deste modo, era imperioso harmonizar as leis com as condições dos indivíduos. Os códigos deviam ser adaptados às condições geográficas, étnicas e sociais dos povos. Portanto, respeitando “os costumes, religião, constituição de família e organização de propriedade desses povos”, responderia ao mesmo tempo o grande objetivo que era “evitar atritos que dificultem a [nossa] missão civilizadora” (Magalhães, 1907, p.155, 156).

De acordo com Magalhães (1907), era necessário um instrumento ou código que permitisse orientar os juízes e administradores em matérias relacionadas com questões “indígenas”. Isto porque, havia um desrespeito dos usos e costumes, sendo estes de antemão leis intrínsecas aos povos indígenas. O desrespeito resultava de um desconhecimento destes usos e costumes, agravado pela falta de interesse, conforme refere Magalhães, do governo em orientar estudos e consequente legislação desta realidade (Magalhães, 1907, p.149).

Nessa perspectiva, para Cabral, era necessário um regulamento dos usos e costumes indígenas, de forma a permitir que assuntos de índole local fossem regulados por seus

próprios usos e costumes. Porém, nem todos os usos e costumes deveriam ser levados em conta, era crucial que este regulamento fosse elaborado tendo em conta os interesses das autoridades coloniais. Este regulamento não apenas devia permitir regular a justiça indígena, como também regular a administração indígena, demarcando onde começam e acabam os direitos e deveres, ou seja, os limites da autoridade indígena. Portanto, mais do que leis e regulamentos para orientar juízes e administradores, tornava-se “necessário um regulamento administrativo indígena, em que se [regulassem] as atribuições dos régulos e chefes de povoações...” (Cabral, 1910, p.130 – grifo nosso)

Portanto, até então, as questões que diziam respeito aos indígenas eram resolvidas arbitrariamente, em alguns casos eram resolvidas por preceitos europeus, em outros por princípios indígenas. Desta feita, notava-se uma grande desordem como resultado de falta de regras adequadas que pudessem regular os litígios indígenas (Magalhães, A., 1907; Cabral, 1910). Portanto, para Cabral (1910), havia uma necessidade de regular essas questões de modo a organizar a administração da justiça indígena. Porque, como ele mesmo refere:

Um bom regulamento de justiça indígena deve cingir-se, tanto quanto possível, aos usos e costumes dos povos a quem ele deve ser aplicado, tendo em vista modificá-los na parte em que eles se ressentem ainda do barbarismo e estado selvagem de passados tempos em que viviam. (Cabral, 1910, p.130).

Sendo assim, as leis coloniais deveriam ter em conta o contexto de cada província ultramarina. Elas deveriam refletir a maneira de ser destas mesmas províncias, no que concerne as suas condições sociais, culturais e econômicas, desde que não fossem contrários a moral dita da metrópole. Entretanto, esta legislação, segundo Magalhães, deveria paulatinamente ser imbuída do espírito da legislação da metrópole sem, no entanto, prejudicar os usos e costumes indígenas. Sobre isso Magalhães se refere nos seguintes termos:

Hoje está assente, como veremos, que as leis coloniais têm de ser especiais para cada colônia, talhadas no seu modo de ser, e tendo em atenção as suas condições sociais e econômicas, embora se procure, a pouco e pouco, imprimir nelas o cunho da legislação pátria até onde ele não for ferir seriamente os usos e costumes indígenas, que não sejam inteiramente contrários á moral - moral que não pode ser a que os povos civilizados hoje cultivam, mas uma moral mais tolerante, de convenção, que apenas não repugne á humanidade nos seus sentimentos mais caros (Magalhães, 1907, p.25).

Deste modo, o ponto central consistia na ideia de que as províncias ultramarinas precisavam de leis especiais, adequadas as suas condições sociais, culturais e econômicas. E que a aplicação das leis da metrópole às províncias ultramarinas resultava sempre numa

desordem. Não obstante o entendimento de que as leis deveriam se adequar ao contexto, Magalhães (1907) acreditava que as leis da metrópole deveriam ser introduzidas paulatinamente nas províncias ultramarinas. Este empreendimento só poderia ser conseguido a partir de um estudo e conhecimento profundo dos povos colonizados, como o estudo da religião, da cultura etc. O conhecimento profundo da cosmovisão dos povos indígenas era uma estratégia para a efetivação da colonização (Magalhães, 1907, p.31).

A codificação dos usos e costumes “indígenas”, segundo os estudos do período colonial, tinha em vista salvaguardá-los e torná-los disposições de orientação da população “indígena”. Aliás, Magalhães (1907), em seus *Estudos Coloniais*, já afirmará nos seguintes termos: “...a denominação ‘usos e costumes’ tem sido dada às regras consuetudinárias que governam as relações civis das populações indígenas colônias” (Magalhães, 1907, p.135).

Este processo de codificação dos usos e costumes, por outro lado, tinha em vista um maior conhecimento e domínio do contexto sociocultural dos povos locais, de modo a obter uma colonização eficiente e efetiva. A descrição de Ornelas em *Raças e Línguas Indígenas*, no que diz respeito aos usos e costumes, tinha como pretensão, como ele próprio refere, conhecer melhor o indígena e sua vivência, de modo a buscar formas melhores de o civilizar e uma legislação baseada em seus hábitos e costumes seria um dos caminhos (Ornellas, 1906)

Alguns estudos missionários sobre os usos e costumes, consequentemente, defendiam a ideia de que era necessário estudar e conhecer os usos e costumes dos povos, de modo a alcançar uma colonização, civilização e conversão efetiva. Junod (1996), por exemplo em seu livro *Usos e Costumes dos Bantu [1912/13]*, afirma que ao fazer o seu estudo etnográfico sobre o povo Bantu, tinha em vista contribuir no auxílio dos trabalhos dos administradores coloniais e os missionários. Para Junod, era necessário que os administradores tivessem melhor conhecimento das “tribos” que governam para uma melhor eficiência na missão civilizadora, por outro lado, era necessário o conhecimento sobre os povos colonizados, porque o não conhecimento resultava na violação dos usos e costumes destes povos por parte dos administradores. No entendimento de Junod, para a governação dos “selvagens”, como ele chamava, e a consequente eliminação dos aspectos culturais que se achavam imorais, era necessário estudar os usos e costumes destes povos, de modo a lutar estrategicamente contra as práticas consideradas nocivas. Sem, no entanto, recorrer ao uso da força e violência que, segundo Junod, feria os sentimentos dos

indígenas e consequentemente estes nunca abandonavam as suas crenças. Portanto, essa era a via, segundo Junod, mais sensata para que as relações entre os povos bantu e o governo europeu fossem “harmoniosas”. Entretanto, questões como justiça, guerra, violência, no processo de administração colonial teriam sido devidamente tratadas se houvesse um conhecimento profundo dos usos e costumes do povo bantu. Em relação à dimensão missionária, era necessário conhecer os povos e os seus usos e costumes de modo a identificar formas eficazes de incutir no povo bantu o evangelho (Junod, 1996).

Todavia, existem outras razões de natureza mais classificatórias e preconceituosas, revelando racismo, inferiorização. O próprio discurso invocando a necessidade de codificação, de acordo com os usos e costumes locais, camufla, muitas vezes, estas intenções classificatórias e preconceituosas. De tal modo que se outorgou ao colonizador o direito não apenas de codificar, mas de eliminar nesse processo o que, aos olhos dos princípios da metrópole, se considerava imoral. Portanto, as razões para que as leis fossem adequadas ao contexto, não eram essencialmente para valorizar a cosmovisão local, até porque como vimos, havia um processo gradual de substituição dos substratos socioculturais locais por aqueles da metrópole. Este processo de substituição, ou se quisermos civilização, era feito até o nível considerado adequado aos colonizados, porque sendo eles atrasados e selvagens não tinham capacidades racionais e cognitivas para uma escolaridade de índole superior. Esta visão da administração colonial entrou, muitas vezes, em contradição com a política missionária, que possuía um cunho muitas vezes de uma política de assimilação. Junod e seus colegas, por exemplo, foram, muitas vezes, acusados de defenderem políticas niveladoras, o que lhes valeu expulsão entre os anos de 1895 e 1896.

Uma das razões para a qual se instituiu a codificação dos usos e costumes para os indígenas, como se pode compreender, consistia na ideia de que os negros e os brancos não podiam ter os mesmos direitos e as mesmas leis. Para António Augusto Pereira Cabral, os indígenas, em termos civilizacionais, estavam atrasados e não tinham capacidade de assimilar completamente a dita civilização europeia. Em outros termos, o indígena não tinha capacidade de alcançar qualidades cognitivas ou intelectuais que lhe permitissem uma escolaridade superior e posições socialmente dignas. Portanto, a codificação dos usos e costumes era sujeita aos interesses coloniais, permitindo que os indígenas ocupassem sempre posições socialmente subalternas. E sempre que necessário alterar os “...seus usos e costumes quando for absolutamente necessário e dali provenha

alguma utilidade, e não pelo simples desejo de querer brancos e pretos no mesmo pé de igualdade” (Cabral, 1910, p.9). Os povos indígenas, considerados “primitivos e selvagens”, para a visão colonial, não tinham consciência de si e, que por isso, precisavam ser conduzidos, governados e elaboradas leis específicas (Magalhães, A., 1907, p.21). Por conseguinte, o próprio discurso de codificação dos usos e costumes é um discurso imperial e colonial utilizado, muitas vezes, para a escravização e espoliação dos povos e das terras dos colonizados.

A compilação dos usos e costumes fazia transparecer a ideia de respeitar e salvaguardar a riqueza sociocultural destas sociedades. Porém, a partir do momento em que os usos e costumes se traduzem em decretos e são regidos por indivíduos estranhos a eles, tornaram-se facilmente manipuláveis com base em princípios estranhos a estas sociedades. Portanto, a regulamentação dos usos e costumes não tinha na essência o intuito de salvaguardar e valorizar os usos e costumes indígenas, o que sucedia era que, a partir do momento que se constituíam em decretos, não somente se tornavam princípios obrigatórios, como também davam autoridade aos que regulamentavam estas práticas, de modificá-las ou excluí-las em função dos seus interesses. A propósito disso, Magalhães dá exemplo sobre como sucedeu a rejeição e eliminação do culto de Brahma, e como esta lógica se estendia aos cultos e crenças africanas:

e finalmente que essa doutrina imposta com força de lei ia sucessivamente expungindo do Código de usos e costumes dos gentios as práticas que com ela se não revelavam em perfeita conformidade. Não era só o culto de Brahma que se abjurava, quando à porta do templo do Deus dos Cristãos se pedia com a água do baptismo a purificação previa; não significava somente esse acto o repudio puro e simples dos ritos e abusões dos gentilíssimos e a adopção de novas crenças religiosas; quando se entrava na sociedade cristã renunciava-se a todo o direito social hindu, cuja fonte principal era a religião brahmanica, e, lançando ao esquecimento a divisão de castas, aceitava-se a nova constituição da família, reconhecendo direitos e obrigações reciprocas, que vinham fundar pacto social muito diverso do que estava recebido (Magalhães, 1907, p. 136).

Entretanto, por detrás deste discurso de regulamentação dos usos e costumes dos povos indígenas havia a intenção de eliminação da cosmovisão desses povos. A codificação dos usos e costumes não era um empreendimento que visasse a sua valorização, ela consistia em uma alternativa encontrada para governar os “indígenas”. Neste processo de busca pela legislação colonial, havia sempre uma tentativa de modificação ou mesmo eliminação do contexto sociocultural de elementos considerados inadequados ou imorais aos princípios da metrópole. Para o sistema colonial, o objetivo estava claro, as práticas socioculturais consideradas por eles como “... práticas selvagens

hão de ser abolidas, no que tiverem de verdadeiramente ofensivo da humanidade e da moral, mas tem de o ser lentamente e não de súbito e por meios adequados” (Magalhães, 1907, p.36).

A codificação dos usos e costumes dos indígenas nasce, assim, da necessidade de administrar a população indígena instituindo-lhes leis as quais deveriam reger a vida desta população. No entanto, houve sempre várias perspectivas sobre o tipo de leis que deveriam ser instituídas. O modelo de leis a criar tinha a ver com o modelo de colonização que se pretendia.

Chegados aqui, urge retomar o questionamento levantado no início do texto, sobre o lugar ocupado pela medicina tradicional na codificação dos usos e costumes. Não obstante a existência de estudos sobre a medicina tradicional, e alguns indicando legitimidade sobre sua eficiência, ela pouco constou na codificação. E das poucas vezes que ela foi incluída, foi tratada de forma a reprimi-la, e nunca uma disposição que autorizasse e regulasse esta atividade. No *Projeto de Regulamento de Justiça Penal Indígena* de autoria de Antônio Augusto Pereira Cabral, a feitiçaria (nos escritos do autor, a feitiçaria se confunde muitas vezes com todas as atividades ligadas a medicina tradicional), é considerada como crime. Numa das passagens deste projeto pode-se ler: “Aquele que usar ou der a outrem qualquer filtro ou bebida secreta, quer seja ou não nociva à saúde, com o fim de enfeitiçar, ou que, com o mesmo fim, use de encantamentos ou sortilégios, incorre na pena de prisão de seis meses a um ano.” (Cabral, 1925, p.91). Não obstante o governo colonial defendesse a inclusão dos usos e costumes na resolução de litígios de natureza local, este mesmo governo reprimia severamente os que praticavam a medicina tradicional.

O *Projeto definitivo do Código Penal dos Indígenas da Colônia de Moçambique*, limitou-se a restringir e criminalizar a prática médica tradicional e em nenhum momento se colocou a outorgar estas práticas. Este Código, se de um lado, mostra a intenção de policiar algumas práticas consideradas nocivas, de outro lado, o mesmo código, reduz, incrimina e compromete a existência das atividades médicas tradicionais (Cota, 1946). Aliás, para Meneses, a linguagem que permeia o texto, enfatiza sobremaneira a questão criminal das práticas médicas tradicionais (Meneses, 2019).

No título do *Projeto definitivo do Código Penal dos Indígenas da Colônia de Moçambique*, “Dos crimes típicos” que se dedica, dentre outros assuntos, aos “crimes

cometidos no exercício da magia e da medicina gentílica”; foram criminalizadas várias práticas. Algumas práticas, como as de incorporação dos espíritos/possessão e ressurreição, comumente utilizadas para intermediar o mundo espiritual com o mundo físico, foram criminalizadas:

Aquele que, valendo-se de crenças e superstições populares sobre a ressurreição de mortos e transmissão das almas, se apresentarem à família do indivíduo morto, como sendo este ressuscitado ou incarnador do seu espírito, a fim de ocupar o seu lugar e gozar os direitos que teria se vivo fosse, serão punidos a pena 3ª do artigo 30º (Cota, 1946, p.659).

Portanto, a tentativa de policiamento acabou colocando em risco a existência desses agentes e limitando o seu campo de ação, contribuindo, sobretudo, para a eliminação das suas práticas. Aliás, Cota (1946) afirmaria em uma das suas notas, que a “medicina indígena” era tolerada apenas porque a assistência médica colonial não abrangia toda a população, sobretudo aquela rural. Isto colocava, nas entrelinhas, que a medicina tradicional não era bem-vinda e que havia uma política de eliminá-la paulatinamente.

Destartes, a medicina indígena tem sido tolerada e deverá continuar a sê-lo, enquanto a assistência médica não puder chegar plenamente, como se pretende, a todos os pontos povoados do interior, muito embora, desde já, se empreenda, muito justificadamente, a repressão de algumas práticas terapêuticas, gravemente nefastas à saúde... (Cota, 1946, p. 647).

A medicina tradicional fazia parte das práticas socioculturais consideradas imorais e perturbadoras da ordem pública e, portanto, nocivas a uma sociedade que se queria civilizada. E por serem práticas imorais, deveriam os seus autores serem submetidos a correção, de modo que muitos médicos tradicionais foram submetidos à prisão correcional. Foi o que aconteceu com o indígena Chigangane Matsinhe, natural da circunscrição de Morrumbene, distrito de Inhambane, residente em Lourenço Marques, no bairro da Munhuana, preso por exercer a profissão de curandeiro em 1945. Com a justificativa de que tal prática e sua permanência naquela cidade não era “conveniente, nem de boa política”; em outras palavras, o exercício da sua atividade andava em contramão com a moral ou princípios da metrópole, fato que deveria ser desterrado a 3 anos de prisão correcional na Província do Niassa, onde fixaria sua residência (Arquivo Histórico de Moçambique, 1946a).

Não sendo determinado nas codificações, porém, estando claro nos estudos coloniais, tudo que se considerava superstição e ou crença deveria, no entanto, ser eliminado, e colocar no lugar a política e cultura da metrópole. Em uma carta enviada



pelo então administrador de Lourenço Marques, ao então secretário dos negócios indígenas em 1922, sobre acusação de dois indígenas por prática de Feitiçaria, apelava uma sanção rigorosa, justamente porque, segundo ele, era necessário que os povos de Moçambique abandonassem as “superstições que quase trazem em consequência a morte dos desgraçados acusados como feiticeiros...” (Arquivo Histórico de Moçambique, 1922), .

Nos casos de repressão documentados, que se baseiam em regulamentos dos usos e costumes, a justificativa que se colocava era, no entanto, que as práticas médicas tradicionais estavam “contra toda a moral e justiça”. E estas previam, em seus regulamentos, apenas questões ligadas à prática de ordálio, o resto das questões ligadas à medicina tradicional não constam em regulamentos dos usos e costumes. Aliás, poucos dos documentos consultados sobre a repressão dos médicos tradicionais se fundamentam em instrumentos ou regulamentos que prevêm sanções em casos de exercício de medicina tradicional.

#### **4.2 Percepções e representações da prática médica tradicional e dos seus agentes no período colonial**

A imagem construída sobre a medicina tradicional e seus agentes, durante a administração colonial, permitiu que ela fosse severamente combatida. A medicina tradicional foi tida como carregando valores contrários aos interesses e políticas coloniais. O condicionalismo do tipo de vida imposto pelas estruturas coloniais não permitia a continuação do exercício dessas práticas consideradas, elas mesmas, primitivas e supersticiosas e, por isso, de categoria ilegal.

Esse retrato profundamente influenciado pelos interesses ideológicos coloniais foi, igualmente, fundamentado pelos estudos coloniais. Os estudos coloniais referentes à medicina tradicional compreendem duas dimensões: uma de natureza descritiva e a outra analítica e se fundam, essencialmente, numa abordagem antropológica. Pode-se encontrar, nesses escritos, uma descrição minuciosa da atividade médica tradicional, desde a iniciação que compreende os processos de treinamento e profissionalização, até os procedimentos utilizados, desde o diagnóstico até a cura de doença ou resolução de uma determinada adversidade apresentada pelos consulentes.

Os estudos coloniais classificam as práticas médicas tradicionais como sendo, de um lado, falsas, incoerentes e mergulhadas no charlatanismo, e do outro lado, são

classificadas como verdadeiras e imbuídas de uma certa autenticidade epistémica. Não obstante esta classificação reconheça alguma autenticidade, a dimensão supersticiosa e de falsidade, atribuída a essas práticas, têm se imposto e dominado esses estudos. Tanto que a prática médica tradicional foi, muitas vezes, examinada com vista a se encontrar alternativas ou estratégias de eliminá-la do contexto social da época, sobretudo em contextos urbanos.

No contexto colonial, a medicina tradicional foi, muitas vezes, associada a prática de feitiçaria. Conceito utilizado, de um lado, para designar os “indígenas” especialistas ou conhecedores da “ciência” médica tradicional, e de outro lado, usado para se referir aqueles que se dedicam a causar o mal ou doenças a outrem, no universo ou não do exercício da prática médica tradicional. Portanto, o conceito de feitiçaria, nesses estudos, muitas vezes se confunde com a prática do bem que seria a cura de alguma enfermidade ou adversidade social (curandeiro), e o exercício do mal que seria atribuir a alguém uma condição de doença (feiticeiro).

Em *Ethiopia Oriental: Varia História de Cousas Notáveis do Oriente*, um estudo clássico do missionário Frei João dos Santos, que viveu em Moçambique entre os anos de 1586 e 1595 nas regiões de Tete, Sofala e viajando pelo vale do Zambeze e nas ilhas Quirimbas, dentre outros relatos ligados aos usos e costumes, fez uma descrição de eventos sobre a prática médica tradicional. Desses eventos é possível notar a percepção que se tinha desse universo. Para Frei João dos Santos, os procedimentos usados no exercício da prática médica tradicional (feitiçaria como a designa) eram marcados por falsidade e incertezas e se fundavam em princípios e espíritos diabólicos. Os indivíduos que tinham o “feiticeiro” como a figura que pudesse resolver os problemas de saúde, falta de sorte, litígio etc. considerava-os ignorantes. A atividade médica tradicional é reduzida a um cenário de mentiras e ilusões e, portanto, um campo de encenações (Santos, 1892, p.232,233 – segundo volume). Tal como relata Santos (1891), ao fazer uma descrição sobre a vivência e os usos e costumes do império de Monomotapa:

...São agoureiros, lançam a sorte para adivinhar, e muitas vezes falla n’elles o diabo, mentindo-lhe ordinariamente, como é seu costume; mas nem isso é bastante para deixarem de se fiar d’elle, dando crédito a suas mentiras (Santos, 1891, p.225).

Não obstante a imagem negativa criada em torno da medicina tradicional, os relatos encontrados nestes estudos revelam que estes ditos “feiticeiros” eram igualmente consultados pelos portugueses. Frei João dos Santos, narra uma história, a qual afirmara

que lhe foi contada pelo próprio português vítima do referido roubo, aquando da sua estadia no arquipélago das Quirimbas; a vítima após ter sofrido um roubo, recorreu a uma consulta com um “feiticeiro” e este, por sua vez, teria recuperado os bens do roubo e encontrado o suposto ladrão (Santos, 1891). José de Magalhães de Menezes (1898), no seu texto intitulado: *História do Derre e dos Prazos Massingire e Marral*, retrata, igualmente, sobre um caso de um *n’ganga*, “médico cafre” como refere, em que o mesmo, digno de um grande respeito pelas suas habilidades de cura na sua comunidade, teria em 1896, sob testemunha do próprio Menezes, curado um russo de nome W. Laleiocky, a partir de vários procedimentos como incisões e aplicação de certas drogas de sua criação. Este mesmo russo havia sido “acometido por uma paralisia no braço direito até ao ponto de não poder de forma alguma mexer esse membro” (Menezes, 1898, p.136). Ademais, segundo Rita-Ferreira (1960), o fato dos médicos tradicionais serem solicitados por europeus, constituía para aqueles formas de mostrar e acentuar a credibilidade e reconhecimento das suas atividades, embora marcadas por profunda repressão (Rita-Ferreira, 1960, p.568). Estas narrativas têm no feiticeiro um indivíduo com habilidades de causar deliberadamente males e doenças, mas que ao mesmo tempo, o mesmo indivíduo, detém o poder de cura das mesmas enfermidades ou resolução de situações adversas (Santos, 1891).

Aires de Ornelas, então governador geral de Moçambique entre 1896 e 1898, em *Raças e Línguas Indígenas em Moçambique (1906)*, faz uma distinção entre o curandeiro e o feiticeiro. Este último, segundo Ornellas, é tido como aquele que detém a capacidade de “enfeitiçar” a outrem, ou seja, aquele que detém as habilidades de provocar males, e essas habilidades são gerenciadas através dos “espíritos malignos ou demônios”. E concebe o curandeiro como aquele que possui habilidades para combater os feiticeiros, não obstante, sustenta que alguns curandeiros sejam feiticeiros. Portanto, se o feiticeiro é concebido como aquele que intermedeia o mundo espiritual com objetivos de causar o mal, o curandeiro é aquele considerado especialista em adivinhar sobre a intencionalidade dos espíritos e com poderes capazes de evitar com que esses espíritos maus se manifestem sobre a vida social (Ornellas, 1906). Tal como descreve Ornellas em seu texto:

Em theoria os bantu admittem que certas pessoas adquirem dos espíritos malignos ou *demônios*, o poder de *enfeitiçar* os outros, causando-lhes doença, morte, ou mal de qualquer natureza. Contra estes feiticeiros combatem os *mezinheiros* ou *curandeiros*. D’estes uns são também feiticeiros, isto é, reconhecem dever o seu poder sobre o corpo humano aos espíritos ou a feitiços. Outros são simplesmente indivíduos com um especialismo conhecimento de drogas e simples, por meio das quais curam sem por isso desdenhar o uso da

charlataneria tão vulgar dos feiticeiros, dos ritos misteriosos, das substâncias mágicas que elles empregam. O conhecimento de drogas e simples medicinaes é real e verdadeiro em muitos indígenas. Nós apenas podemos dizer que ‘há muito que aprender com eles sob este ponto de vista’. Não são raros os casos de doença aparentemente incurável em que um indígena pede para ir fazer *mezinha* para o matto. E d’ahi a tempos volta à sua povoação perfeitamente curado. Hoje já na pharmacopeia ingleza se usam simples tomados dos indígenas (Ornellas, 1906, p.50).

Em sua descrição, Ornellas, também, considerava verdadeiro o conhecimento e o poder curativo entre os curandeiros. Razão pela qual chamava atenção à necessidade do colonizador procurar aprender a ciência médica tradicional dos ditos “indígenas”. Aliás, Ornellas, refere que já nesse período da história, a ciência médica desses povos era usada pela farmacopeia inglesa. Na mesma senda, Cabral (1910), define o “feiticeiro” (curandeiro) como:

... médico do corpo e da alma; conhecedor das propriedades therapeuticas das plantas da região e da ingenuidade dos indígenas. O feiticeiro é, por via de regra, um indígena superior em inteligência a todos os outros, e desta superioridade vive. Os seus conhecimentos médicos são, em geral, herdados, assim como a velhacaria. O grau de esperteza é que varia de individuo para individuo. A medicina, neles, anda sempre aliada ao empirismo. Todo o feiticeiro é um pouco prestidigitador (Cabral, 1910, p.117).

Portanto, existe um reconhecimento da validade epistêmica da medicina tradicional, sobretudo no que concerne ao conhecimento das plantas, mas de outro lado, considera o indígena curandeiro como um mágico, charlatanista, trapaceiro que possui o poder de ludibriar os outros. Para Cabral, tal como vimos em descrições acima, todos os procedimentos realizados pelo curandeiro no processo de cura não passam de formas de ludibriar a imaginação dos indígenas, ou seja, não passam de “pantomimices” (Cabral, 1910, p.118). Os adivinhos, a título de exemplo, foram considerados como sendo uma “classe especial de charlatães cuja particularidade é descobrirem os feiticeiros. [Entretanto] muitos são evidentemente impostores, [e outros] (...) maníacos convencidíssimos na sua habilidade em descobrir o que não existe.” (Ornellas, 1906, p.51)

A charlatanice compreende todo o processo de incorporação dos espíritos (posseção) (Cabral, 1910). Para Cabral, tal como em Ornellas, se de um lado se considera o “feiticeiro” (curandeiro) como aquele que se limita a “explorar o doente”, de outro lado, lamenta o fato de não se explorar a ciência dos feiticeiros e a não existência de estudos sobre a flora dos “indígenas”.

...a sarna é vulgar e cura-se untando-se com azeite de mafureira. Possuem um grande remédio, aplicado exteriormente, para o reumatismo muscular. Pena é

que a flora desta província esteja ainda por estudar, pois que neste campo muita coisa se aprendia. A parte a intrujice e empirismo, de que todo e qualquer feiticeiro dá provas, é certo que conhecem as propriedades therapeuticas de muitas plantas, que são desconhecidas dos europeus (Cabral, 1910, p.88, 89).

Numa descrição realizada sobre as insuficiências na Província de Inhambane, no que concerne a área médica, Cabral (1910) propunha a instalação de dois postos médicos, um no norte e o outro no sul do distrito e de dois médicos e dois enfermeiros. Incumbia a estas visitas periódicas às comunidades e, particularmente, o estudo e exploração da flora no interior da área de jurisdição em que seriam afetos (Cabral, 1910). A proposta do estudo da flora “indígena” resultava da ciência que este tinha do conhecimento que os “feiticeiros” possuíam sobre as plantas medicinais e seus usos.

Henri Alexandre Junod em *Usos e Costumes dos Bantu*, faz uma distinção entre Religião, Magia e Ciência, não obstante concorde que as três realidades se encontrem intrinsecamente interpenetrados. Junod entende religião como sendo

todos os ritos, práticas, concepções ou sentimentos que pressupõem a crença em espíritos pessoais ou semipessoais revestidos dos atributos da divindade e com os quais o homem tenta entrar em relação, com o fim de alcançar a sua assistência ou desviar a sua cólera, essencialmente por meio de oferendas e de preces (Junod, 1996, p.387).

A magia a compreende como

todos os ritos, práticas e concepções que têm por fim atuar sobre influências hostis, neutras ou favoráveis, exercidos quer por forças impessoais da Natureza, quer pelos seres humanos que deitam sortes, quer, ainda, por espíritos pessoais, antepassados-deuses ou espíritos hostis que se supõe tomarem posse das suas vítimas(...) (Junod, 1996, p.387)

Por último compreende a ciência como “todos os ritos, práticas e concepções inspirados pela verdadeira observação dos fatos. Incluo nesta categoria certos tratamentos médicos, certas ideias relativas à botânica, à zoologia etc.” (Junod, 1996, p.387).

A Magia é constituída, segundo Junod, por Arte Médica, Possessão, Feitiçaria e Adivinhação. E faz uma distinção entre o médico indígena (que considera *n'anga*), o curandeiro (que considera *mungoma*), e o Advinho (que considera *Wavula*). Considera Junod que a figura do médico indígena (*n'anga*) incorpora em suas práticas elementos científicos e elementos ligados a feitiçaria a partir de processos de invocação de antepassados. O curandeiro caracteriza-se pelo exorcismo e é mais aproximado à figura do padre. E por último, o adivinho onde a sua prática está intrinsecamente ligada a questões mágicas e invocação dos antepassados.

Ao abordar a arte médica, Junod faz uma distinção do sistema médico do povo bantu com o sistema médico ocidental. E questiona se a administração colonial deveria eliminar ou regradar estas práticas. Entretanto, para responder a esta pergunta, era determinante, segundo Junod, possuir um conhecimento profundo destas práticas de modo a obter um certo juízo de valor sobre elas. Tal como menciona:

Deveriam ou não os governos coloniais tomar medidas para pôr termo à atividade dos médicos indígenas ou, pelo menos, submetê-la a uma regra? É necessário ter conhecimento preciso das práticas deles para responder conclusivamente a este ponto (Junod, 1996, 388).

O interesse pelo estudo e compreensão da prática médica dos bantu, não só o foi por parte dos antropólogos, administradores, como também houve grande interesse por parte dos missionários. Isto porque, segundo Junod, os bantu convertidos, uma vez doentes abandonavam a missão em busca de tratamento dos médicos indígenas, abandonando, assim, o tratamento que vinham tendo nas missões. Por esta razão havia a necessidade de se compreender, por parte dos missionários, a arte médica indígena e procurar analisar a fiabilidade dessas práticas.

Portanto, o desconhecimento da essência dos usos e costumes por parte dos administradores coloniais levava com que estes condenassem os médicos tradicionais acusando-os de assassinos ou de antropófagos. Como destaca Junod (1996),

é absolutamente necessário que os administradores conheçam melhor a tribo que dirigem em nome dos governos civilizados. Podem cometer os erros mais perigosos por simples ignorância da verdadeira natureza dos ritos ou das superstições que se não compreendem. Ouvi falar de personalidades coloniais que ao receberem acusações de feitiçaria se persuadiam de que os pretensos feiticeiros eram verdadeiros assassinos e antropófagos e condenavam-nos como tais! Para governar selvagens, é preciso estudá-los a fundo e não só conhecer as ideias falsas contra as quais temos de lutar, mas também evitar ferir inutilmente os seus sentimentos (Junod, 1996, p.26).

O fim último, ao buscar analisar e compreender o mundo dos usos e costumes dos povos colonizados, seria o de obter conhecimentos com vista a ter resultados eficientes no processo de colonização e evangelização desses povos e não os legitimar, apesar de conferir-lhes alguma cientificidade. As práticas médicas dos bantu gravitavam, desta forma, entre duas dimensões, a dimensão científica e a dimensão da superstição. A dimensão científica é justificada pela ideia segundo a qual as ervas, geralmente utilizadas pelos médicos indígenas, detinham comprovadamente propriedades curativas. Entretanto, esta dimensão científica é geralmente acompanhada por uma dimensão supersticiosa, dominada, essencialmente, pela magia. Como se pode encontrar em Junod (1996):

Pode haver elementos verdadeiramente científicos nas práticas médicas dos tsongas. Fez-se a experiência de que certas ervas curavam certas doenças e a tradição transmitiu a receita delas de pai a filho. Porque não teriam as plantas do país propriedades curativas semelhantes às da casca de chinchona ou dos grãos de rícino? E por que não as teriam descoberto os Tsongas? Todavia, o *n'anga* indígena não é, certamente, um homem de ciência e os melhores deles, os demais renomes, são talvez os menos científicos(...). Mas a linha de demarcação entre a ciência e a superstição é depressa transposta e a arte médica penetra com a maior facilidade no domínio da magia, isto tanto mais quanto a diferença entre ciência e magia não é apercebida (Junod, 1996, p.392).

Não obstante reconheça a fiabilidade das práticas médicas tradicionais, Junod (1996), reconhece, a existência de charlatões entre os médicos tradicionais, que viviam enganando os seus consulentes, servindo-se, geralmente, de artimanhas com objetivos de os ludibriar.

Portanto, a abordagem missionária sobre os usos e costumes, foi marcada, de um lado, por considerar esse mundo selvagem, primitivo e, por isso, carecendo de educação e evangelização. Por outro lado, foi marcada em considerar aquelas práticas valiosas e dignas de serem respeitadas. Esta última visão foi muito defendida pelos missionários suíços em Moçambique.

A África foi vista pelos missionários suíços<sup>12</sup> como sendo um lugar de pureza, antes da interferência de valores e culturas europeias, estes considerados imorais e profundamente carregados de desgraças e vícios, portanto, um continente marcado “pelo desencanto e conflito de uma idade industrial” (Harries, 2007, p.56) e responsável pelas guerras coloniais. Os missionários suíços chegam à África, não somente como aqueles preocupados em transmitir o evangelho, mas ainda como críticos das consequências do imperialismo europeu sobre esses povos. Para os missionários havia, nas práticas culturais dos povos bantu, uma riqueza por explorar. Desconstruindo, conseqüentemente, a ideia de que as práticas socioculturais se fundavam em princípios primitivos e diabólicos (Harries, 2007).

Junod contrapunha a ideia de que as culturas moçambicanas, e africanas no geral, eram imutáveis. Para ele, estas culturas eram marcadas por modificações constantes e abertas à criatividade que lhes eram dadas pelos seus viventes. Por considerar estas culturas ricas, Junod e outros missionários registraram-nas em coletâneas de livros, enviavam artigos da cultura local, consideradas expressões com grande valor artístico, para o Museu etnográfico de Neuchâtel. Não obstante este reconhecimento da

---

<sup>12</sup> A Missão Suíça em Moçambique teve início em 1887, com o apoio da Igreja Reformada Suíça.

legitimidade das culturas locais, a dimensão instintiva e primitiva com que Junod olhava para os moçambicanos se mantinha. Tal que, como missionário, estava empenhado em libertar os moçambicanos do “pecado”, dos “costumes”, do “atraso” e da “superstição” e direcioná-los “à moralidade universal do cristianismo” (Harries, 2007, p.60-61). O paradoxo reside no fato de que se, de um lado, havia essa visão missionária de libertar o africano do primitivismo e do paganismo e fazê-lo conhecer o evangelho e a civilização, do outro lado, se manifestava a ideia “da missão como uma ‘obra de reparação’ pelos vícios trazidos para África pelos Europeus” (Harries, 2007, p.60-61).

Portanto, os missionários suíços se colocavam numa posição daqueles que mediavam entre as excessivas atrocidades administrativas coloniais e a missão de evangelizar e civilizar, afastando o indígena da superstição e do paganismo (Harries, 2007).

A missão Suíça trouxe uma particularidade, os nativos que se convertiam ao cristianismo transmitiam o evangelho às suas comunidades com particularidades locais. A maior parte desses tiveram o contato com a experiência cristã na África do Sul, onde moçambicanos e outros trabalhavam como mineiros. Estes, quando regressavam às suas casas, ensinavam o evangelho aos seus compatriotas. Os evangelistas locais outrossim se tornaram responsáveis por algumas estações missionárias. Além disso houve a necessidade de expandir a missão para outros lugares. Quando os “indígenas” regressavam às suas terras, aproveitavam para espalhar o evangelho cristão na sua comunidade. Neste processo, foram convertendo muitos para o cristianismo. Estes foram estabelecendo missões nesses locais, embora sempre com um olhar de desconfiança por parte da administração colonial. Houve, neste caso, comunidades cristãs em locais como Magude, Ricatla, Catembe etc. Portanto, o número de comunidades cristãs foi aumentando em Lourenço Marques e em outras várias povoações e, conseqüentemente, o número de conversões. Os evangelistas africanos convertidos tinham levado o evangelho para as suas comunidades e para outras regiões, sobretudo aquelas que eram inospitais aos missionários europeus. Cada vez que a missão se dirigia para o interior das comunidades, ela sofria, aquilo que Harries chamou de renovação religiosa. Ela incluía em seu meio, elementos locais (Harries, 2007).

Essa liberdade que as comunidades cristãs locais, pareciam tomar, rapidamente suscitou debates sobre os seus limites. A liberdade e renovação religiosa permitiu que os evangelistas africanos introduzissem crenças e rituais no seio das práticas cristãs. Isto



levou a um divisionismo e a um debate no seio da igreja se as congregações deviam continuar independentes ou deveriam ser submetidas ao controle do missionário Suíço. Não obstante o crescimento verificado das congregações localizadas no interior, Ricatla, Catembe, entre outras, o resultado dessa amálgama de crenças locais e práticas cristãs, a direção dessas congregações foi retirada aos evangelistas locais, por conta desse desvio que a igreja tomava, ao incorporar as crenças locais (Harries, 2007).

O cristianismo local havia incorporado práticas que incluíam visões e sonhos, muitas vezes, intermediadas a partir da adivinhação nos processos de conversão. Muito antes da conversão, teriam sonhado ou tido visões com figuras que denominavam Deus ou Jesus Cristo ou, ainda, haviam se convertido porque possuídos por um determinado espírito revelador. Havia neste sentido, por parte dos missionários suíços, receio de se perder ou compreender a verdadeira natureza do cristianismo (Harries, 2007).

As práticas locais tinham dominado a igreja. Estas práticas “tinham as marcas principais dos cultos locais de possessões de espíritos” (Harries, 2007, p.86). Harries, conta como os evangelistas locais, como Yosefa Mhalthala, haviam incorporado, no seio da igreja, as práticas locais, sobretudo as práticas dos tão vilipendiados médicos tradicionais e como isso foi motivo de desavenças e divisionismos no seio da igreja.

Yosefa afirmava que as revelações chamadas massinguita pelos membros da sua congregação eram o produto do Espírito Santo, mas Berthoud contrapunha que o diabo ou os antepassados podiam tê-los também facilmente inspirado. De muitos modos, Yosefa tinha meramente assumido o trabalho dos profissionais locais, chamados gobela, que eram treinados para entrar em diálogo com espíritos e, deste modo, expulsá-los ou controlar o seu poder. Isto explicava a frequência com que os espíritos falavam sobre o cristianismo aos indivíduos que possuíam pois, através desta acção, eles conseguiam controlar as intenções hostis dos espíritos. Os gobela podiam também ser chamados para interpretar sonhos através dos quais os espíritos falavam às pessoas que possuíam. De qualquer modo, porque estes sonhos eram normalmente meios através dos quais os antepassados comunicavam com os indivíduos, estes normalmente iam aos adivinhos profissionais para a sua interpretação (Harries, 2007, p.87).

Não obstante, esta incorporação, havia um receio de que “costumes pagãos tirados das práticas da possessão de espíritos e das adivinhações poderiam contaminar a igreja e minar a sua força e coesão.” (Harries, 2007, p.87). Por conta desse receio, começou-se um trabalho de “purificação”, no seio das congregações, combatendo-se práticas e crenças consideradas primitivas, pagãs e diabólicas e, portanto, “ímorais à civilização cristã” (Harries, 2007, p.87).

Antonio da Silva Rego, no seu texto intitulado *Alguns Problemas Sociológico-missionários da África Negra*, o qual faz um estudo sobre a missiologia africana a partir

de suas viagens por vários países africanos, nomeadamente, Nigéria, Camarões, África Equatorial Francesa, Angola, Congo, Uganda, Quênia, Tanzânia, África do Sul e Moçambique, ao analisar as dificuldades enfrentadas no processo da missionação, dentre vários aspectos, constata a Feitiçaria. Rego faz uma distinção entre a Feitiçaria e aquilo que chama de adivinho-curandeiro. O feiticeiro, segundo Rego, tem como fim fazer o mal, e a feitiçaria seria uma condição patológica, uma desgraça que fustigava a África. Enquanto o adivinho-curandeiro, no geral, pratica o bem, é um médico dentro da sua comunidade. Os adivinho-curandeiros são chamados para combater os feiticeiros e as doenças. Portanto, Rego constrói uma imagem do feiticeiro como aquele que vive quase sempre isolado, aquele que exerce as suas atividades durante a noite, portanto figura de um personagem que surge para desestabilizar, que muda o curso normal das coisas, provocando doenças e outros males. A imagem do adivinho-curandeiro, como aquele que convive dentro do seu meio social e que participa em várias atividades locais e que, geralmente, as consultas têm sido realizadas durante o dia. Apesar desta distinção que se faz destes dois personagens, e das qualidades reconhecidas no adivinho-curandeiro, o trabalho missionário deveria, escreve Rego, lutar contra “...todas estas manifestações de superstição, quer elas venham de adivinhos-curandeiros, quer de feiticeiros. [e]...não basta proibir semelhantes práticas. Convém substituí-las” (Rego, 1960, p.72).

Esta é a visão que foi sendo construída no seio da política e da educação missionária. Numa análise que António Rita-Ferreira faz da influência missionária protestante sobre os “indígenas”, em relação ao posicionamento daqueles no que se refere à prática médica tradicional, pode se constatar não só a política/ ideologia supressiva em relação àquelas práticas, como também a compreensão negativista e estereotipada construída e incorporada no seio deles (Rita-Ferreira, 1960). A prática médica tradicional, segundo os missionários protestantes, era movida por “espíritos demoníacos” / “espíritos do mal”, os quais os seus agentes (os praticantes da medicina tradicional), uma vez detentores desses espíritos, os destinatários tornavam-se seus escravos. Tal como argumenta Rita-Ferreira (1967/1968):

Os africanos cristãos mais evoluídos, influenciados pelos ensinamentos missionários e pelos exemplos bíblicos, consideram frequentemente os espíritos possessivos como agentes diabólicos, designados vulgarmente por ‘demônios’, que só podem ser expulsos por inquebrantável crença na força divina e por fidelidade e submissão ao verdadeiro Deus, representante do Bem e Superior às potências do Mal (Rita-Ferreira, 1967/1968, p.450, 451).

A medicina tradicional é concebida como superficial e supersticiosa, e ignorante no que se refere à “causalidade das doenças” (Rita-Ferreira, 1967/1968: p.425), e é associada à sobrevivência “da cultura tradicional no meio urbano...” (Rita-Ferreira, 1967/1968: p.425). Fato que, para a administração colonial, “o condicionalismo da vida urbana [tornava] praticamente impossível a manutenção do culto dos antepassados...” (Rita-Ferreira, 1967/1968, p.444). Isto pode ser considerado como uma das razões para que a medicina tradicional fosse severamente combatida e porque os médicos tradicionais se mostravam como “defensores acérrimos do modo de vida tradicional contra as ideias contadas com os europeus” (Rita-Ferreira, 1954, p.84).

António Rita-Ferreira, ele mesmo administrador de circunscrição no período colonial, em *Crenças e Práticas Mágicas em Homóine*, relata que com a ocupação portuguesa e o combate com que os administradores e missionários empreenderam contra a medicina tradicional contribuiu para que esse conjunto de saberes fosse desconsiderado e desqualificado (Rita-Ferreira, 1960, p.565). Não obstante esta constatação, reconhece em um outro estudo sobre *os Azimba*, as habilidades dos “médicos-mágicos” em práticas de cura:

...os ‘anhabaze’ (médicos-mágicos) Azimba conhecem medidas terapêuticas de real valor tais como purgativas, sangrias, inalações, etc. A sua farmacopeia possui plantas com virtudes medicinais inegáveis, mas não distinguem as drogas com valor medicinal das que apenas possuem valor mágico. Não ignoram também os fatores psicológicos: usam diversas técnicas de sugestão, chegam por vezes a dormir ao lado do doente, cercam-se dum cerimonial que inspira confiança (Rita-Ferreira, 1954, p.83).

Aliás, considera algumas práticas dos médicos tradicionais imbuídas de algum cunho científico:

Inúmeros tratamentos demonstram à saciedade como os ‘anhabeze’ Azimba acumulam conhecimentos de ordem científica, como o das ervas medicinais, com as práticas de pura magia (Rita-Ferreira, 1954, p.88).

Não obstante todo o esforço empreendido pelas pressões administrativas e missionárias, a prática da medicina tradicional continuou a recrudesce. Portanto elas iam na contramão não só em relação ao condicionalismo estabelecido no contexto social colonial, bem como no contexto missionário, influenciavam profundamente os já convertidos ao cristianismo, que em situações de doença e de várias outras adversidades, estes não hesitavam em consultar os médicos tradicionais.

Julio Justo Alfaro Cardoso, então secretário administrativo em Lourenço Marques, em sua *Monografia etnográfica sobre os Tsuas*, destaca dois tipos de

curandeiros, os “Tin’anga”, que os chama de doutores e os adivinhos. Reconhece certa habilidade de cura dos curandeiros, embora considere-os, “pseudo médicos”, isto porque, segundo ele, não obstante se observem muitas curas entre os curandeiros, nota-se, igualmente muitas mortes, pelo fato destes não conseguirem dosar os seus remédios. Os adivinhos são considerados como “uma das maiores pragas que infestam as populações nativas e que só com o tempo se conseguirá pôr-lhe fim, não obstante todas as medidas que se possam tomar.” (Cardoso, 1958, p. 188). Portanto, apesar de reconhecer a capacidade de cura dos curandeiros, considerava-os nocivos, charlatões e criminosos, e que se aproveitam, muitas vezes, daquilo que considera “crenças absurdas”. Por estas razões, defendia que as suas práticas deveriam ser extinguidas.

Os relatórios e estudos médicos do período colonial construíram uma imagem desqualificadora da prática médica tradicional, embora tenham reconhecido habilidades de cura desses agentes. Num relatório apresentado à direção dos serviços de saúde em 1909, Júlio Afonso da Silva Tavares, então médico da circunscrição de Magude, faz uma apreciação depreciativa sobre aquilo que intitularia de *A Arte Indígena de Curar*. O fundamento encontrado por Tavares, para justificar a classificação depreciativa que atribuiu à medicina tradicional, é ligado ao argumento antropológico de primitividade. Para Tavares, a população de Magude, e, portanto, de Moçambique no geral, encontrava-se “no atrasadíssimo grau de civilização” (Tavares, 1948, p.113), e consequentemente, não podiam possuir significativas técnicas ou conhecimentos de cura. Por isso, orientam suas vidas baseando-se em superstições. Aliás, esta interpretação pode ser encontrada em vários outros estudos, ta como na interpretação que Carlos Santos Reis, então médico da circunscrição de Zavala, constrói sobre os médicos tradicionais daquelas terras em seu estudo intitulado: *A Arte Indígena de Curar em Terras de Zavala* (Reis, 1952). Outros estudos como, *Os Macondes de Moçambique*, de Jorge Dias e Margort Dias (1964-1970), onde estes, para além de duvidarem da utilidade prática e do valor científico da medicina tradicional, defendem que esta baseia-se em princípios empíricos supersticiosos, típicos de uma sociedade atrasada e primitiva.

Apesar desta desqualificação e redução da medicina tradicional a superstições, há uma considerável aceitação de que as práticas médicas usadas pela medicina tradicional, são, grosso modo, semelhantes com as práticas médicas modernas ocidentais. Conforme referiu Tavares (1948):

por empirismo, foram adquirindo um certo número de conhecimentos dos meios a pôr em prática em certas doenças, ou antes, em certos sintomas; porém, a bagagem de que dispõem para conseguir o fim desejado não é grande.

Duas ou três dúzias de plantas e pouco mais, constituindo a sua matéria médica, e algumas práticas – na sua maioria, diga-se de passagem, semelhantes a práticas correntes da científica arte de curar – são meios de que dispõem os numerosos curandeiros que exercem o seu mister por terras de Magude (Tavares, 1948, p. 114).

Portanto, Tavares reconhece os médicos tradicionais (curandeiros/ngangas), como sendo possuidores de um leque de conhecimento sobre cura de várias enfermidades. Entre estes, alguns afirmam que possuem conhecimentos de cura de um reduzido número de doenças. E que considera-os exercendo a “clínica de especialidade”.

Em sua descrição, Tavares relata que os médicos tradicionais tinham recebido ordens de dirigirem-se a ele, enquanto médico, a fim de que aqueles mostrassem os seus conhecimentos de cura. E afirma que para além de médicos tradicionais, dirigiam-se a ele, indivíduos que possuíam conhecimento de cura de certas enfermidades (Tavares, 1948). Portanto, o dilema ou paradoxo entre a proibição, reconhecimento e expropriação, residia na relação que as estruturas coloniais tinham para com a medicina tradicional.

Tavares, relata, ainda, que apesar de existir médicos tradicionais que detêm conhecimento de cura, entre estes existem charlatões, os mesmos que se aproveitam da “ignorância” dos indivíduos a fim de lhes extorquir dinheiro. A análise de Tavares, em relação à medicina tradicional, percorre entre o reconhecimento da habilidade que os médicos tradicionais detêm e conseqüentemente a necessidade de atestar e apropriar-se desse conhecimento, de um lado, e um exercício de desqualificá-la, reduzindo-a a superstições e advindo dela conseqüentes resultados prejudiciais.

É opinião minha que na maior parte dos casos a sua intervenção de nada vale e exemplos vários conheço de que muitas vezes é prejudicial. Não contesto que uma ou outra das suas drogas possua certas propriedades terapêuticas e lamento até não dispor dos meios precisos para poder aqui ensaiar algumas delas; porém, na maioria dos casos, o que cura, a meu ver, é única e exclusivamente a força medicatriz da natureza que eles desconhecem ou fingem desconhecer, atribuindo às suas mézinhas o que só aquela de direito pertence (Tavares, 1948, p.116).

Neste estudo, Tavares faz uma descrição de um inventário de doenças e procedimentos para a cura (técnicas, folhas, raízes etc) usados pelos médicos tradicionais. Descreve as receitas de algumas curas de enfermidades que considera maravilhosas. Conclui o relatório propondo que algumas técnicas de cura, por serem significativas, deviam ser estudadas, mas a maioria dos médicos ocidentais consideram-nas sem nenhum valor.

Em documentos de instrução sobre como deveriam ser realizadas as propagandas entre os indígenas, elaborados pela Repartição Central dos Negócios Indígenas (RCNI), no que concerne à assistência médica, as normas propagandistas eram claras em sublinhar que o “indígena”, deveria “abandonar certas práticas nocivas de cura, induzindo-os a frequentar a consulta externa na Subdelegação de Saúde, onde todos serão tratados desveladamente pelo médico e seus auxiliares.” (Arquivo Histórico de Moçambique, 1940). Os relatórios de trabalhos apresentados por propagandistas nacionalistas, revelam como se encontrava subjacente a política de desqualificação e eliminação das práticas médicas tradicionais dentro da administração colonial.

Em um relatório apresentado ao chefe da repartição central dos negócios indígenas, sobre um trabalho propagandista realizado na circunscrição de Bilene e apresentado ao Chefe da Repartição dos Negócios Indígenas, por Joaquim Tito Swart, “indígena” e então “propagandista nacionalista entre os indígenas na circunscrição de Bilene”, referia sobre a assistência médica o seguinte: “sobre este capítulo não me poupei em procurar esclarecer ao indígena as vantagens de procurar o médico branco para tratar em todas as doenças e deixarem de perder tempo com os curandeiros que só acertam, as vezes, quando a doença não é grave” (Arquivo Histórico de Moçambique, 1940). Portanto, havia um trabalho de mobilização com o intuito de desacreditar as práticas médicas tradicionais. Mais adiante se afirmava:

e conseguiu-se o que ninguém até aqui tinha conseguido acabar: acabar com ‘tsumana’ tinta vermelha que as pretas usavam no cabelo e no corpo, dizendo que é para afugentar os ‘psicumbos’ espíritos maus, e acabou-se também com os ‘nhamussoros’ adivinhadores, que eram os causadores do atraso da mulher indígena na civilização (Arquivo Histórico de Moçambique, 1940).

Em um outro relatório pode se ler:

Há, porém, uma certa relutância por parte de alguns em aproximarem do médico e recorrem ao curandeiro o que lhes tem trazido dissabores e prejuízos. Esquecem-se que: o médico cura e nada recebe, e o curandeiro não cura e nunca deixa de receber. Deve ficar cientes de que o médico estudou durante 13 anos, conhece perfeitamente o corpo humano e o curandeiro é um charlatão, indígena mais esperto que os outros aproveitando-se da sua ingenuidade e falta de civilização. Sucede que, quando por sorte o doente se cura – porque a natureza assim o quis e não pelo saber do curandeiro – ele faz-se pagar bem, mas se morre, o que acontece muitas vezes, porque o curandeiro é ignorante - ele explica muito facilmente que foi porque Deus assim o quis, ou que o doente tinha um espírito mau no corpo.

Os curandeiros são uns criminosos.

Elucidar os indígenas quanto aos resultados obtidos, nas enfermarias regionais, higiene ali existente e que se lhes ensine, mostrando-lhes os resultados positivos em operações e partos fazendo o confronto do que aconteceria sem a intervenção do médico ou enfermeiro. Todos se devem aproximar do médico e enfermeiro

que os terá com carinho e que ali estão somente para seu bem (Arquivo Histórico de Moçambique, 1934-1952).

Estas descrições são, muitas vezes, acompanhadas de análises que, por sua vez, se nutrem de estereótipos e representações que se fundam no pensamento analítico ocidental, utilizado, muitas vezes, para demarcar e classificar esses substratos socioculturais. O retrato encontrado nesses estudos pode ser encontrado em várias outras esferas sociais e administrativas nesse período, e influenciou na forma como a medicina tradicional foi categorizada e proibida pela administração colonial em diferentes âmbitos.

Portanto, os médicos tradicionais constituíam para o sistema colonial uma força que entrava em colisão com os interesses coloniais. Desta forma, não haveria outra alternativa senão eliminar as práticas médicas tradicionais e punir todos aqueles que incentivavam a sua prática. Era necessário eliminar a figura de médico tradicional, uma vez que este exercia uma grande influência sobre as populações e isso significava um entrave à administração colonial para o seu projeto colonial. Por esse motivo, que mesmo conscientes da validade epistémica das práticas desses agentes, havia um movimento que visava eliminá-los, com vista a impor as formas de vida moderna ocidental.

#### **4.3 A repressão dos médicos tradicionais no período colonial**

Nesse esforço de trazer um retrato do que foi a repressão aos médicos tradicionais no período colonial, foi imprescindível recorrer ao Arquivo Histórico de Moçambique, com o propósito de explorar os vários documentos existentes no Fundo da Direção dos Serviços dos Negócios Indígenas (FDSNI) e no Fundo da Inspeção dos Serviços Administrativos e dos Negócios Indígenas (FINSANI), ambas coleções contendo documentos condenatórios à prática médica tradicional. Foi possível explorar um conjunto de documentos que vão do período entre 1916 e 1960. Os documentos encontrados foram redigidos por várias entidades coloniais: administradores das circunscrições, a direção dos serviços dos negócios indígenas, governadores, o corpo de polícia civil da colônia de Moçambique, os postos administrativos, a direção dos serviços de saúde da colônia, entre outras. Pode-se ler nos documentos razões para a prisão dos médicos tradicionais, acusações como: presos por “se dedicarem à profissão de feiticeiro e curandeiro”; “por exercer o mister de adivinho e curandeiro”; por exercer a “feitiçaria”, acusados por enganar pessoas, por “se dedicarem a curanderisse”, por se dedicarem a

“mister de macangueiro” [feiticeiro], por distribuir o rapé milagroso (*Murime/Murimi*), entre outras razões.

Os conceitos de feiticeiro, curandeiro e adivinho se confundem nos documentos consultados e foram utilizados como sinônimos pela autoridade colonial. A sinonimização destes conceitos deveu-se muitas vezes pelo fato do desconhecimento e preconceito que havia em relação às práticas médicas tradicionais. Este fato corrobora com a crítica de Junod às autoridades coloniais, segundo a qual era necessário conhecer a essência da cultura dos povos bantu, de modo que, só desta maneira é que se podia colonizar o “indígena” e consequentemente fazer-lhe abandonar as suas crenças (Junod, 1996, p.26).

A pesquisa em torno desses documentos, possibilitou compreender as representações construídas em torno da medicina tradicional, bem como, as formas de administração colonial a partir da política de repressão. Permitiu ainda compreender como o processo de repressão de algumas práticas socioculturais esteve ligado a uma política de imposição de formas de saber tipicamente da metrópole, como a língua, a cultura e a história.

O exercício das práticas medicinais tradicionais implicava punição que consistia em prisão e desterro para contratos de trabalho forçado. O desterro poderia acontecer dentro de Moçambique, assim como para o exterior. Os médicos tradicionais eram comumente desterrados para a ilha de São Tomé e Príncipe, assim como em circunscrições ou províncias dentro de Moçambique.

Estas prisões, segundo os documentos consultados, tinham uma natureza correcional. O período das penas não dispunha de uniformidade, elas variavam entre 180 dias e 10 anos. O critério para a determinação do período da prisão não era claro. Se, de um lado, parecia que não existia nenhum critério, do outro lado, compreendia-se que a determinação dos anos de prisão era feita com base no maior ou menor envolvimento do indivíduo em uma determinada acusação de curandeirismo, ou mesmo na importância que o indivíduo possuía dentro da circunscrição onde era detido. Casos, por exemplo, que envolviam régulos e indunas<sup>13</sup>, era sugerido, pelas autoridades, uma pena maior para que servissem de exemplo de forma a desencorajar a prática médica tradicional.

---

<sup>13</sup> Espécie de ministro que acompanha um soba ou um régulo.



Todos os locais dentro da colônia eram susceptíveis a desterro. Alguns condenados eram desterrados para longe, fixando residência fora da sua circunscrição, até ao fim da pena estabelecida; outros, quando encontrados em circunscrições onde não eram naturais, eram desterrados para as suas circunscrições de origem. Portanto, se não eram desterrados para o trabalho forçado, os médicos tradicionais eram desterrados para os seus lugares de origem sob condição da administração local de mantê-los sob vigilância permanente.

A pena de degredo ou expulsão penal foi estabelecida pelo regime colonial português, referindo-se ao cumprimento de pena a locais específicos. A expulsão penal significava, segundo o sistema punitivo português, “expulsão do criminoso do local onde o crime fora cometido e seu envio para outro local, que poderia ou não fazer parte do território metropolitano” (Toma, 2006, p. 62). A lógica por detrás da pena de desterro, consistia no afastamento, por vários motivos, e consequente aproveitamento para o trabalho forçado daqueles que eram considerados indesejáveis (Toma, 2006).

Para ilustrar, um “indígena” de nome Mabecane Timba, foi preso na área do Posto Administrativo do bairro da Munhuana, em Lourenço Marques, em 1944, por exercer a profissão de curandeiro e feiticeiro e foi mandado regressar à circunscrição do Chibuto, sul da província de Gaza (220 km de Munhuana), donde era natural, e com uma nota das autoridades de que se deveria manter uma “rigorosa vigilância sobre ele visto tratar-se de um feiticeiro” (Arquivo Histórico de Moçambique, 1944a).

Os médicos tradicionais eram comumente desterrados para regiões como Ilha de Moçambique, Niassa, Inhambane e para a Quinta Experimental do Umbeluzi<sup>14</sup> – estação agrônômica do Umbeluzi em Lourenço Marques. Em Moçambique, assim como em São Tomé e Príncipe, os médicos tradicionais eram submetidos ao contrato de trabalho de mão de obra forçada, em plantações, sobretudo de café e cacau e de outras culturas como algodão, arroz, rícino etc. inclusive trabalhavam em construções de estradas e pontes.

Os médicos tradicionais encontrados a exercer as suas atividades, para além de presos e desterrados, como cumprimento de pena, eram confiscados os seus materiais de trabalho e, inclusive, dinheiro advindo do exercício da atividade médica tradicional. Os documentos consultados retratam circunstâncias diversas em que fatos análogos se

---

<sup>14</sup> A Quinta Experimental do Umbeluzi foi uma estação agrícola, localizada na margem do rio Umbeluzi, na então Cidade de Lourenço Marques, atual Maputo; foi fundado em 1909, e inaugurado em 1911. Foi associado a experimentação e trabalhos e agrícolas.

sucederam. Para exemplificar, em 1957 foi detido pelo corpo de polícia da Província de Moçambique e, igualmente, instaurado um processo de averiguação de um indivíduo de nome Samuel Mabeia Macamo por praticar “o ofício de curandeiro”, e foi lhe apreendido todos os pertences que trazia, nomeadamente “remédios e um livro” (Arquivo Histórico de Moçambique, 1957). Um outro caso decorreu em 1944, no posto administrativo da Munhuana, onde foi encontrado um indivíduo de nome Joaquim Chirindjana e sua esposa Zondequia Muteto, presos por serem “adivinhos e curandeiros”. Juntos foram-lhes apreendidos seus objetos de trabalho como “ossos, ervas, e diversas mezinhas”. Joaquim Chirindjana tinha que se apresentar à administração da circunscrição da Manhica, seu lugar de origem, de modo a cumprir 180 dias de prisão correcional (Arquivo Histórico de Moçambique, 1944b). Um outro caso ocorreu em 1945, em que foi preso Chigangane Matsinhe, natural de Morrumbene, foi encontrado nos limites das terras do Zixaxa e Cahamanculo, a exercer “a profissão de curandeiro”, e foi lhe apreendido, na ocasião, o seu material de trabalho, nomeadamente:

um cesto de fabrico local, contendo cinco cabaças e um frasco de vidro contendo diferentes ingredientes (remédios cafreais), uma ‘Gícha’, instrumento próprio e usado pelos curandeiros para iniciarem as consultas, um rabo de cudo, raízes de diversas plantas, diversas conxas, um espanador e 2 penas brancas (Arquivo Histórico de Moçambique, 1946a).

Algumas das decisões para a prisão dos médicos tradicionais eram contraditórias. Esta contradição revelava a falta de clareza em relação aos critérios e entendimentos sobre em que condições se deveriam acusar e deter os médicos tradicionais. Em 1954, houve um caso em que a Repartição Central dos Negócios Indígenas e o corpo de polícia tiveram entendimento diferente sobre a determinação de prisão dos médicos tradicionais. O caso envolvia dois médicos tradicionais de nomes, Gomes Zitha e Quiéne Chongo, naturais de Guija. Estes foram presos pelo corpo de polícia da província de Moçambique, em Lourenço Marques, por exercerem a profissão de curandeiro. Eles possuíam uma autorização para estar na cidade por 60 dias. Foram presos com diversos objetos: “uma mala de lona, com fecho de zíper com capa em tecido de ganga a qual continha os seguintes artigos: sete cabaças, dois frascos, uma zagaia pequena, uma machadinha sem cabo, uma bola de sebo, um carrinho de linhas brancas, uma navalha e dois chifres de cabrito”, dentre outros pertences. Entretanto, um despacho da Repartição Central dos Negócios Indígenas, ordenou a não prisão destes com a justificativa de que somente com os fatos participados pela polícia não bastava para “se tomar qualquer procedimento contra eles”, para além de que eles possuíam suas cadernetas em ordem e a autorização do administrador do Guijá

para se deslocarem a Lourenço Marques a fim de tratar assuntos do interesse deles. O despacho dizia o seguinte:

Não é de manter a detenção dos dois indígenas Gomes Zitha e Quiene Chongo Antonio, visto que o que da participação da polícia consta não basta para se tomar qualquer procedimento contra eles. Tem as suas cadernetas em ordem, e por elas se vê que o Sr. Administrador do Guijá os autorizou a virem a Lourenço Marques tratar de assuntos de seu interesse. Curandeiros há muitos por toda a parte e só quando apanhados no exercício dessa função, são detidos e castigados. Nestes termos são os dois referidos indígenas postos em liberdade e ao Sr. Administrador do Guijá diga-se, em nota, quando eles regressarem à terra, que os mande vigiar para então se proceder contra eles se houver motivo para tal (Arquivo Histórico de Moçambique, 1954).

O fato de se encontrarem legais, não obstante, com objetos junto aprisionados que indicava tratar-se de médicos tradicionais, mesmo assim, para a Repartição Central dos Negócios Indígenas não havia provas suficientes para prendê-los. Há um entendimento de que as prisões de médicos tradicionais só deveriam acontecer em “flagrante delito”. Porém, os documentos consultados mostram o contrário, os médicos tradicionais eram presos independentemente de estarem ou não a exercer as suas atividades. Entretanto, um mês depois o administrador de Guijá, em nota, informou que eles ainda não tinham regressado a Guijá, constando, efetivamente, que eles eram mesmo curandeiros.

O que estas práticas tinham de condenatório? As práticas médicas tradicionais, segundo as autoridades coloniais, marchavam contra a moral e os princípios da metrópole. Essas práticas contrariavam as políticas civilizacionais estabelecidas pelo regime colonial que “a bem da nação” era necessário a sua extinção. Um caso que se deu em 1945 em Lourenço Marques, envolvendo um indivíduo de nome Chigangane Matsinhe, natural da regedoria de Mussanhane da circunscrição de Morrumbene, entretanto, residindo na circunscrição da Munhuana em Lourenço Marques, foi condenado ao desterro por 3 anos para a província de Niassa, por se dedicar a “profissão de curandeiro”. A justificação das autoridades foi de que não era “conveniente, nem de boa política, a sua permanência neste distrito” (Arquivo Histórico de Moçambique, 1946a). Um outro caso deu-se em 1946 envolvendo João Caculada, condenado e deportado por dois anos para o posto zootécnico de Inhamussua, distrito de Inhambane. A justificação das autoridades coloniais foi de que João Caculada era “nocivo a disciplina e tranquilidade da população indígena” (Arquivo Histórico de Moçambique, 1946b).

Para as autoridades colônias, os médicos tradicionais aproveitavam-se da crença que as populações tinham em relação à superstição, para ludibriar e subtrair dinheiro. Consideravam as autoridades coloniais que havia, nas práticas médicas tradicionais, algo

de enganoso. Aliás, era comum os médicos tradicionais serem chamados de charlatães. Em 1916 um grupo de indivíduos, dentre os quais médicos tradicionais, régulos e indunas da circunscrição de Bilene, foram presos e condenados a desterro por seis meses para a quinta de Umbeluzi. Segundo as autoridades, tratava-se de um caso em que os visados “explorando o espírito supersticioso dos indígenas extorquiram dinheiro a vários indígenas da circunscrição de Bilene com a cumplicidade d’algumas autoridades que nada os comunicaram ao seu administrador como era do seu dever” (Arquivo Histórico de Moçambique, 1916a).

A justificativa para prisão de dois indivíduos que teriam consultado um médico tradicional, ação pela qual resultou em acusações de feitiçaria, em 1922, na administração da circunscrição do distrito de Lourenço Marques-Sabié, mostra como, de fato, as autoridades coloniais estavam comprometidas em eliminar as práticas que se associavam ao “curandeirismo e feitiçaria”; dentre várias justificativas, a Secretaria da Administração do Sabié, invocava o seguinte:

Considerando que é missão dos administradores, procurar eliminar das terras as questões de feitiços, que são responsáveis por grande número de mortes e violências e não podendo como determina o artigo cento e dez do regulamento das circunscrições aceitar-se pequenas provas que assente em bruxados, que de resto estão contra toda a moral e justiça (Arquivo Histórico de Moçambique, 1922).

Sobre o mesmo caso, numa carta em que o administrador da circunscrição de Lourenço Marques – Sabié, enviara para o secretário dos Negócios Indígenas, referia que deveria haver uma punição severa aos dois indivíduos envolvidos de modo que servissem de exemplo e com objetivo de desencorajar as práticas médicas tradicionais. Na carta informava:

é minha opinião que se devem castigar rigorosamente afim de se fazer um exemplo que obrigue os indígenas das terras a porém de parte estas superstições que quase sempre trazem em consequência a morte dos desgraçados acusados como feiticeiros, o que sem dúvida sucederia no caso presente se não fosse a tempo atalhado (Arquivo Histórico de Moçambique, 1922).

No meio de tantas repressões, é possível identificar algumas formas de resistência em relação a criminalização e marginalização das atividades médicas tradicionais. Contrariando a percepção colonial, havia um esforço de elucidação, por parte dos médicos tradicionais, de que as atividades que exerciam não constituíam “feitiçaria” e sim atividades de cura. É por esta consciência que Wachecane (médico tradicional) teria redigido uma carta às autoridades solicitando permissão para exercer as suas atividades de modo a colaborar com as estruturas de saúde do sistema colonial. O caso ocorreu em

1947, em Lourenço Marques, em que Wachecane, redigiu um requerimento endereçado ao Diretor dos Serviços de Saúde da Colônia de Moçambique (DSSCM), o qual apresentava-se como “exercendo com longa prática a profissão de curandeiro indígena, sem feitiçaria, e encontrando-se, por isso, apto a tratar enfermidades ligeiras e a administrar primeiros socorros”, e solicitava autorização para exercer a sua profissão em locais onde não havia cobertura sanitária. Portanto, este caso mostra a tensão entre a medicina tradicional e a moderna e mostra, ainda, a repressão que esta última exercia à medicina tradicional (Arquivo Histórico de Moçambique, 1947).

Há casos em que os médicos tradicionais eram confrontados e acusados de praticar feitiçaria, porém, estes, muitas vezes, afastavam-se de tais acusações, e afirmavam-se “doutores”, e que as atividades exercidas por eles tinham como único propósito a cura de doenças de indivíduos que lhes procuravam ou consultavam. Estes, quando confrontados faziam a separação entre feitiçaria e curandeirismo, e autoconsideravam-se apenas curandeiros. Um caso que aconteceu em 1954, de indivíduos acusados de praticar feitiçaria e curandeirismo, nomeadamente Maquigui ou Daniel Matuasse, Inguane Mutlave ou Uandula e Mapalatele Machavene ou Chengane, pertencentes à circunscrição do Alto Limpopo, quando ouvidos declararam que eram “doutores” e que “lançam ossos” com objetivos de curar os seus doentes, prescrevendo remédios feitos à base de raízes, frutos, sementes e folhas de plantas e que não praticavam feitiçaria. As testemunhas ouvidas nesse processo afirmaram que os acusados não eram feiticeiros e sim “doutores” ou curandeiros, e que nunca constou que os remédios prescritos por estes tivessem feito mal a alguém (Arquivo Histórico de Moçambique, 1954b).

Uma prática, associada à medicina tradicional e que levou muitos médicos tradicionais, inclusive os usufruidores, à condenação e desterro, por posse, foi o uso e distribuição de *murrime/murimi*, designado também por rapé milagroso, fóle ou fóle milagroso. Este movimento surgiu, segundo Honwana (2002), entre 1916 e 1920. Porém, outros dados sugerem ter surgido entre os anos de 1914 e 1917 (Junod, 1996, 459). Murimi conforme refere Honwana (2002):

era o nome de uma ‘porção mágica’ distribuída entre a população para ser bebida em rituais especiais. Ao murimi eram reconhecidos poderes especiais como os de proteção de indivíduos e grupos contra o feitiço e outros males e azares da vida e a capacidade de trazer paz e harmonia às comunidades. Segundo os relatórios das administrações coloniais da época, muitos indivíduos foram presos e deportados por posse, distribuição e uso de murimi. (Honwana, 2002, p.123, 124).

Entretanto, o *Murimi* foi um movimento que surge, no contexto dos tsonga, com vista a lutar contra actos de feitiçaria. Junod (1996) narra que o *Murimi* surge num contexto de fome e como solução os Tsongas foram consultar um oráculo, tendo lhes sido dado, com vista a ultrapassarem o problema uma bolsa de tabaco (*murimi*), e tendo lhes sido recomendado que ao chegarem à casa deveriam cheirá-lo e assoalhá-lo em seus campos de produção, assim feito obteriam extraordinárias colheitas (Junod, 1996, p.519). Segundo Junod (1996), o

...tabaco, dito *Murimi*, teve destino maravilhoso: achou, duma a outra ponta da tribo tsonga, compradores. Durante quatro ou cinco anos, todos os clãs Tsongas observaram o rito de *Murimi*, convencidos de que começava uma era nova, da qual seriam banidas a fome e a feitiçaria, esse grande inimigo da humanidade que é a causa das doenças, dos roubos, dos crimes (Junod, 1996, p.519).

O rito de *murimi* foi compreendido como sendo um ritual de *tabaco mágico*, um ritual de *fecundação*, um método que ia contra a feitiçaria e aos deitadores de sorte (feiticeiros). A posse, uso e distribuição do rapé milagroso, sendo associados a “atos de feitiçaria”, deveria, segundo as autoridades coloniais, ser motivo de punição a contrato de trabalhos forçados e desterro. Em 1916, dois indivíduos, Duma da circunscrição do Guijá e Macuia da circunscrição do Chibuto, foram presos por “exploração do rapé milagroso”, fato que lhes valeu 5 anos de desterro para ilha de Moçambique (Arquivo Histórico de Moçambique, 1916b). Ainda em 1916, foram presos e desterradas autoridades tradicionais e indígenas por se dedicarem à distribuição do rapé milagroso. Foram presos régulos (nomeadamente, Dhulukulana, Siziba, Shehakelane e Wapapo), Indunas (Nsolanyana) e indígenas (Ndhleia, Mahusanyana, Mendau, Mbuto, Nobana, Wantshakene, Matambene e Bokene), uns com penas maiores e outros menores, em função do seu nível de envolvimento. Aos primeiros, régulos e indunas foram dados penas e castigos maiores, sendo essas autoridades que, pelas suas responsabilidades de guardiãs dos princípios da metrópole, se apresentavam a violá-los e a desviar os objetivos e valores da administração colonial (Arquivo Histórico de Moçambique, 1916a).

Em 1917, houve um caso de prática de distribuição do rapé milagroso, envolvendo Chaly Oloza. A acusação feita a Chaly Oloza era de que “andava explorando a credence e ignorância dos indígenas, com o fóle milagroso.” Práticas que, segundo as autoridades, eram perigosas e inconvenientes para os princípios do regime colonial de então, e por consequência lhe valeria desterro para fora do seu distrito (Arquivo Histórico de Moçambique, 1917).

Uma das razões para o banimento da prática de Murimi, segundo Junod, foi pelo fato de que havia um grande receio por parte das autoridades, que este movimento tivesse contornos políticos. Entretanto, para Junod o movimento Murimi não passava de “uma criação da mentalidade primitiva bantu” (Junod, 1996, p.523).

Não obstante prisões e punições, as práticas envolvendo a medicina tradicional continuaram. A população continuou praticando os seus usos e costumes. Por esta razão, a administração pautava por castigos mais severos de modo que estas práticas fossem abandonadas. Os régulos encontrados a praticar atividades envolvendo práticas médicas tradicionais, eram rigorosamente punidos, como forma de servirem de exemplo para a sociedade. Não obstante a punição severa dos indivíduos que se envolvessem em tais práticas, as populações locais não abandonaram os seus usos e costumes.

Honwana (2002) refere-se a um caso em que, a partir de uma carta escrita para o secretário dos Negócios Indígenas, em 1916, o administrador de Bilene, solicitava autorização para aplicação de corretivos mais rígidos aos indivíduos encontrados na posse do murimi, de modo que estes abandonassem esta prática. Estas práticas eram comuns aos membros da autoridade local, legitimados pelos portugueses, este fato frustrava a administração pelo fato de que os que deviam zelar para que estas práticas não continuassem eram os mesmos que estavam envolvidos na posse, distribuição e uso do *murimi*. Daí a exigência de medidas mais rígidas para que se colocasse fim a estas práticas (Honwana, 2002, p.124).

Uma outra prática, que foi muito combatida pelas autoridades coloniais, foi a do ordálio. Esta foi uma prática muito usada para a resolução de litígios. Havendo litígio entre a população, muitas vezes era solicitado um médico tradicional, para resolvê-lo, este por sua vez preparava alguma porção/bebida que deveria ser consumida pelo acusado por forma a provar a sua culpabilidade ou inocência. O ordálio poderia ser de diversos tipos, por envenenamento, fogo etc. Meneses (2019) afirma que, não obstante nunca ter sido aprovada a proposta de código penal elaborada por Gonçalves Cota, com prescrições penais previstas para casos de ordálio, o regime colonial português, sobretudo, a partir dos anos 40, começou a proibir “casos de envenenamento por ordálios”.

O estado colonial condenou, no entanto, todas as práticas envolvendo curandeiros, mesmo não existindo um instrumento legal que se debruçasse sobre esses assuntos. Havia, pois, o que Meneses chamou de um pluralismo jurídico, em que a resolução de litígios de

cunho indígena era feita a partir dos usos e costumes locais codificados, de um lado, e a partir das disposições normativas da metrópole, de outro lado. Mas em relação a questões ligadas à medicina tradicional, as autoridades coloniais reprimiam severamente os indivíduos encontrados a praticar esta atividade ou mesmo denunciados.

Os régulos que se encontravam na linha do poder colonial, e que por isso deveriam seguir rigorosamente as leis e regras estabelecidas pelo sistema colonial, quebravam, muitas vezes, as tais regras permitindo a realização de cerimônias ligadas às suas práticas socioculturais. Muitas vezes permitiam a realização de rituais que honrassem os seus ancestrais, a prática de rituais de cura, a possessão pelos espíritos, a adivinhação etc. As práticas ou rituais, que envolvessem as práticas médicas tradicionais, eram comuns entre a população local, muitas vezes solicitadas pelos régulos. No período da dominação colonial, eram frequentes práticas envolvendo rituais, onde os régulos solicitavam a seus antepassados proteção e orientação no processo de governação.

Eram comuns rituais como o *mhamba*, dirigido para venerar os antepassados, os rituais de chuva (*mbelele*), com o objetivo de pedir chuva para a fertilidade da terra e bons resultados agrícolas, o *vukanyi* ritual realizado “para evitar maus comportamentos e conflitos”. Como refere Honwana (2002), a autorização dos régulos tradicionais, era “uma forma de estabelecer a ligação entre os chefes e a população pois eles tinham que presidir a rituais como os *mhambas* (para venerar os antepassados) e os *mbelele* (rituais de chuva) e tinham ainda que assegurar o seu poder obtendo legitimidade através dos espíritos dos antepassados” (Honwana, 2002, p.127).

#### **4.3.1 Desterro dos “indesejáveis” (médicos tradicionais) para São Tomé e Príncipe**

Conforme discutido anteriormente, a prisão dos médicos tradicionais, como forma de repressão das suas atividades, resultou no envio destes sujeitos para vários lugares dentro de Moçambique, assim como para fora, nomeadamente, para a ilha de São Tomé e Príncipe, onde eram concedidos contratos de trabalho forçado. O desterro e o contrato faziam parte do *modus operandi* do governo colonial não apenas para os médicos tradicionais, mas para um conjunto de indivíduos, os quais os médicos tradicionais estavam inclusos, considerados “indesejáveis”.

A criação de indesejados foi resultado, em grande parte, das necessidades que as autoridades coloniais tinham de preencher a carência de mão-de-obra em São Tomé e



Príncipe. O indesejável podia ser qualquer indígena, que suas ações constituíssem crime, ou desobediência, ou ainda manifestação contra o sistema colonial. Nesta lista incluíam-se, notadamente, os considerados:

Vadios e os relapsos ao trabalho e ao pagamento de imposto, os que mudavam de circunscrição sem permissão, os indocumentados, os ladrões, os fabricantes de bebidas alcoólicas, os consumidores de suruma (canabis) e os ébrios. (...), os seguidores de seitas religiosas(...), indivíduos com(...)consciência social e política...para além dos que tão somente reagiam aos constrangimentos do quotidiano ou a procedimentos das autoridades que os desqualificavam socialmente (Nascimento, 2002, p.81).

Assim, com o afastamento destes indivíduos, a sociedade experimentaria o que se chamaria de “saneamento moral” (Nascimento, 2002, p.65). Este cenário de desterro de indesejáveis foi-se mantendo por anos, com o fundamento de que era necessário preservar os princípios morais no interior das colônias e a lista dos considerados indesejáveis foi com o tempo tornando-se cada vez mais extensiva. A abrangência do termo “indesejáveis” se constituía em função da demanda e necessidade das autoridades.

Estes “delitos” eram susceptíveis a serem julgados. Como refere Zamparoni (2004), em 1913 foi concedido ao comissário da polícia em Lourenço Marques, a partir da Portaria 1074, o direito de julgar casos ligados a “vadiagem, embriaguez, ultraje ao pudor e à moral, pequenos furtos”. Estes casos, comumente, eram punidos a trabalhos correcionais e os classificados como perigosos eram desterrados (Zamparoni, 2004). Os indesejáveis “deviam ser submetidos ao ‘dever moral de trabalho’ de acordo com o Código de 1899, o que veio a se tornar ‘dever moral do trabalho’ no Código de 1914” (CAHEN, 2015, p.144). Entretanto, “este sistema de penalização, embora se justificasse em nome da ordem e dos bons costumes, acabava por ser um efetivo mecanismo de recrutamento militar e de força de trabalho, não raro, gratuita.” (Zamparoni, 2004 p.304).

Nascimento (2002) aponta um caso que se deu em 1953, em que um indígena teria sido condenado a cumprir pena por ser acusado de ter acariciado a face da esposa do patrão. Outro caso deu-se com dois indivíduos acusados de terem insultado e agredido as autoridades, eles foram presos com a justificativa de que ambos eram “inconvenientes à ordem e segurança pública” (Nascimento, 2002, p.78, 79). Qualquer razão que se revelasse inapropriada aos olhos das autoridades era susceptível de se transformar em motivo para prisão e desterro. Os indesejáveis eram considerados infratores da política indígena, e por isso, muitas vezes, condenados a penas correcionais. Como refere Nascimento,

Facilmente as autoridades deslizavam para o fabrico de indesejáveis a exportar para o arquipélago. Mesmo quando não subjazia esse desiderato, a prevalência do racismo e do arbítrio empurravam para a sentença sumária, desenhada logo na formulação da acusação por autoridades administrativas permeáveis às influências locais e céleres na proposta de desterro. A menor prontidão no acatamento de uma ordem de um branco, patrão ou tão só superior hierárquico, uma resposta menos respeitosa e, por maioria de razão, uma agressão colocavam imediatamente qualquer indígena na contingência de ser desterrado por ser pernicioso a ‘política indígena do concelho’, uma expressão que remetia para o necessário acatamento da ordem colonial e onde transparecia a vastidão do poder dos administradores (Nascimento, 2002, p.80).

Deste modo, a intervenção dos administradores no recrutamento de indivíduos para mão de obra, converteu a obrigatoriedade de trabalho, que tinha se estabelecido para os indígenas, com a ideia de que era necessário incutir-lhes hábitos de trabalho através do castigo. O recrutamento de mão de obra para São Tomé e Príncipe era muitas vezes motivado pelo desconforto das autoridades em relação a abusos. Segundo Nascimento (2002), a partir dos anos de 1950 houve incremento, por parte das autoridades coloniais, no fabrico de indesejáveis. A ida para as ilhas de São Tomé e Príncipe era considerada pelas autoridades coloniais como castigo. A maior parte dos indivíduos, que aos olhos das autoridades constituíam perigo a um clima de paz social, eram considerados indesejáveis à cidade e consequentemente desterrados para as ilhas de São Tomé e Príncipe (Nascimento, 2002, p.36). Foi com este argumento que, segundo Honwana, as autoridades coloniais:

...deportavam os indivíduos e mandavam-nos para a cadeia, separando-os das famílias e das suas comunidades, apenas por praticarem a adivinhação, a cura e o contato com os espíritos através de médiuns. Reprimiam as pessoas por realizarem rituais para venerar os seus espíritos ancestrais, curar os doentes, exorcizar o mal e pedir chuva e fertilidade para terra (Honwana, 2002, p.125).

A maior parte dos indivíduos alistados para o contrato de trabalho para São Tomé e Príncipe eram levados coerciva e arbitrariamente. Havendo conluio entre as autoridades e os responsáveis pelo recrutamento. A partir de 1947 até por volta do início de 1956, observou-se um processo de invenção e desterro de indesejáveis para São Tomé e Príncipe. O recrutamento e desterro de indesejáveis foi resposta às solicitações enviadas de Lisboa e de Lourenço Marques. Este fato levou com que administrações das circunscrições e dos concelhos passassem a desterrar os chamados indesejáveis para Lourenço Marques, de modo que dali seguissem para as Ilhas de São Tomé e Príncipe (Nascimento, 2002, 2004).

A ida às Ilhas de São Tomé e Príncipe era por voluntariado, de um lado, e por contrato de indesejados, de outro; não obstante a maioria dos contratos tenham sido

realizados por via da repressão, permitindo que as causas para o contrato fossem das mais diversas, “desde a menos frequente decisão individual até ao engajamento por via da frequente pressão das autoridades administrativas ou de outras demandas sociais” (Nascimento, 2002, p.37). No caso dos médicos tradicionais, as autoridades coloniais estavam empenhadas não apenas em eliminar as práticas médicas tradicionais, como também, sobretudo, em eliminar aqueles que consideravam indesejáveis e vadios. Aliado à obrigatoriedade de trabalho, o que os médicos tradicionais exerciam não era considerado trabalho, e pior ainda, ia na contramão dos princípios morais da metrópole. E, portanto, estes mais do que criminosos por praticarem a medicina tradicional, eram ainda, considerados vadios e, conseqüentemente, indesejáveis.

As atividades dos médicos tradicionais, não sendo reconhecidas como trabalho e agravado pelas representações atribuídas a estas atividades por missionários, administradores coloniais etc., passaram a ser consideradas crimes. Em 1949, houve um caso de um médico tradicional de nome Chaia Bande, de 40 anos de idade, natural da regedoria de Chicumba, posto administrativo do Ancuaze, circunscrição de Mutarara, acusado de práticas de curandeiro e feiticeiro, O indígena foi desterrado como “indesejável” para São Tomé e Príncipe. Em carta ao Chefe da repartição Central dos Negócios Indígenas de Lourenço Marques, o Governador interino da província de Manica e Sofala, comunicava:

O indígena em questão foi, por meu despacho de 4 do corrente, mandado incorporar no novo contingente de indesejáveis a seguir para S. Tomé, sendo a importância acima referida, segundo ele próprio declarou, produto dos serviços que prestava aos indígenas por quem era consultado, na sua qualidade de curandeiro – feiticeiro (Arquivo Histórico de Moçambique, 1949).

Em 30 de Março de 1953, por exemplo,

Informou-se, pelo menos, a Zambézia, Manica e Sofala e a administração do concelho de LM da oportunidade da contratação de indígenas de má nota, a saber, vadios, ébrios, relapsos ao pagamento do imposto, indisciplinados, mulheres de vida fácil e condenados que não dessem mostras de regeneração (Nascimento, 2002, p.74).

No processo de recrutamento, como mencionado anteriormente, havia desmandos perpetrados pelas autoridades administrativas, desde sipaios, régulos e auxiliares. Muitas vezes os indígenas eram presos injustamente pelas autoridades gentílicas e considerados vadios e indesejados. Por razões de abusos e injustiças, por parte das autoridades, no processo de recrutamento, houve circunstâncias em que foram enviados de volta para os

seus locais de origem homens e mulheres de que foram recrutados e deportados arbitrariamente (Nascimento, 2002).

Entretanto, dos moçambicanos desterrados para São Tomé e Príncipe, poucos retornaram ou foram repatriados (Nascimento, 2002, 2011). Zamparoni (2004) refere que, a partir de 1908, dos 32.781 moçambicanos enviados para as ilhas de São Tomé e Príncipe, foram repatriados apenas 22% (Zamparoni, 2004). Dado a impossibilidade que as autoridades tinham de efetuar novos recrutamentos, devido à pressão internacional, passou a reter, sem repatriar após o fim do contrato, os moçambicanos em São Tomé e Príncipe (Nascimento, 2004). Portanto, outros serviçais e contratados acabariam por permanecer nas plantações e por um tempo superior ao seu contrato, ou “quase nunca, eram repatriados a suas terras de origem.” (Cahen, 2015, p.131). E se isso acontecia, regressavam “já velhos e estropiados e as paupérrimas economias reduziam-se a centenas de escudos, em geral gastas antes da chegada às suas terras” (Nascimento, 2002, p.37).

Os casos de indivíduos ligados à feitiçaria e ou curandeirismo (porque as autoridades não faziam distinção destes dois termos ou realidades), eram considerados como indesejáveis da pátria, e consequentemente muitos desterrados para São Tomé e Príncipe. Em 1950, um indivíduo de nome Dormane, foi denunciado e acusado pelo sogro, que ele ganhava a vida pela prática de feitiçaria. Este fato, valeu a este indivíduo uma pena de 6 anos em São Tomé e Príncipe. Foram outrossim condenados indivíduos ligados à feitiçaria alegadamente porque se transformavam em animais. Houve repressão de rituais de “homem leão” ou “homem leopardo”. Houve um caso que se deu em 1950, na circunscrição do Gurúe, em que um indivíduo de nome Nivenle, foi acusado de ser “homem leão”, usando esta habilidade para aterrorizar a população local. Entretanto, ao ser confrontado pelas autoridades Nivenle,

confessaria ter aprendido no Niassalandia a arte de ‘ser leão’ que usava para afugentar os porcos das machambas, mas negaria ter contribuído para a morte de alguém. As testemunhas diziam constar que o arguido tinha um leopardo que já provocara a morte de uma menor, embora não garantissem ter sido causada por um leopardo de fato ou leopardo de feitiço. Para as autoridades, tratava-se de mais um episódio de ‘homem leopardo’, seita que infestava certas regiões de África e que importava combater sem tréguas. Neste caso, dado o efeito nas populações e, embora não fosse dito, dada a afronta ao poder dos europeus, desterrar-se-ia o arguido para São Tomé e Príncipe por oito anos (Nascimento, 2002, p.87).

Portanto, estes indivíduos, também, eram considerados relapsos ao trabalho e perturbadores da ordem e, por isso, deportados para São Tomé e Príncipe. Nascimento (2002) relata para além do caso acima, vários outros envolvendo condenação por feitiçaria

e curandeirismo. Um outro caso deu-se em 1952, de um indivíduo de nome Alexandre das Neves, natural de Gurué. Este indivíduo foi condenado e desterrado por oito anos para São Tomé e Príncipe, porque a população teria o denunciado como “homem leão” e causador de várias mortes através de “remédios e feitiçarias”. Um outro caso semelhante, teria ocorrido em Gurué, em 1953, envolvendo dois indivíduos de nome Ualacanha Munhecua e Mepaquela Mepariua, este último regedor. Estes indivíduos teriam sido acusados de ser homens leão e acusados de assassinato. Portanto, estas práticas eram de difícil repressão, uma vez que muitas vezes era difícil obter provas do envolvimento dos indivíduos com tais práticas. No entanto, são práticas que para as autoridades coloniais era urgente combatê-las. Como afirmou Nascimento (2002),

para as autoridades,urgia pôr termo às acções desses trapaceiros exploradores da ingenuidade dos indígenas. Na verdade, tão pouco se averiguaram quaisquer crimes, mas, independentemente disso, o administrador de Gurué sugeriria a ida dos dois indígenas para S. Tomé por três anos, prazo dilatado para nove anos por despacho do governador geral (Nascimento, 2002, p.88).

Um outro caso deu-se em 1954, envolvendo condenações por atividades de feitiçaria e curandeirismo. Neste ano, o governo do Niassa enviou sete curandeiros e demais autores de atos de “feitiçaria” para serem contratados por cerca de nove anos em São Tomé e Príncipe, dos quais alguns, por conta de inaptidão física, não chegaram a embarcar. As motivações para a repressão dos médicos tradicionais, como refere Nascimento (2002), eram muitas vezes imbuídas de estereótipos e injustiça:

a animosidade para com feiticeiros e curandeiros, uma qualificação eivada de preconceitos e arbitrariedade, brotava da circunstância deles comporem hierarquizações irredutíveis ao poder colonial. Associados à burla, os curandeiros eram hostilizados até por a eles recorrerem mistos e europeus, abrindo um espaço de interação e de inversão das hierarquias social e racial (Nascimento, 2002, p.89).

Qualquer proposta ou recomendação por parte das autoridades locais era suficiente para condenação e desterro dos curandeiros. Muitas vezes os médicos tradicionais representavam ameaça ao poder local instituído. E como solução eram acusados de qualquer infortúnio de modo a serem desterrados para longe da sua localidade. Tal como mostra Nascimento:

Independentemente do apuramento de responsabilidades, o que de imediato se deduzia era a conveniência em afastar os indígenas que de algum modo representavam um desafio ao poder. Noutras vertentes, as autoridades eram mais interventoras e combatiam costumes que brigavam com interesses europeus. Tais costumes, mesmo se ilibados em tribunal, podiam ser objeto de sanção administrativa, como sucedeu a um fabricante de *muave* que o usava em ordálios para validar, ou não, acusações de feitiçaria (Nascimento, 2002, p.89).

Portanto, qualquer realidade sociocultural que representasse uma afronta ao poder colonial era reprimida, como no caso dos médicos tradicionais. Qualquer ação que aos olhos do poder colonial era considerado delito, transgressão ou ofensa aos princípios e ordem colonial eram severamente punidos. E o processo de envio dos indesejáveis só viria a terminar, segundo Nascimento (2002), em 1956.

Portanto, o estabelecimento do sistema colonial em Moçambique resultou em representações pejorativas da cultura local, de um lado, e na negação e repressão de algumas práticas socioculturais, de outro lado. A medicina tradicional foi uma destas práticas que, para além de sofrer desprestígio e marginalização, foi severamente reprimida no contexto social da época.

As descrições apresentadas ao longo do texto evidenciam as percepções que o sistema colonial imbuía em torno das práticas médicas tradicionais. Bem como estas percepções contribuíram para que se tomassem as práticas médicas tradicionais condenáveis. Portanto, as representações negativas construídas sobre estas práticas, contribuíram sobremaneira para condená-las/reprimi-las. Muitos foram os médicos tradicionais que, por exercer as suas atividades como a adivinhação, a cura, a possessão pelos espíritos, acabaram sendo condenados e desterrados para trabalhos forçados na ilha de Moçambique ou para as ilhas de São Tomé e Príncipe.

Esta abordagem nos possibilitará compreender as políticas estabelecidas no período pós-independência em relação à medicina tradicional e analisar, a partir do retrato traçado do período colonial, se houve continuidade e ou rupturas da política colonial no caso específico sobre a medicina tradicional. Não obstante, o regime pós-independência tenha sido claro em sua política sobre a necessidade de ruptura não apenas com o sistema colonial, mas igualmente com algumas questões culturais consideradas supersticiosas.

## 5 O PERÍODO APÓS A INDEPENDÊNCIA EM MOÇAMBIQUE: o estabelecimento do Estado-nação e os discursos e políticas sobre a medicina tradicional

E os primeiros anos de independência foram fulcrais na definição da pauta da nossa sinfonia cultural. Esmagamos as notas da diversidade, silenciámos as vozes que vinham das furnas do tempo e, movidos por pretensões ideológicas de difícil sustentação, tentamos erigir um corpo, permitam-me o empréstimo, sem ADN, incaracterístico, insosso, descolorido, de voz monótona, desenraizada, totalmente à deriva. Perdemos, na euforia da libertação, a oportunidade de libertar a memória e de traçar, com inteira liberdade, o nosso destino cultural.

Ungulani Ba Ka Khosa, *Memórias perdidas, identidades sem cidadania*, 2015

Neste capítulo, pretende-se, de um lado, fazer uma discussão sobre a construção do Estado-Nação, após a independência nacional, procurando analisar o estabelecimento do projeto político e ideológico, marxista-leninista, da Frelimo (Frente de Libertação de Moçambique), sobretudo no que se refere aos dilemas na governança das questões culturais e identitárias intrínsecas ao contexto moçambicano. E, de outro lado, analisar historicamente os discursos e políticas sobre a medicina tradicional em Moçambique, a partir do período após a independência, de modo a compreender as formas de governança a que esse conhecimento foi confrontado.

### 5.1 Moçambique, a construção do Estado-nação e as políticas da frelimo com relação à cultura

O projeto de construção do Estado-Nação, no período após a independência, foi acompanhado por eventos históricos complexos e muitas vezes contraditórios. Ao mesmo tempo que esteve subjacente um discurso, cujas bases consubstanciavam-se na eliminação das particularidades identitárias e culturais intrínsecas ao conjunto de pessoas que constituíam o tecido do que se denominou Moçambique. Os discursos tendiam para a consideração da disposição cultural e identitária presentes. Uma abordagem que se encobria, fundamentalmente, dentro de um projeto de transformação social do qual se ensinava um ideário de uma cultura de natureza revolucionária. Se, de um lado, havia

uma clara condenação de elementos culturais considerados inconvenientes ao espírito revolucionário da época, do outro lado, o mesmo discurso era forjado para significar no seio das culturas, não necessariamente a sua eliminação, mas sim, a sua “purificação”.

A construção do Estado-Nação em Moçambique se dá, de um lado, com os resquícios do espectro colonial, sobre o qual se herdou o espaço geopolítico da colonização portuguesa, as suas estruturas administrativas e linguísticas, e de outro lado, a partir da estruturação política ideológica baseada no “marxismo-leninismo”, da qual a Frelimo (Frente de Libertação de Moçambique) é fundador (Mangana, 2017).

A Frelimo foi criada em 1962, como resultado de união das micro organizações nacionalistas que existiam entre os anos de 1961 e 1962, nomeadamente: a Udenamo (União Democrática Nacional de Moçambique), formada em Salisbury, atual Harare-Zimbabwe, em 1960; a MANU (Mozambique African National Union), constituído em 1961 a partir de vários pequenos grupos já existentes de moçambicanos que trabalhavam no Tanganica e no Quênia, sendo um dos maiores a União Maconde de Moçambique; e a UNAMI (União Africana de Moçambique Independente), formado por exilados da região de Tete e residentes no Malawi. Após a formação da Frelimo, devido à inviabilidade de diálogo com Portugal e a recusa deste em reconhecer o direito de autodeterminação dos moçambicanos em relação ao seu território e, sobretudo, pelo recrudescimento da repressão, a Frelimo decidiu desencadear, em 1964, a luta de libertação nacional, contra o regime colonial, repressivo e imperialista português (Mondlane, 1975).

Depois da independência nacional em 1975, mas, sobretudo, no III Congresso, de 1977, a Frelimo decidiu oficialmente optar, como linha de sua orientação ideológica, pelo marxismo-leninismo. Entretanto, esta era uma tendência que já vinha desde a luta de libertação nacional, evidenciada pelas ações e formas organizativas da Frelimo nas zonas libertadas. Aliás, Mondlane (1982) já referira esta tendência, numa entrevista dirigida por Aquino de Bragança, no II Congresso, em 1968:

Concordo que como resultado da experiência dos dez dias do [Segundo] Congresso, a Frelimo tem uma linha política muito mais clara do que anteriormente. Em primeiro lugar porque esta linha passou a ser vista como importante nas condições da nossa luta, em parte também porque houve alguns elementos dentro da Frelimo que trouxeram consigo estas ideias para a luta. Uma base comum que todos tínhamos quando formamos a Frelimo era o ódio ao colonialismo, a necessidade de destruir a estrutura colonial - mas que tipo de estrutura social ninguém sabia. Alguns sabiam, tinham ideias teóricas, mas mesmo eles foram transformados pela luta. Há uma coalescência de pensamento que surgiu nestes últimos anos que me possibilita dizer, e acredito nisso, que a Frelimo é agora realmente muito mais socialista, revolucionária e progressista



do que nunca, e agora tende mais e mais na direção do socialismo do tipo marxista-leninista (Mondlane in Bragança e Wallerstein, 1982, p.121 – Tradução livre)<sup>15</sup>

O marxismo-leninismo é uma dentre as várias e diferentes interpretações que existiram em torno do pensamento teórico de Marx. Esta vertente de interpretação do pensamento de Marx foi profundamente desenvolvida por Lênin e seus seguidores. A interpretação de cunho marxista, desencadeada por Lênin, foi marcada e instigada, em grande parte, pela conjuntura política do início do século XX até 1917 com a Revolução Russa, que culminou com o estabelecimento de um governo socialista soviético. O marxismo-leninismo se instituiu, deste modo, como ideologia de regimes políticos no século XX. Este novo marxismo de cunho leninista impregnava em sua essência uma significação não apenas prática, mas, acima de tudo, revolucionária. E este sentido do marxismo entrou em oposição às ideias revisionistas e reformistas de alguns movimentos socialistas europeus. Esta orientação prática se vislumbrava nos fundamentos da interpretação leninista do marxismo, baseados na organização partidária e na consciência de classe face à luta contra o imperialismo e o capitalismo. Portanto, se, de um lado, Lenin se dedicou a uma interpretação crítica do marxismo, do outro lado, viu no marxismo um meio teórico para a revolução proletária (Bottomore, 1980; Fernandes, 2012).

O pressuposto de Lenin era de que o imperialismo estava num estágio crítico e moribundo e imperava, de forma revolucionária, a sua eliminação. Lênin faz uma distinção entre a classe operária que deveria possuir uma consciência sindical e responder às necessidades econômicas, e a classe dos trabalhadores e de intelectuais (vanguarda revolucionária), que tinha como tarefa levar as ideias revolucionárias e socialistas aos operários. Portanto, esta classe deveria ser mais informada e consciente porque cabia a ela a liderança dos oprimidos. O marxismo-leninismo trouxe formas específicas de organização e disciplina partidária (Bottomore, 1980).

---

<sup>15</sup> “I agree that as a result of the experience of ten days of the [Second] Congress, FRELIMO has a political line that is much clearer than previously. In the first place because this line came to be seen as important in the conditions of our struggle, in part also because there were some elements within FRELIMO who brought these ideas with them to the struggle. A common base we all had when we formed FRELIMO was the hatred of colonialism, the necessity of destroying the colonial structure – but what type of social structure no-one knew. Some knew, had theoretical ideas, but even they were transformed by the struggle. There is a coalescence of thought that came about in these last few years that makes it possible for me to say, and I do believe it, that FRELIMO, is now really far more socialist, revolutionary, and progressive than ever before, and now tends more and more in the direction of socialism of the Marxist-Leninist variety (Mondlane in Bragança e Wallerstein, 1982, p.121)”.

Portanto, o marxismo-leninismo emerge como uma *praxis* da classe revolucionária com o fim último de conquistar o poder por via do proletariado e da ideia da edificação de uma sociedade socialista a partir de uma intervenção revolucionária do partido. Neste processo é destacado o papel do partido como preponderante, e a sua organização, centralidade e consciência de classe. O partido surge como um mecanismo importante na promoção da consciência de classe operária e, a partir do qual, se dissemina para os oprimidos e explorados a teoria revolucionária e as formas de organização política. Portanto, esta ideologia concebe a conquista do poder como consequência de um processo de luta revolucionária. Os países subdesenvolvidos e coloniais ao mesmo tempo que se configuravam como espaços mais enfraquecidos pelo capitalismo/imperialismo, eram considerados igualmente espaços propensos para uma revolução socialista (Bottomore, 2013).

É no contexto deste pensamento ideológico que as diretrizes do III Congresso da Frelimo, realizado em 1977, compreendiam duas etapas com vista a responder às necessidades fundamentais da população moçambicana, nomeadamente, a edificação de uma democracia popular e de uma revolução socialista (Frelimo, 1977). O que significava, essencialmente, substituir o capitalismo pela socialização da agricultura, indústria, comércio, educação e saúde, mobilizáveis a partir do papel orientador do Partido-Estado. O desafio do Estado passava a consistir essencialmente em educar, produzir e sobretudo criar o homem-novo (Fry, 2003; Macagno, 2009). O marxismo-leninismo permitiu, neste sentido, uma reflexão sobre como o proletariado poderia sair da condição de subjugação que lhe era submetido pela burguesia/sistema capitalista, bem como transformar a sua condição num poder essencialmente político e revolucionário; transformar as estruturas de poder subjacentes à democracia burguesa a uma revolução do proletariado, para a construção de uma hegemonia da maioria (Fernandes, 2012). Cabe lembrar o contexto da Guerra-Fria, que condicionou as escolhas políticas para o processo de construção dos Estados-Nacionais naquele período.

No entanto, a legitimação teórica e histórica dos fundamentos políticos de governação, estabelecidos pela Frelimo para a edificação do Estado-Nação, seguia, igualmente, pressupostos de natureza cultural ocidental, quer dizer, a aceitação da construção da identidade nacional como luta contra uma lógica colonial ocidental, assumia no mesmo instante as lógicas de cunho ocidentais (Cahen, 1996; Santos, 2008; Ngoenha, 2011). Estas lógicas se confrontavam com a realidade presente no espaço

geopolítico moçambicano, de tal forma que a ação governativa parecia questionar a natureza da diversidade sociocultural intrínseca a este contexto.

É que os estados pós-coloniais africanos, sobretudo Moçambique, tiveram que construir e legitimar as suas nações num espaço geopolítico outrora definido pela conferência de Berlim, cujas ideologias a serem implantadas não correspondiam com a realidade e identidade dos seus povos. Isso significava, segundo Cahen (2005), estabelecer nações por cima de nações já existentes (Cahen, 2005). Este fato permitiu com que as cosmologias ditas tradicionais fossem rejeitadas e rotuladas por obscurantistas e supersticiosas.

A “verdadeira” cultura moçambicana deveria, desta forma, ser revolucionária. Se de um lado, a cultura se encontrava na história, nas lendas, nos contos, nas canções, nos provérbios, nas tradições, na dança, na literatura, na língua, na arte etc. do povo moçambicano, do outro lado, a cultura, para a ideologia marxista leninista, deveria ser um elemento em transformação na criação de novos valores e na rejeição de valores considerados velhos, tal como o *lobolo*, os ritos de iniciação, as velhas canções, crenças, curandeirismo etc.

A cultura tradicional devia ser transformada de modo que os seus conteúdos coadunassem com elementos da cultura moçambicana revolucionária. Então tudo aquilo que não estivesse de acordo com a cultura revolucionária deveria ser eliminado (Revista Tempo, 1975a; Machel 1979a). Portanto, parecia haver uma defesa em relação às manifestações culturais presentes no contexto moçambicano, mesmo que este discurso fosse, de alguma forma, suplantado com a ideia segundo a qual era preciso que estas mesmas manifestações sofressem uma constante transformação que acompanhasse o ritmo dos ideais revolucionários.

O partido e o Estado incentivam e valorizam as manifestações culturais das diferentes regiões do país como fator de fraternidade e enriquecimento entre homens que se exprimem em diferentes línguas e culturas, permitindo que se manifeste, para além da simples justaposição das formas e expressões culturais, a maneira própria de ser moçambicano (Frelimo, 1988, p.15).

Não obstante a apresentação de um discurso a favor da cultura, as manifestações culturais tradicionais variavam entre serem eliminadas, porque iam na contramão dos princípios revolucionários, ou entre eliminar o que dentro dessas práticas era nocivo a certos princípios considerados imorais aos ditames estabelecidos pela ideologia marxista-leninista.

A cultura devia residir na construção ideológica resultante da união dos três movimentos que representavam várias regiões de Moçambique em torno do ideal de libertação nacional. Esta união pretendia, entretanto, acabar com todas as divisões tribais e tradições culturais regionais para, efetivamente, fundir tudo numa única nação (Revista Tempo, 1975a). O discurso ideológico revolucionário passou a fazer parte de toda a estrutura estatal, um discurso forjado e incorporado no domínio social e político, na educação, na saúde, no trabalho etc. e em organizações acopladas ao estado, como a Organização da Juventude Moçambicana (OJM), Organização da Mulher Moçambicana (OMM), Organização dos Trabalhadores Moçambicanos (OTM), os Grupos Dinamizadores, os Comitês do Partido etc., enfatizando o combate às práticas médicas tradicionais (Revista Tempo, 1975b, Revista Tempo 1975c, Revista Tempo, 1975a, Revista Tempo, 1979, Revista Tempo, 1976a).

A formação do homem novo, que era o slogan da ideologia marxista-leninista, parecia ir contra todos os elementos da sociedade considerada tradicional. Num discurso proferido por Samora Moisés Machel, então presidente de Moçambique, no âmbito da IIª Conferência do Departamento de Educação e Cultura, em 1970, elaborado com objetivo de determinar a essência daquilo que se denominou “educação e cultura revolucionárias”, traz uma descrição das especificidades dessa educação que se queria revolucionária, distinguindo-a da educação dita tradicional e com a educação colonialista. O texto era claro nos objetivos de luta empreendida pela Frelimo, contra o que se considerou por “obscurantismo” e contra todo o tipo de colonização, ou como observou o próprio Machel (1978), “contra todos os aspectos negativos e retrógrados da velha sociedade.” (Machel, 1978, p.3).

A incumbência da educação consistiria, segundo Machel, na formação de uma mentalidade e de uma sociedade nova, isto é, com base nos valores ocidentais da modernidade. A luta agora consistia, sob ponto de vista de instrução, na libertação do homem do jugo colonial e do jugo obscurantista. Para Machel (1978), havia nocividade no sistema de educação tradicional e esta nocividade, juntamente com a nocividade do sistema colonial, deveriam ser eliminadas e no seu lugar incorporados novos valores. Segundo esta perspectiva, a sociedade tradicional orientava-se por percepções mágicas, místicas e sobrenaturais. Esta dimensão influenciava sobremaneira a educação, permitindo que a superstição se sobrepusesse à ciência. Em razão deste cenário supersticioso, segundo Machel, determinados grupos sociais se aproveitavam disso para

manter uma certa dominação sobre a sociedade. Consequentemente, a educação baseada em dogmas, impossibilitava iniciativas, impossibilitava o progresso e a criação de coisas novas. Machel concebia aquele período histórico como um período estático, caracterizado por um imobilismo crasso e o sistema colonial representava um sistema de submissão, racial, de repressão e segregação (Machel, 1978). Aliás, para Graça Machel<sup>16</sup>, a educação colonial, para além de ser uma educação com fins exploratórios, discriminatórios e seletivos, era uma educação transferida do exterior e implantada em Moçambique sem, no entanto, ter-se em atenção o contexto e as suas reais necessidades (Revista Tempo, 1975c).

O sistema marxista-leninista buscava, a partir da negação dos dois sistemas mencionados acima, trazer uma educação e, sobretudo, uma cultura revolucionária que consistia na criação do que se chamou de homem novo. A sociedade que se pretendia construir deveria estar destituída de qualquer tipo de obscurantismo e exploração. Para o progresso revolucionário e a formação do homem novo era necessário que se atribuísse primazia à ideologia socialista baseada na ciência e numa solidariedade coletiva. Este progresso científico deveria permitir uma libertação de tudo que estava associado à superstição e tradição consideradas dogmáticas.

Na mesma conferência, Sergio Vieira, diretor do Departamento de Educação e Cultura da Frelimo, em seu discurso teria resumido a compreensão que se deveria ter sobre o homem novo:

Nós não temos nenhuma experiência para saber o que é que esse homem vai ser. Sabemos o que ele não vai ser. Sabemos quais são as linhas orientadoras que nos vão conduzir até lá. Mas assim como nós não imaginávamos como era a independência antes de chegarmos à independência, não sabemos, como diz o Camarada Presidente, qual é o gosto da pera ou da maçã antes de mordermos a pera ou a maçã, também não sabemos dizer o que é o homem novo. Sabemos aquilo que ele não será. Sabemos que ele resulta de todo um combate pela transformação das realidades objetivas e das realidades subjetivas (Revista Tempo, 1978, p.38,).

---

<sup>16</sup> Então Ministra da Educação e esposa do então presidente de Moçambique, Samora Moises Machel. Em seus discursos, por exemplo, os proferidos no 1º Seminário Nacional do Ensino Técnico em 1975, assim como, no Seminário da UNESCO, que juntou “especialistas em estrutura social e transformação revolucionária e cultural na África Austral” que decorreu entre os dias 19 e 22 de julho de 1976, enquanto Ministra de Educação, Graça Machel reafirmara que o sistema de educação tradicional era dominado por uma concepção segundo a qual os acontecimentos da natureza eram governados por forças sobrenaturais, este facto tinha permitido com que as pessoas vivessem no conformismo e na passividade. Desta forma, havia urgência, segundo Graça Machel, de libertar o homem, a partir da educação oferecida pelo governo da FRELIMO, uma educação revolucionária e ideológica, que pudesse transformar as mentalidades e a criação do homem novo com vista ao estabelecimento do poder popular em Moçambique. Para Graça Machel, “a verdadeira cultura [encontrava-se na] revolução.” (Revista Tempo, 1976b).

Se de um lado, o homem novo era um processo, sobre o qual ainda teria que se moldar em função das necessidades do país, do outro lado, segundo Vieira, já se podia ver na sociedade moçambicana um resplandecer da figura do “homem novo”, como resultado político-ideológico da Frelimo. Como mais adiante se refere:

[...] no entanto, podemos dizer, numa certa medida, que temos entre nós o homem novo. Todo aquele que constrói, que está a contribuir para o desenvolvimento, é um homem novo. Todo aquele que está a contribuir para o desaparecimento da sociedade retrograda, que está a contribuir para a emergência da Nova Sociedade e, neste momento, para a sociedade socialista, está a ser homem novo. Mas isso é um processo (Revista Tempo, 1978, p.38).

Assim, a sociedade tradicional era, segundo Vieira, tal como referira Machel (1978), uma sociedade caracterizada pelo imobilismo, uma sociedade conservadora e de uma hierarquia rígida, caracterizando-se por ser uma sociedade fechada em si mesma. Uma sociedade em que o empirismo e o obscurantismo se caracterizavam como formas de conhecimento.

No entanto, mesmo estabelecendo uma crítica contundente sobre este contexto histórico específico, Machel reconhecia que as culturas tradicionais estavam imbuídas de conhecimentos, porém considerava este conhecimento essencialmente empírico e imbuído de superstições. De tal forma que era necessário “promover continuamente discussões e estudos sobre usos e costumes de cada região, a fim de melhor os conhecermos, assimilarmos e purificarmos pela crítica.” (Machel, 1978, p.16). Portanto, este foi o paradigma que havia dominado a Primeira República, a cultura passou a significar a partilha de elementos comuns e, conseqüentemente, a eliminação de tudo quanto diferia entre os moçambicanos.

Nas zonas libertadas, a nova cultura que se desenvolve compreende uma maneira coletiva e comum de produzir, um comportamento comum, uma forma comum de expressão, uma maneira comum de hierarquizar as necessidades, os bens materiais, os usos, uma maneira comum de encerrar o mundo. (...)as zonas libertadas são como que uma espécie de cadinho em que todos os elementos se amalgamam, se fundem e unificam. A cultura moçambicana é o elemento de consolidação da unidade nacional e parte integrante da personalidade moçambicana (Revista Tempo, 1976b.).

A afirmação do Estado-Nação passou a basear-se num projeto cuja estratégia se fundamentou numa abordagem de homogeneização, com vista a criação de uma sociedade unificada, se opondo, desta forma, à diversidade cultural e identitária local que refletia uma sociedade “tradicional” (Paredes, 2014; Macagno, 2003). Para aquele contexto revolucionário, a construção de um projeto nacional implicava “...unir todos os moçambicanos, para além das tradições e línguas diversas, [de modo que] na [...]

consciência [dos moçambicanos] morra a tribo para que nasça a Nação.” (Machel, 1978, p,11).

Em um discurso dirigido aos estudantes iniciantes, em um curso de formação de enfermeiros, Machel, dentre muitas coisas, apelava ao abandono de práticas que designara supersticiosas, sobrenaturais e ligadas a amuletos e pedras<sup>17</sup>. Considerando, deste modo, os serviços de saúde como parte da luta revolucionária.

A ignorância, a superstição, o fanatismo religioso, levou os alunos a confiarem em forças sobrenaturais inexistentes, em amuletos e pedras, desprezando a ciência, recusando os ensinamentos dos professores que eram fundados nas leis da natureza, na realidade objetiva (Machel, 1979b, p. 17).

O obscurantismo era concebido como ausência de conhecimentos no seio do indivíduo moçambicano e de suas culturas. E esta ausência abria espaço para crenças em coisas ou fenômenos não prováveis cientificamente. É daí que a medicina tradicional foi considerada obscurantista. Num discurso proferido numa reunião do grupo dinamizador, num bairro da cidade de Maputo em 1975, é possível compreender a luta que se travava, entre outras coisas, contra os médicos tradicionais e suas práticas:

Este combate pela libertação ideológica do nosso povo deve partir da sua própria iniciativa, das estruturas do partido em que ele se integra, os Grupos Dinamizadores. É neste sentido que se iniciaram a nível dos Grupos Dinamizadores de todo o País campanhas de alfabetização e escolarização, que vão não só permitir que o povo moçambicano possa aprender a escrita e a língua nacional, mas também libertá-lo da crença no sobrenatural, na fraqueza do homem e no poder dos deuses, *na força dos curandeiros e dos sacerdotes; os ‘conhecedores do poder oculto’* (Revista Tempo, 1975d, p. 57-59- Grifo nosso).

Portanto, para a desvinculação deste mundo obscurantista, era necessário libertar o homem do desconhecimento a que estava mergulhado e dotá-lo de instrumentos para que pudesse se autogovernar, esse instrumento seria, efetivamente, a educação revolucionária. A existência de várias manifestações culturais perigava a construção daquilo que se chamou de cultura moçambicana, era preciso, para a formação da personalidade moçambicana, a eliminação das particularidades, por forma a construção da unidade nacional e, conseqüentemente, para a formação da cultura popular revolucionária. A não formação da cultura revolucionária daria lugar ao que se chamou de desvios culturais que levariam a uma ideologia exploradora.

Assim, para a Frelimo, da mesma forma que se empreendia uma luta contra o sistema colonial e contra todo o tipo de exploração, era do mesmo jeito que se deveria

---

<sup>17</sup> Referência a medicina tradicional

empreender uma luta contra os valores morais e culturais nocivos à sociedade. Portanto, mais do que destruir o sistema de exploração existente, tanto tradicional assim como colonial, era preciso combater a mentalidade que os definia, e para tal era preciso formar o homem novo com novos valores. Assim, mais adiante mostraremos como este discurso incidiu diretamente na forma como os médicos tradicionais foram ambigualmente tratados no período a seguir à independência nacional.

## **5.2 Renamo e a sua postura em relação às instituições tradicionais**

Foram várias as circunstâncias que determinaram a criação da RENAMO ( MNR - Mozambique National Resistance), nomeadamente: (1) a orientação política (Marxismo-leninismo) da Frelimo, o seu apoio na luta contra o apartheid na África do Sul, permitindo, dessa forma, com que o Governo sul africano considerasse Moçambique como uma ameaça; (2) a localização geoestratégica de Moçambique, banhado de uma enorme costa, colocava o país numa posição de controle de transito de mercadorias e colocava os países vizinhos, sobretudo a Rodésia, numa situação de dependência, e este cenário começava a preocupar a conjuntura estabelecida na região da África Austral, de um lado, e as potências que possuíam interesses comerciais e industriais na região, do outro lado; (3) o apoio da Frelimo aos militantes nacionalistas da ZANU (Zimbabwe African National Union), que consistiu, na interdição à Rodésia do acesso ao mar da Beira; (4) a fuga de um grande número de colonos portugueses de Moçambique para a Salisbury (capital da Rodésia) que tinha nutrido um grande descontentamento e ódio contra o Estado Marxista-leninista da Frelimo, e (5) as contradições e fissuras internas devido ao “insucesso” das políticas adoptadas pela Frelimo (Geffray, 1991). O contexto da Guerra Fria desempenhou um papel fundamental nos conflitos como a expansão da pugna e partição da influência entre os EUA e a Rússia. O fim da Guerra Fria está ligado ao restringimento do apoio da Rússia, que levou a uma crise interna e a mudança da Constituição de Moçambique, aderindo ao pluripartidarismo. É nesse novo quadro que ocorreu o acordo de paz entre Frelimo e a Renamo, após a “guerra civil” que se estendeu de 1977 a 1992. Isto significou ainda que a Renamo logrou a possibilidade de novas formas de participação no processo político (Duarte, S.C, Figueiredo, C, A S., 2020).

Aquele contexto levou com que a Rodésia criasse a RENAMO (Resistência Nacional de Moçambique), *ab initio* como uma força com objetivo de desestabilizar o poder da Frelimo. A Renamo era essencialmente constituída por antigos soldados



moçambicanos desmobilizados do exército colonial que tinham emigrado para a Rodésia (Geffray, 1991), e por dissidentes da Frelimo que haviam conseguido abandonar os campos de reeducação e as aldeias comunais (Geffray, 1991; Honwana, 2002; Lourenço, 2009). A ação da Renamo iniciou-se em 1977. Entretanto, com a Proclamação da Independência do Zimbabwe, em 1980, a Rodésia deixa de existir, e a Renamo abandona o território zimbabweano e passa a ser apoiada pelo regime Sul Africano do apartheid (armas, treino, meios de comunicação etc). Porém, a Renamo não apenas foi consequência da arquitetura internacional, ela foi, igualmente, nutrida internamente devido às fissuras sociais e políticas (Geffray, 1991). Aliás, como referem Bragança e Depelchin (1986), a Renamo (os bandidos armados), tem suas raízes desde a fundação da Frelimo e, sobretudo, depois do II Congresso, em 1968, quando alguns membros da Frelimo foram apontados como reacionários e cúmplices dos colonialistas portugueses (Bragança e Depelchin, 1986).

### **5.3 Rejeição e combate ao poder e as instituições tradicionais pela Frelimo**

A Frelimo reconhecia a existência, em pleno domínio colonial, de duas autoridades. A autoridade colonial e a autoridade tradicional, esta última incorporada por subordinação e servindo aos interesses do sistema colonial, não obstante detendo uma relativa autonomia nas suas áreas de jurisdição. Entretanto, em plena guerra de libertação, as zonas libertadas estavam livres do poder colonial, porém a Frelimo deparava-se com a existência desta autoridade tradicional. Para a Frelimo, a forma de organização e manifestação do poder das autoridades tradicionais conduzia para a existência de conflitos de carácter tribal e regional. Não obstante o reconhecimento da legitimidade e importância da estrutura do poder tradicional ao serviço dos interesses da maioria, havia igualmente um entendimento de que este sistema tradicional era incapaz de “formar uma base satisfatória para as necessidades dum estado moderno.” (Mondlane, 1975, p.202). Portanto, no período de luta armada, mesmo antes da Frelimo se definir como uma organização marxista-leninista, havia clareza de que não se podia contar com o poder tradicional. Aliás, para Mondlane (1975), a disposição do sistema tradicional, com sua essência “metafísica e religiosa” e, sobretudo, com elementos do feudalismo, tornava esse sistema como explorador da população. Assim sendo, para uma luta que se queria revolucionária, em que se tinha como objetivo “a igualdade social e política”, o sistema tradicional se colocava como entrave ao progresso (Mondlane, 1975).

Desta forma, a partir desse entendimento, as autoridades tradicionais e todas as instituições ditas tradicionais passaram a ser rejeitadas e combatidas. As formas de organização social tradicionais, que ainda existiam e que o colonialismo estrategicamente não tinha abolido, vieram a ser reprimidas pela Frelimo. As estruturas locais foram desmontadas, tal como foi o caso dos régulos (chefes tradicionais). As etnias com as suas estruturas sociais e políticas foram combatidas. As estruturas tradicionais e os sistemas de linhagem igualmente foram eliminados. Portanto, as instituições tradicionais foram abolidas e substituídas por formas de organização modernas. Esses sistemas foram substituídos por grupos dinamizadores e pelos comitês do partido (Honwana, 2002). Foi ignorada e rejeitada a história, as formas de vida e a existência social das populações, sobretudo as populações rurais. Foi lhes negada a livre manifestação das suas culturas, das suas formas de ser e estar. As populações foram, deste modo, objetificadas, tratadas como que destituídas de cultura e instituições sociais. O marxismo-leninismo tinha se tornado, portanto, “a referência universalista a partir da qual se operou a negação das realidades do país...” (Geffray, 1991, p.16).

Entretanto, aqui não se tomou em conta que as autoridades tradicionais representavam para as suas populações uma estrutura de sentidos e simbologias próprias e que a sua autoridade era legitimada pelas lógicas tradicionais locais. (Geffray, 1991). Com a criação das aldeias comunais, as populações, independentemente dos seus “sistemas sociais, da sua história”, deveriam abandonar as suas casas e se juntarem às aldeias e se dedicarem à produção e aos trabalhos coletivos. Este processo de implementação de novas estruturas administrativas nas zonas rurais, permitiu o surgimento de conflitos entre as autoridades governamentais e as autoridades tradicionais locais. Geffray (1991) afirma que não apenas houve indiferença e marginalização das autoridades locais, assim como houve agressão contra estas autoridades, pelo fato destes se oporem às deliberações administrativas modernas, o que levava com que o processo de transferência para as aldeias comunais permitisse alguma resistência por parte da população, influenciada, efetivamente, pelos seus líderes locais. Portanto, estes líderes eram muitas vezes levados coersivamente para os novos locais de residência, de forma humilhante, o que resultava na fuga desses e consequente regresso já armados para uma espécie de retaliação. A destituição do poder e a marginalização desta autoridade tradicional é tida, segundo Geffray, como um fator importante na análise sobre as causas da guerra civil em Moçambique (Geffray, 1991).

A ordem ideológica e administrativa do Estado começa a obrigar uma vivência de práticas clandestinas por parte da população. As populações começam a exercer as práticas tradicionais locais de forma clandestina, práticas como o lobolo e os demais rituais de iniciação são realizadas à margem da ordem estabelecida. Aos olhos da modernização do Estado, era preciso que algumas práticas culturais fossem banidas porque eram tidas como tradicionais e ultrapassadas. Razão pela qual passam a ser elementos de estabelecimento de ordem, expressões como “abaixo o feudalismo”, “abaixo o obscurantismo”, “abaixo a superstição” etc., que são essencialmente um ataque às instituições e autoridades tradicionais. E estas expressões de vilipêndio são acompanhadas, por um controle e proibição por parte do Estado das formas de vida locais que passaram para a clandestinidade.

Portanto, o posicionamento da Frelimo ao que se refere às autoridades tradicionais e aquilo que se denominou de “obscurantismo” cultural, entre outros fatores, inclusive o fracasso da política econômica das aldeias comunais, possibilitou o surgimento de conflitos protagonizados pela Renamo (Lourenço, 2009).

#### **5.4 A Renamo pró-cultura: o aproveitamento das instituições tradicionais**

Esta rejeição do sistema tradicional pela Frelimo, e conseqüentemente, a perda de poder e influência dos chefes tradicionais em relação à sua comunidade criou descontentamento para com a Frelimo (Honwana, 2002; Geffray, 1991). Como refere Geffray (1991):

...com o afastamento... [das autoridades tradicionais], a eliminação das suas prerrogativas políticas, sociais e religiosas e perante o discurso veemente que os ridicularizava, ameaçava e insultava, as populações compreenderam que era a sua própria existência social que a Frelimo negava. E por isso sentiam vergonha, um sentimento paradoxal de serem obrigadas a passar à clandestinidade, com toda a sua história e existência social, por aqueles mesmos que, em seu nome, tinham posto fim à opressão colonial (Geffray, 1991, p.19).

O resultado dessa rejeição é que ao mesmo tempo que as populações se transferiam para as aldeias comunais, notava-se um movimento para uma direção inversa. Muita gente, quando não sentia a presença da administração (sob ponto de vista de implementação de políticas), regressava aos seus antigos locais de habitação. A dissidência resultava da marginalização que as autoridades tradicionais vivenciavam nas aldeias comunais, quando a título de exemplo, a Frelimo colocava como autoridades

pessoas que na velha estrutura administrativa (exerciam papel de súditos) encontravam-se abaixo da linhagem (Geffray, 1991; Lourenço, 2009).

Estes elementos foram suficientes para que a Renamo aproveitasse as fragilidades do contexto. A Renamo havia feito a leitura do contexto social e político moçambicano, sobretudo no que se refere aos conflitos entre as instituições tradicionais locais e a Frelimo durante o seu processo de estabelecimento do Estado-Nação com todo o seu processo de implantação de novas estruturas administrativas, de um lado, e a consequente rejeição e combate ao poder e instituições locais, de outro lado. De tal forma que, a opção estratégica de um discurso pró-cultura, adotado pela Renamo, havia tomado em consideração este contexto de crise vivenciado entre as populações locais e o Partido-Estado, a Frelimo. A estratégia da Renamo circunscreveu-se à sua ofensiva militar, que consistiu na destruição das aldeias comunais e a mobilização para o regresso da população às suas regiões de origem (Geffray, 1991; Lourenço, 2009).

O reconhecimento por parte da Renamo da existência das estruturas locais permitiu o estabelecimento de alianças com as populações locais. Portanto, se de um lado existia este discurso de modernização do Estado, do outro lado, surgia um outro discurso de reação às políticas implementadas pelo sistema marxista-leninista. Este discurso teve ressonância diante da marginalização das instituições tradicionais locais, da negação por parte das autoridades da “existência histórica e social das sociedades rurais”. (Geffray, 1991, p.53). A violência contra as estruturas de vida social tradicional teria propiciado, estrategicamente, o aproveitamento do discurso pró-tradição por parte da Renamo. O poder instalado havia desprezado, marginalizado e reprimido uma estrutura administrativa local que tinha suas formas próprias de funcionamento. Fato que o discurso sobre as razões da guerra tinha a ver, para as populações rurais, com a “...reconquista da identidade confiscada e do reconhecimento de sociedades inteiras que foram negadas” (Geffray, 1991, p.59).

Para Geffray (1991), os dissidentes, que em 1983/4 contribuíram para o enraizamento da guerra civil em Moçambique, fizeram-no com o objetivo de poderem se manifestar com liberdade e de poderem ver respeitadas as suas manifestações sociais, culturais e religiosas. Ou seja, uma dimensão da guerra significava a intenção de poderem sair da clandestinidade, de poderem se manifestar, venerar e invocar as suas culturas e os seus antepassados de forma livre. Portanto, a Renamo assumiu uma postura defensora de um discurso a favor das instituições tradicionais, que haviam sido outrora rejeitadas pela

Frelimo, utilizando-se das preocupações e da rejeição das estruturas tradicionais para mobilizar e granjear apoio por parte das populações locais. Conseguindo, assim, construir uma base social considerável entre o campesinato.

### **5.5 Discursos e políticas em torno da medicina tradicional no período pós independência em Moçambique**

No período pós independência, os processos históricos de governança e os discursos sobre a institucionalização da medicina tradicional foram acompanhados de profundas ambiguidades. A medicina tradicional, de um lado, continuou a ser marginalizada e combatida, considerada como um fenómeno obscurantista e supersticioso, de outro lado, esteve presente na agenda governamental como um elemento a ser considerado. Ao mesmo tempo que os discursos iam contra os médicos tradicionais, surgiam formas de considerar a medicina tradicional ou porque havia pressão neste sentido, advindo dos próprios médicos tradicionais e de agentes externos ou porque alguns elementos desta medicina constituíam conteúdos cientificamente importantes a tal ponto que podiam ser expropriados e aproveitados. O discurso obscurantista e supersticioso atribuído a estas práticas foi movido, sobretudo, pela opção ideológica marxista-leninista adoptada no período após a independência, onde a criação de uma nova sociedade ou de um novo homem, tal como vimos anteriormente, implicava na eliminação de tudo quanto não coadunava com os princípios estabelecidos.

A medicina tradicional esteve sempre presente na história de Moçambique pós independente. No decreto N°1/75, aprovado no Conselho de Ministro, em 27 de julho de 1975, por sinal o primeiro decreto da República Popular de Moçambique independente, que define as tarefas e funções que cabem a cada ministro, constava ao que se refere ao Ministério da Saúde, no seu Artigo 38°, dentre várias tarefas atribuídas, a responsabilidade de “impulsionar a investigação científica médica e farmacológica e em particular os estudos sobre a medicina tradicional” (Revista Tempo, 1975e, p.36-42). O Conselho de Ministros, que aprovou este decreto, era constituído, dentre várias individualidades, pelo Helder Fernando Brigido Martins, então Ministro da Saúde. O decreto fora chancelado e mandado publicar pelo então presidente da República Samora Moisés Machel, um dos grandes combatentes, senão o maior, contra o que se considerou obscurantismo e superstição em que a medicina tradicional estava incluída. Entretanto, em uma entrevista dirigida por Calane da Silva (1975), ao então Ministro da Saúde,

Hélder Martins, este associava a medicina tradicional ao obscurantismo, como um elemento negativo no processo de edificação da sociedade socialista, sendo que era crucial que esses elementos considerados negativos fossem severamente combatidos e eliminados. Na ocasião ele se referiu nos seguintes termos:

A ‘medicina tradicional’ pode ser vista sobre ângulos diversos. Dum ponto de vista teórico claro que é empírica e, portanto, anticientífica. Podemos mesmo dizer que é o resultado do obscurantismo e que ao mesmo tempo contribui para o manter. Neste sentido ela constitui um dos elementos negativos da tradição e segundo a política da FRELIMO os elementos negativos da tradição devem ser abandonados e combatidos. Mas na prática o que se verifica é que a ‘medicina tradicional’ desenvolve-se sobretudo quando os Serviços de Saúde são inexistentes ou pouco eficazes como era a regra em grandes regiões de Moçambique durante a era colonial. E mesmo hoje não conseguimos ainda modificar radicalmente esta situação. Nestas circunstâncias ela torna-se uma realidade que temos que aceitar. Podemos mesmo dizer que nessas zonas onde os Serviços de Saúde não exercem a sua influência, a ‘medicina tradicional’ tem desempenhado um grande papel. Nós pensamos, contudo, que com a extensão dos serviços de saúde a todas as regiões de Moçambique e com a melhoria do nível de assistência médica - objetivos para os quais nós trabalhamos agora afincadamente - as populações deixarão espontaneamente de fazer recurso à ‘medicina tradicional’ e ela morrerá por si mesma (Silva, 1975).

Mesmo tendo uma concepção negativa da prática médica tradicional, Helder Martins (1975) considerava necessário empreender estudos relativamente às plantas com propriedades terapêuticas utilizadas pelos médicos tradicionais.

[...] Nós pensamos em realizar estudos científicos sobre a ‘medicina tradicional’. Como em Moçambique, ela faz essencialmente recurso a plantas, pensamos que é muito importante fazer uma classificação botânica de todas as espécies vegetais a que sejam atribuídas propriedades medicinais (Silva, 1975).

A ideia de Helder Martins sobre a medicina tradicional era aquela segundo a qual, enquanto a medicina moderna não se mostrasse extensiva a toda a população, a medicina tradicional podia ser tolerada. Esta era uma ideia essencialmente colonial, tal como vimos no capítulo anterior, uma ideia que consistia na eliminação progressiva da medicina tradicional na medida que se verificasse uma maior cobertura dos serviços de saúde, mas ao mesmo tempo expropriar o conhecimento presente nesta medicina.

Em 1977 foi oficialmente criado, segundo o documento de política de Medicina Tradicional (2004), o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional (GEMT), sob égide do Ministério da Saúde. Entretanto, consta que este órgão começou a funcionar desde 1975, como refere uma matéria da Revista Tempo de 1981, reunindo, no início, um grupo de pesquisadores que cooperavam com o Instituto Nacional de Saúde. Nomeadamente a bióloga de nacionalidade italiana Gabriella Petrini, o fitotaxonomista de nacionalidade holandesa Paul Jansen e o biólogo Orlando Mendes, de nacionalidade moçambicana. Para

além destes, o GEMT contava com a colaboração de algumas organizações, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Instituto Nacional de Investigação Agronómica (INIA) e a Universidade Eduardo Mondlane (UEM). A criação do GEMT teve como objetivo pesquisar e catalogar o conhecimento médico sobre as plantas fornecidas pelos médicos tradicionais, mas não só. Numa entrevista concedida à Revista Tempo pela bióloga Gabriella Petrini, esta referira que a recolha e classificação das plantas pelos médicos tradicionais, visava, ademais, mostrar que aquele grupo possuía um vasto leque de conhecimentos, resultantes de uma experiência multissecular. Este fato contribuía para demonstrar que os médicos tradicionais não eram charlatães e, acima de tudo, “valorizar politicamente a presença dos práticos da medicina tradicional” (Revista Tempo, 1981).

O Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, é outrossim resultado das reivindicações empreendidas pelos médicos tradicionais. Como refere Tomé (1979), em meados de 1975, vinte e quatro grupos de médicos tradicionais, oriundos das províncias de Maputo, Gaza e Inhambane, a partir dos seus representantes, haviam contactado a “Comissão de Reestruturação dos Serviços de Saúde”, com o objetivo de criar uma “Escola de Medicina Tradicional” que lhes permitiria instituir uma associação ou sindicato de médicos tradicionais, para no fim institucionalizar as suas práticas. Portanto, esta pretensão foi lhes recusada, visto que o governo considerava que,

[...] um reconhecimento oficial de uma organização de curandeiros significaria nada mais que uma institucionalização do obscurantismo. E a política da República de Moçambique é clara quanto a este aspecto: Guerra ao obscurantismo, obstáculo para o desenvolvimento em todos os aspectos, do povo. Por isso as repetidas petições que aqueles ‘curandeiros’ dirigiram ao Partido Governo, para institucionalizar o curandeirismo, não foram aceites. Legalizar uma organização de ‘curandeiros’ seria, num outro sentido, permitir que as clínicas privadas continuassem a existir em terras moçambicanas (Tomé, 1979, p.16).

Havia, no entanto, por parte do governo, a pretensão de extrair das práticas médicas tradicionais aspectos considerados cientificamente positivos e neste processo havia uma desvalorização do sujeito proprietário desse conhecimento. O argumento do governo resvalava para a ideia de que regulamentar a medicina tradicional seria o mesmo que regulamentar o obscurantismo, algo que se combatia veementemente. É por esta razão que todas as tentativas de institucionalizar a medicina tradicional nessa altura foram rejeitadas. Outro argumento usado para rejeitar as práticas médicas tradicionais foi de que o Governo tinha nacionalizado todas as instituições, sobretudo as relativas à saúde, tornando-as públicas, e institucionalizar a medicina tradicional seria quebrar a disposição de não instituir clínicas e ou serviços de saúde privados.

Ainda sobre a criação do GEMT, Honwana (2002), Meneses (2004a, 2005) e Mahumana (2013) relatam que os cofundadores da Ametramo, Dzimba e Langa, no período de profunda repressão das suas atividades, teriam se dirigido a Chilembene, Província de Gaza, com o propósito de manter encontro com o pai do então presidente Samora Moises Machel, para que este influenciasse no processo de legalização das suas atividades. Este teria recomendado aos médicos tradicionais que voltassem num período de um mês, visto que o presidente Samora Moises Machel, estaria naquela localidade visitando o pai. Seguindo as recomendações, estes regressaram a Chilembene e mantiveram encontro com o então presidente. O discurso dos médicos tradicionais na altura resumiu-se na ideia de que o país teria alcançado a independência, mas eles continuavam, agora, sob jugo das políticas adoptadas no pós-independência. Esta reivindicação dos médicos tradicionais permitiu que Samora Machel se reunisse, de imediato, com Joaquim Chissano, na altura Ministro dos Negócios Estrangeiros, e Marcelino dos Santos, então Vice-presidente, que o acompanhavam naquela visita, e como resultado desta reunião teriam redigido uma carta a qual foi entregue aos médicos tradicionais para que estes apresentassem a mesma ao então ministro da saúde Helder Martins. Aquela carta teria desencadeado, ao nível do próprio Ministério da Saúde, mesmo contra os ideais do Helder Martins, medidas para a integração da medicina tradicional. Criando-se, deste modo, o Gabinete de Estudos da Medicina Tradicional, onde os médicos tradicionais viriam a “colaborar” com a recolha de plantas medicinais (Honwana, 2002; Meneses, 2004a, 2005; Mahumana, 2013).

O processo de recolha de plantas para sua posterior pesquisa foi, no entanto, incumbido, na altura, à Direção Nacional de Medicina Preventiva (DNMP) do Ministério da Saúde. Isso permitiu com que vários grupos constituídos por especialistas em botânica e estudantes de medicina se deslocassem às províncias para a recolha de plantas utilizadas pelos médicos tradicionais (Tomé, 1979, p.16). Desse modo, os médicos tradicionais, negados os seus pedidos de institucionalização, foram inseridos neste processo de recolha de plantas, em cooperação entre a Direção Nacional de Medicina Preventiva (DNMP), o Instituto de Investigação Agronômica de Moçambique (IIAM) e a Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Essas instituições pretendiam, a partir das plantas fornecidas pelos médicos tradicionais, identificar os seus princípios ativos e, em seguida, produzir em larga escala e exportar para as indústrias farmacêuticas. Portanto, havia uma clara intenção de desapropriar o saber dos médicos tradicionais (Tomé, 1979, p.17). Aliás,



como se notou mais tarde, a inventariação deste conjunto de conhecimento deu origem aos cinco tomos/volumes organizados por Paul C. M Jansen e Orlando Mendes intitulados: “Plantas Medicinais: Seu Uso Tradicional em Moçambique”<sup>18</sup>, publicado em 1991. Há, em contrapartida, que considerar uma série de eventos externos, que podem ter favorecido os estudos, a implementação de políticas e regulamentação da medicina tradicional. Em 1976, sob auspício da OMS, reuniu-se um grupo de especialistas em Brazzaville (República do Congo), numa reunião convocada pelo escritório regional da OMS para África, com o fito de debater sobre a medicina tradicional. Aliás, foi nesta reunião que o grupo de especialistas definiu a medicina tradicional como:

[...] a soma de todos os conhecimentos teóricos e práticos, explicáveis ou não, utilizados para diagnóstico, prevenção e supressão de distúrbios físicos, mentais ou sociais, baseados exclusivamente na experiência e na observação, e transmitidos verbalmente ou por escrito de uma geração a outra. A medicina tradicional também pode ser considerada como um amálgama firme de prática médica ativa e experiência ancestral. A medicina tradicional africana também pode ser considerada como o conjunto de práticas, medidas, ingredientes e procedimentos de todos os tipos, materiais ou não, que, desde tempos imemoriais, permitiram aos africanos proteger-se contra as doenças, aliviar o seu próprio sofrimento e curar-se a si mesmos (Afro *apud* OMS, 1978a, p.8-9-Tradução livre)<sup>19</sup>.

Esta é a definição que tem sido, desde então, usada pela OMS, e seu conteúdo tem reunido consenso entre os estados membros. Na ocasião destacou-se a questão moral e espiritual como elementos que ofereciam uma nova dimensão ao homem e aos sistemas de medicina, sendo considerados elementos que contribuíam para a preservação da saúde. Na mesma reunião, este grupo de especialistas teria introduzido e definido o conceito de curandeiro tradicional, como sendo:

...uma pessoa reconhecida pela comunidade em que vive como competente para prestar cuidados de saúde através da utilização de produtos vegetais, animais e minerais, e da aplicação de alguns outros métodos de origem social, cultural e religiosa, baseados no conhecimento, atitudes e crenças da comunidade em

---

<sup>18</sup>Os próprios médicos tradicionais sentiram-se traídos por esta instituição, por considerarem terem sido expropriados os seus conhecimentos e sobretudo por este Gabinete não ter mencionado os médicos tradicionais como verdadeiros autores dos diversos manuais elaborados sob grande auxílio desses agentes.

<sup>19</sup> ...la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. La medicina tradicional puede considerarse también como una firme amalgama de práctica médica activa y experiencia ancestral. La medicina tradicional de Africa puede considerarse también como el conjunto de prácticas, medidas, ingredientes y procedimientos de toda clase, sean o no materiales, que, desde tiempo inmemorial, han permitido a los africanos protegerse contra la enfermedad, aliviar sus propios sufrimientos y curarse a sí mismos (AFRO *apud* OMS, 1978a, p.8-9).

relação ao bem-estar físico, mental e social e à origem da doença e da deficiência (Afro apud OMS, 1978a, p. 9 - Tradução livre)<sup>20</sup>.

Dentre várias coisas, debateu-se e desmistificou-se a ideia segundo a qual a ‘medicina tradicional’ seria efetivamente tradicional. Considerou-se que toda a medicina tem um caráter moderno, porque ela acompanha a dinâmica sociocultural do seu contexto. Observou-se, por exemplo, que havia entre os profissionais de saúde uma desconsideração da medicina tradicional, considerando-a como decadente e sem importância. Entretanto, este grupo defendeu o caráter dinâmico e evolutivo das culturas e da medicina tradicional, em particular. Aquele encontro havia observado e alertado, ainda, que as pesquisas estavam a limitar-se apenas em plantas medicinais. De forma que era necessário, até para que não se resumisse a medicina tradicional apenas e exclusivamente no uso de plantas, mostrar que a medicina tradicional tinha um alcance mais amplo.

Em 1977, entre os dias 28 de novembro e 2 de dezembro, foi realizada em Genebra uma reunião da OMS que debateu a promoção e desenvolvimento da medicina tradicional. No ano seguinte, realiza-se a Conferência de Alma Ata<sup>21</sup>, em que se reconheceu o papel da medicina tradicional e dos seus agentes na consecução da Saúde para Todos. A partir desta conferência houve uma exortação aos estados-membros para que preparassem uma legislação específica para a regulamentação da medicina tradicional como parte integrante da legislação nacional de saúde. Em nível do Comité Regional

---

<sup>20</sup> ... persona reconocida por la propia comunidad en que vive como competente para prestar atención de salud mediante empleo de productos vegetales, animales y minerales, y aplicación de algunos otros métodos de origen social, cultural y religioso, basados en los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad en lo que respecta al bienestar físico, mental y social, y al origen de la enfermedad y la invalidez (AFRO apud OMS, 1978a, p. 9).

<sup>21</sup> As deliberações da Conferência de Alma Ata, decorrida em 1978 na URSS, sobre os cuidados primários de saúde, contribuíram igualmente para que as pesquisas em torno da medicina tradicional fossem impulsionadas ao nível de cada país membro. Estas deliberações podem ter estimulado a continuação do desenvolvimento do trabalho iniciado pelo GEMT. A declaração reconhecia os cuidados primários de saúde como espelhando as condições econômicas e os aspectos socioculturais e políticos de cada país, e desta forma era necessário que o Sistema Nacional de cada país, fosse auxiliado por agentes comunitários e sobretudo por aqueles que designou de praticantes de medicina tradicional. Portanto, a declaração envolveu, entre outros agentes, os praticantes tradicionais, como também elementos de alicerce nos cuidados primários de saúde em nível local. A Conferência reconheceu a existência do que chamou de médicos e parteiras tradicionais em diversas sociedades, e estes, segundo a Conferência, ocupando socialmente posições de prestígio, exercendo consequentemente influência sobre questões de saúde local. A Conferência propôs que a estes “praticantes autóctones” fosse oferecido treinamento apropriado e mobilizados de modo que auxiliem no apoio ao sistema formal de saúde, com vista a melhorar a saúde comunitária, no que concerne aos cuidados primários de saúde (OMS/UNICEF, p.14, 1978b). Estas decisões deram origem a várias políticas e estratégias na região africana, a partir dos comités regionais africanos da OMS, para a implementação da medicina tradicional nos Sistemas Nacionais de Saúde.

Africano da OMS, passaram a se realizar consultorias e agendas de implementação da medicina tradicional nos sistemas nacionais de saúde. Este contexto deu origem a estudos que pudessem auxiliar na formulação de políticas para a integração e regulamentação da medicina tradicional dentro dos Sistemas Nacionais de Saúde.

Em Moçambique, para ilustrar, sobretudo a partir da década de 80, passaram a ser desenvolvidos estudos com vista a seguir as orientações da OMS. É resultado desse processo o trabalho organizado por Gerhardus Alexander Kirchner, então consultor do Instituto Nacional de Saúde (INS), que resultou em cinco volumes intitulados “Medicina Tradicional em Moçambique”. Estes volumes são constituídos de textos sobre “Medicina Tradicional” encontrados em pesquisas históricas, etnográficas, culturais, pesquisas de arte, arqueológicas, linguísticas, geográficas etc. Como refere Kirchner (1990), na introdução do primeiro volume, inicialmente a ideia de recolha desses textos foi de cunho e iniciativa pessoal, com o objetivo de compreender a dimensão de experiências sobre a “Medicina Tradicional” em Moçambique. Entretanto, muito rapidamente, ultrapassou esta dimensão pessoal, transformando a pesquisa de modo a auxiliar, em termos bibliográficos, aos que futuramente pudessem se interessar por esta temática. O trabalho refletido nos cinco volumes, segundo Kirchner (1990), tinha ainda como objetivo, auxiliar o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, de modo que este órgão tivesse conhecimento de todo material bibliográfico já então produzido sobre a medicina tradicional, no esforço de buscar o papel histórico da medicina tradicional em Moçambique e contribuir para “a elaboração de uma política adequada para o futuro que [pudesse] permitir uma cooperação gradual e uma legislação apta, uma estratégia da investigação e linhas de trabalho para a formação no âmbito da medicina tradicional”(Kirchner, 1990, p.8).

Em 1981, um grupo de peritos, num estudo sobre “Africa’s two medical systems: options for planners” do II Fórum Mundial de Saúde, teria se debruçado sobre a Medicina Tradicional e definido o *status quo* da medicina tradicional em África e sua relação com a medicina moderna, chegando à conclusão de que a Medicina Tradicional poderia ser encontrada vivenciando quatro situações, nomeadamente: (1) ilegalidade; (2) coexistência sem proibição oficial e sem nenhum tipo de auxílio estatal; (3) reconhecimento, no entanto, sem estudos antecedentes e sem leis e regulamentos; (4) cooperação gradual com a medicina moderna. Este estudo propunha a ideia de uma integração conjunta e gradual dos dois sistemas de saúde, com vista à criação daquilo que

chamaram de uma medicina verdadeiramente africana. Isto implicava o estudo e compreensão da medicina tradicional e dos seus agentes (World Health Forum 2, 1981, *apud* Kirchner, 1989, p.252).

Neste contexto, Kirchner (1989), consubstanciado por estes estudos, propunha no plano de ação a longo prazo para o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, como programa de trabalho: (1) desenvolver pesquisas ligadas a doenças frequentemente tratadas pelos médicos tradicionais; (2) delineamento de regras de trabalho no interior das associações dos praticantes da medicina tradicional; (3) o Estado organizar/criar uma lei conjuntamente com os representantes da medicina tradicional, os representantes do Ministério da Saúde, e os representantes do Ministério da Justiça que pudessem definir formas de reconhecimento das associações ou de uma associação de caráter nacional. (Kirchner, 1989, p.246). Para Kirchner, a Medicina Tradicional não poderia mais estar numa condição de ilegalidade, porque ela constituía uma atividade extremamente básica na vida das populações moçambicanas. Estes aspectos implicavam uma necessidade de fazer uma planificação política. O processo de integração, cooperação e legislação da medicina tradicional deveria se basear em estudos cientificamente comprovados. Kirchner considerava a medicina tradicional como um veículo para o estabelecimento e fortalecimento da paz e da unidade nacional, por isso a necessidade de ser reconhecida e apoiada politicamente. Este é um discurso que acompanhava o espírito da época, de um Moçambique mergulhado na guerra civil, também conhecida como a guerra dos 16 anos, entre o Partido-Estado Frelimo e a Renamo (Resistência Nacional de Moçambique). Portanto, para Kirchner, os médicos tradicionais tinham um grande papel na criação de mecanismos para a manutenção da paz e da unidade nacional, que por divergências ideológicas haviam sido quebradas.

Kirchner (1989), se de um lado, propunha políticas para a medicina tradicional, do outro lado, propunha, devido ao largo conjunto de elementos históricos sobre a medicina tradicional, a criação de um “Instituto Científico de Investigação da Medicina Tradicional”, com vista a estudar com profundidade o campo médico tradicional (Kirchner, 1989). Para a realização dessa atividade deviam participar o Ministério da Saúde, o Ministério da Cultura, a Universidade, sobretudo nas áreas de biologia e antropologia, com o objetivo de se constituir um grupo de trabalho multidisciplinar que pudesse atuar até a criação e implementação de leis e regulamentos que permitissem uma articulação harmoniosa entre a medicina tradicional e a medicina moderna.

Em relação aos documentos coloniais, particularmente portugueses, encontrados por Kirchner sobre a medicina tradicional, este classificava-os como sendo estigmatizantes, contendo uma concepção depreciativa e marginalizante das práticas médicas tradicionais e propôs em seus estudos uma reavaliação crítica desses documentos. Tal como refere nos seus estudos:

Como últimos estrangeiros chegaram os europeus (em Moçambique os portugueses) a cerca de 1500. A multidão dos documentos deles sofre doutros defeitos como um sentimento errado de superioridade da cultura deles que se mostrou numa abordagem de desprezo para tudo que era dos 'primitivos', 'indígenas', 'cafres', 'tribos' etc. (Kirchner, 1990, p.8).

Para além dos estudos de Kirchner, existiram vários outros estudos, como os de Carolyn Nordstrom, então consultora no Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, que contribuíram sobremaneira para auxiliar o governo no estabelecimento de políticas no âmbito da medicina tradicional, sobretudo no reconhecimento da atividade médica tradicional como uma atividade legítima e importante. As pesquisas de Nordstrom revelaram não apenas a preocupação desse grupo em regulamentar as suas atividades, mas sobretudo a necessidade de criação de uma agremiação em que os médicos tradicionais pudessem exercer a sua atividade. As pesquisas de Nordstrom indicavam que os médicos tradicionais almejavam ter, por parte do sistema médico convencional (médicos, enfermeiros etc.), um certo reconhecimento e consideração (Nordstrom, Carolyn *apud* Santana, 2014).

Os trabalhos desenvolvidos pelo GEMT mostraram, no entanto, um reconhecimento e aceitação do poder de cura subjacente aos médicos tradicionais, revelado a partir de plantas (folhas, raízes, caules, cascas) medicinais. Todavia, todo o processo de cura envolvendo processos divinatórios, exorcismos, adivinhação etc. foi considerado obscurantismo e superstição e os seus agentes perpetuadores da ignorância. Todo o aparato envolvendo processos de exorcismos, adivinhação, possessão através de ossículos eram profundamente condenados. Os médicos tradicionais que praticavam a sua atividade a partir do exorcismo, adivinhação, possessão, não seriam reconhecidos ou considerados pelo Ministério Saúde (Tomé, 1979; Honwana, 2002).

A cooperação entre os médicos tradicionais e o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, rapidamente entrou em controvérsia, separando desta maneira os grupos de medicina tradicional. Visto que existiam grupos no seio dos médicos tradicionais que não concordaram e criticaram os seus colegas que colaboraram com Ministério da Saúde, no

processo de identificação de plantas com poder curativo. Estes eram acusados de traírem os segredos da tradição, um segredo considerado por parte dos médicos tradicionais seculares. A revelação desses segredos, para alguns grupos de medicina tradicional, constituía uma traição à sua tradição, à herança que durante anos foi exercida por pessoas escolhidas pelos espíritos. Portanto, o processo de colaboração dos médicos tradicionais com o Ministério da Saúde criou fissuras entre os médicos tradicionais, dividindo-os entre aqueles que mostraram os seus conhecimentos e aqueles que se recusaram a revelar os seus segredos de cura (Tomé, 1979, p. 15). Mas aqui é importante referir que mesmo os que colaboraram com o Ministério da Saúde, posteriormente, se arrependeram pelo facto de terem cooperado com aquela instituição, acusando-a de ter lhes expropriado e espoliado os seus conhecimentos (Meneses, 2004a, 2005). De fato, em uma entrevista dirigida pelo Grupo de Estudos de Medicina Tradicional à MEDIMOC (E.E de Importação e Exportação de Medicamentos) em 1981, esta instituição informava que a prática de exportação de plantas medicinais utilizadas pelos médicos tradicionais datava desde o período colonial e que a MEDIMOC igualmente dava continuidade em exportar essas plantas para vários mercados, sobretudo o europeu. A MEDIMOC informava, na altura desta entrevista, que recorria ao Instituto Nacional de Investigação Agronómica e ao GEMT, com vista a identificar as plantas medicinais. Portanto, havia uma cadeia de recolha e tratamento de plantas que culminava com a sua comercialização pela MEDIMOC. Nota-se claramente que nessa cadeia os médicos tradicionais eram, não somente expropriados os seus saberes, assim como objetivados e instrumentalizados (Revista Tempo, 1981).

Após a desilusão experimentada em sua cooperação com o Ministério da Saúde, os médicos tradicionais continuaram procurando mecanismos para legalizar as suas atividades a partir da mobilização dos diversos grupos de médicos tradicionais existentes, buscando outras formas de contacto com o Estado e propondo a criação de um organismo a partir do qual se sentiriam identificados. Uma vez que, mesmo com algumas formas de “valorização” da sua medicina, eles continuavam a ser marginalizados. Para os médicos tradicionais, a independência do país, contrariamente ao que expectavam, não havia permitido uma liberdade e autonomia para a realização das suas atividades, pelo contrário, continuavam a ser reprimidos, marginalizados ou mesmo instrumentalizados e espoliados os seus conhecimentos (Honwana, 2002; Meneses, 2004a; Mahumana, 2013). Eles também eram vítimas de outras políticas adoptadas pelo Estado. Por exemplo, os médicos

tradicionais, porque considerados perpetuadores de instituições políticas tradicionais, foram enviados para *campos de reeducação* (Meneses, 2004a, 2004b), e/ou porque considerados improdutivos, eram incluídos em programas como a *operação produção*<sup>22</sup> (Revista Tempo, 1983). Para não serem incluídos neste programa, os médicos tradicionais, haviam criado um movimento de reivindicação às autoridades, solicitando o direito ao cartão de trabalho. Entretanto, as autoridades do grupo dinamizador, na altura, responderam afirmando que estes estavam na mesma situação dos improdutivos e que eles deviam se inscrever de modo a abandonarem a cidade (Notícias, 1983c). Ainda assim, os médicos tradicionais não se consideravam desempregados, argumentando que as atividades de cura que exerciam deveriam ser consideradas como profissão. Na ocasião, o diretor do Trabalho da Cidade de Maputo, Alberto Jamisse, respondeu, em uma entrevista concedida ao Jornal Notícias, afirmando que o cartão de trabalho apenas era atribuído a pessoas que exerciam um trabalho “concreto, honesto e legal”. E que para isso os curandeiros deveriam ter uma autorização do Ministério da Saúde. Estes, mesmo tendo se dirigido ao Ministério da Saúde e à Sede do Partido Frelimo reivindicando o reconhecimento das suas actividades, para que, consequentemente, não fossem integrados no programa Operação Produção, as suas reivindicações foram recusadas. A resposta a estas reivindicações foi de que estes não tinham direito a carteira de trabalho, não obstante estivessem a colaborar com o Ministério da Saúde no que se refere à recolha e pesquisa

---

<sup>22</sup> A operação produção foi oficialmente determinada a partir da diretiva ministerial sobre a evacuação das cidades de 15 de junho de 1983. Esta diretiva foi fundamentada com base nas decisões do IV Congresso do Frelimo, dentre as quais anunciava como medidas “pôr cobro ao fluxo descontrolado do campo para as cidades e proceder à evacuação e recolocação no campo da população excedentária e improdutiva que se concentra nas cidades” (Notícias, 1983a. p.3). Segundo a diretiva, as medidas inseriam-se “na larga ofensiva que se leva a cabo contra a fome, contra o subdesenvolvimento e por uma melhor organização da economia e direção da sociedade” (Notícias, 1983a. p.3). Para o governo, a concentração das pessoas nas cidades sem produzir resultava em ações de marginalismo e criminalidade, ameaçando consequentemente a ordem e tranquilidade pública. Desta feita era necessário pôr fim a esta situação criando “uma condição fundamental para o respeito da legalidade do bem-estar e segurança das pessoas e bens” (Notícias, 1983a p.3) Os indivíduos considerados improdutivos estabelecidos nas cidades deviam se inscrever voluntariamente ou seriam enviados coercivamente para as zonas de operação produção. As pessoas podiam ser interpeladas nos espaços públicos ou em suas residências, e caso não comprovassem os seus modos de vida, e na ausência de documentos como o cartão de residente, cartão de trabalho, bilhete de identidade, e no caso de estrangeiro passaporte e D.I.R.E (Documento de Identificação de Residência para Estrangeiro) eram conduzidas aos postos de verificação e posteriormente aos campos de produção. Os postos de verificação permitiam uma análise de cada caso, no fim deste processo de verificação a pessoa poderia ser colocada em liberdade ou atribuída uma guia para circulação temporária, ou enviada para os centros de evacuação. Os indivíduos enviados para os centros de evacuação deviam coercivamente abandonar as cidades, conduzidas dependendo dos dados que o indivíduo forneceu ou para o que se denominou de unidades de produção (Zonas que constituem polos de desenvolvimento), ou para centros de redução. (Notícias, 1983b).

de determinadas plantas e raízes com propriedade medicinal. Este facto, segundo as autoridades, não significava que as suas atividades eram reconhecidas.

Para Honwana, havia um contrassenso na forma como o Estado/Frelimo lidava com os médicos tradicionais, se de um lado, estes eram combatidos, do outro, estavam presentes e inclusive oferecendo os seus serviços ao partido-estado. Este fato, segundo Honwana, revelava que a Frelimo/Estado tinha consciência do valor desta medicina e dos seus agentes, não obstante, de forma oficial e pública o discurso fosse o de reprimi-los (Honwana, 2002).

Foi nesse contexto, que os médicos tradicionais se reuniram entre os dias 14 e 15 de agosto de 1992, na cidade de Maputo, em sua primeira conferência com o objetivo de analisar o relatório de atividades do núcleo organizativo que havia sido criado quatro anos atrás. Este encontro foi na altura presidido por António Chechele, então presidente do núcleo organizativo a nível da cidade de Maputo. O encontro visava a preparação de uma conferência de extensão nacional a realizar-se na cidade de Maputo, com vista à aprovação dos estatutos que permitiriam a oficialização da agremiação. Neste encontro foram traçadas as linhas gerais para o funcionamento da organização, no que concerne à mobilização de novos membros, ao melhoramento da situação financeira da agremiação e, sobretudo, à organização da eleição dos órgãos diretivos que iriam conduzir os destinos da associação. Durante os quatro anos de atividade, desenvolvidas pela comissão instaladora da associação, segundo Chechele, haviam sido mobilizados cerca de 2737 membros, a maioria exercia suas atividades na cidade de Maputo. Os motivos para aquela conferência, resultavam da necessidade dos médicos tradicionais se unirem e desenharem estratégias para a oficialização das suas atividades. Tal como referiu Chechele na época:

Anteriormente trabalhávamos dispersos. Nem todos tínhamos acesso às políticas deliberadas pelo Governo para o exercício da nossa atividade, para além de que era difícil a troca de experiências com os profissionais da saúde (Notícias, 1992b, p.8).

Portanto, havia uma consciência da necessidade organizativa entre os médicos tradicionais. Na altura, os médicos tradicionais destacaram, em seu relatório apresentado na sessão de abertura, como um dos problemas no seu seio, o baixo nível acadêmico dos seus membros. Este fato, segundo os médicos tradicionais, fazia com que os seus membros não dominassem os objetivos que norteavam a organização, para isso era necessário desenvolver um trabalho de divulgação das suas diretivas. O encontro havia reunido cerca de 70 médicos tradicionais, todos baseados na cidade de Maputo.



Depois deste encontro, os médicos tradicionais voltaram a se reunir entre os dias 26 e 28 de agosto de 1992. Neste encontro foi constituída a Associação de Medicina Tradicional de Moçambique (Ametramo), e foi eleito para o cargo de presidente a Banú Idrisse. Na ocasião, o então Ministro da Cultura e Juventude, Mateus Katupa, disse na cerimônia de encerramento da conferência constitutiva que o reconhecimento do papel da medicina tradicional pelo Governo e pelo Estado significava a valorização da cultura moçambicana.

O ministro da cultura e juventude afirmou, ainda, ser tarefa prioritária dos médicos tradicionais, o levantamento e classificação das plantas, do seu valor curativo, as doenças alvo, bem como a determinação das dosagens a serem ministradas aos pacientes. Salientou a necessidade de sistematização do conhecimento que considerou multiseccular, e importante na instauração de uma estabilidade mental e social.

Acreditamos que no seio da vossa associação existem grandes psicólogos, psicanalistas e conhecedores dos segredos da natureza, que utilizados não de forma charlatanesca poderão contribuir na resolução dos problemas comunitários (Notícias, 1992a, p.2)

A presidente da associação, então eleita, afirmou na ocasião que a associação, então criada, tinha como agenda futura a criação de farmácias de venda de medicamentos tradicionais e inclusive a instalação de clínicas. Leonardo Simão, então ministro da saúde, presente na Conferência, afirmou que o Governo concebia como medicina tradicional “um conjunto de conhecimentos técnicos, de preparação e utilização de substâncias naturais, medidas e práticas que tem como base os fundamentos sociais e culturais de todo o povo e que servem para diagnosticar, prevenir ou eliminar um desequilíbrio de bem-estar físico, mental ou social” (Notícias, 1992a, p.2). O ministro da saúde apelou aos médicos tradicionais que era necessário que o conhecimento sobre a medicina tradicional fosse registrado de forma a não se perder.

Os estatutos da Ametramo, que estiveram em debate durante a Conferência, apontavam como propósito da organização, entre várias coisas, a promoção da medicina tradicional no que concerne à pesquisa de métodos e técnicas de cura, desencadear mecanismos de troca de experiência entre os médicos tradicionais e, sobretudo, mecanismos de cooperação entre a medicina tradicional e a medicina moderna.

Outrossim, a Ametramo surge como resultado das transformações ocorridas na década de 90, a transição de um regime mono-partidário para um regime multipartidário. Ou seja, o término da guerra civil em 1992 por meio da assinatura dos acordos de paz,

permitiu a mudança do regime socialista, para o regime mais democrático e pluralista. Esse contexto permitiu mais abertura para o respeito às liberdades fundamentais, e sobretudo às liberdades de associação. Portanto, a criação da Ametrano, dá-se, efetivamente, nesse contexto de transição, em que se faz a revisão da constituição e se introduz o multipartidarismo acompanhado com o modelo capitalista neoliberal. O novo Moçambique, neoliberal, passou a ser mais englobante, permitindo o estabelecimento da religião a partir de igrejas e a institucionalização de Organizações não Governamentais. A nação moçambicana passou a se instituir a partir do entrosamento e reconciliação dialética e contínua entre a tradição e a modernidade (FRAY, 2003). Neste contexto, como refere Mahumana (2013), foram introduzidas novas formas de governamentalidade, que se caracterizaram pela abertura e aceitação do pluralismo médicos em Moçambique e a prática dos médicos tradicionais deixou de ser denominada como obscurantista, nos discursos do governo, para ser chamada de “medicina tradicional” (Mahumana, 2013).

Outras abordagens apontam como fator influenciador para o surgimento da associação, não apenas a mobilização e reivindicação por parte dos médicos tradicionais para o exercício das suas atividades, mas sobretudo o Estado como o principal ator na criação da Ametrano, como forma de exercer controle sobre os médicos tradicionais (Honwana, 2002; Meneses, 2004a, 2005; Mahumana, 2013). O fato dos médicos tradicionais terem reconhecimento por parte da sociedade e, sobretudo, a aprovação por parte das estruturas locais na mediação e ou resolução de conflitos locais, teria levado com que o Estado quisesse assumir controle sobre as atividades dos médicos tradicionais. Um outro fator importante é que sendo os médicos tradicionais atores aglutinadores e influenciadores de opiniões, devido ao seu estatuto privilegiado dentro dos contextos comunitários, tornou esse fator profundamente importante para os interesses políticos da Frelimo (Honwana, 2002; Meneses, 2004a, 2005), sobretudo com a abertura política e, conseqüentemente, o regime multipartidário e instauração de eleições. Ou seja, é interessante o fato de que a maior parte dos espaços que funcionam como sedes da Ametrano, são espaços pertencentes ao partido Frelimo e os médicos tradicionais se identificam como membros daquele partido. Paradoxalmente, o mesmo partido que os perseguiu após a independência.

A Ametrano é, por assim dizer, o resultado de interesses e vontades comuns entre os próprios praticantes da medicina tradicional que consistia na reivindicação pela autorização devido à instabilidade repressiva constante no exercício das suas atividades

profissionais, mas é, igualmente, o resultado dos interesses do Estado em controlar esses agentes, inclusive do ponto de vista eleitoral. Portanto, a Ametramo é fruto da busca de uma institucionalização entre os médicos tradicionais, uma regulamentação que permitisse aos médicos tradicionais exercerem as suas atividades dentro dos parâmetros normativos. A regulamentação tornava-se imprescindível para o estabelecimento de normas internas entre os médicos tradicionais, na identificação entre pares dos que legitimamente poderiam exercer esta atividade. A partir da regulamentação das suas atividades seria possível identificar os verdadeiros e legítimos médicos tradicionais e, conseqüentemente, eliminar a classe dos denominados charlatões. Não obstante, para Honwana, esse fato pudesse produzir efeitos contrários. Para Honwana, o fato dos indivíduos poderem ser legitimados como médicos tradicionais por uma organização “moderna”, permitiria a proliferação de médicos tradicionais falsos que, por via de processos digamos “legais”, poderiam forjar sua identificação. Honwana chamava atenção aos processos próprios de legitimação desses agentes que entrariam em causa com os processos digamos “modernos” que a organização buscava instituir (Honwana, 2002). Aliás, como referiu Meneses (2004a), a legitimidade não é tanto alcançada por questões burocráticas, como cartão de membro, certificação etc., entre os médicos tradicionais a legitimidade é alcançada a partir do número de consulentes que os procuram. E a ausência de consulentes revela a identidade charlatã do suposto médico tradicional (Meneses, 2004a).

Portanto, após a sua formação, a Ametramo se mostrou aberta para uma cooperação com o Ministério da Saúde, em particular com o Gabinete de Estudos da Medicina Tradicional, criado na altura com o objetivo de pesquisar esse campo. E procurou estabelecer uma melhor organização entre os médicos tradicionais, de forma a consolidar o seu estatuto social e profissional. Entretanto, como veremos mais adiante, a própria Ametramo, a partir de um determinado período, passou a não representar interesses comuns, passou a ser palco de conflitos internos ligados ao poder e a gestão dos recursos da própria associação. Este fato não só permitiu mudanças em nível interno da própria associação, como também permitiu a criação de outras associações. Como referiu Mitano et al. (2016), o reconhecimento da medicina tradicional através da criação do Gabinete da Medicina Tradicional, da AMETRAMO, e da Política da Medicina Tradicional, não constitui valorização da medicina tradicional, mas sim, como sugerem os autores, um déficit do Sistema Nacional de Saúde em oferecer serviços de saúde à população, uma

vez que os médicos tradicionais abrangem uma boa parte da população, enquanto o SNS cobria somente 40% da população. Apesar deste reconhecimento da medicina tradicional, a integração da medicina tradicional no SNS, não é efetiva, não permitindo, deste modo, o direito à saúde às populações (Mitano, et al., 2016).

Essas questões serão discutidas mais adiante, ao buscarmos compreender como é que se encontra estruturado o campo médico tradicional na contemporaneidade moçambicana e qual é o seu estatuto.

## **5.6 As metamorfoses da “medicina tradicional” dentro do Ministério da Saúde**

No seio do próprio Ministério da Saúde, ocorreram várias transformações no que se refere ao órgão que deveria ser responsável pela medicina tradicional. Depois do Gabinete de Estudos da Medicina Tradicional, criado em 1977, as atividades relacionadas à medicina tradicional foram integradas ao Departamento de Estudos de Plantas Medicinais e Medicina Tradicional (DEPMMT), uma direção científica do Instituto Nacional de Saúde, subordinado ao Ministério da Saúde, criado a partir do Estatuto Orgânico do Instituto Nacional de Saúde aprovado pelo diploma ministerial n 89/2004 de 12 de Maio.

O Instituto Nacional de Saúde, aquando da sua criação, tinha como objetivos:

1. Promover o desenvolvimento da investigação em saúde aos diferentes níveis de atenção para a garantia de uma melhor definição e gestão de programas de saúde; 2. Promover e efetuar a investigação em saúde com base nas prioridades definidas pela agenda nacional de pesquisa; 3. Incentivar a investigação em sistema de saúde como instrumento para a definição da política de saúde; 4. Garantir a investigação científica multisetorial e disciplinar através das instituições de investigação afins e outros órgãos de reconhecida competência técnica (Boletim da República, 2004a, p.151).

Em 2010, foi criado, a partir do diploma ministerial n 52/2010 de 23 de março, o Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMT), consubstanciado com a Resolução n°11/2004, de 14 de abril, que aprovava a Política Nacional da Medicina Tradicional (PNMT) e a Estratégia da sua implementação. Esta política foi aprovada no espírito de que existia a “necessidade premente de se institucionalizar um órgão que, por um lado, valorize, investigue, divulgue e promova a Medicina Tradicional em Moçambique e, por outro, reforce a colaboração entre a Saúde Convencional e a Medicina Tradicional” (Boletim da República, 2010, p.81). Com a criação do Instituto Nacional de Medicina Tradicional, todas as competências e funções ligadas à Medicina Tradicional previstas na

alínea d) do Artigo 15º do diploma ministerial n 89/2004, de 12 de maio, acopladas à Direção Científica do Instituto Nacional de Saúde – Departamento de Estudos de Plantas Medicinais e Medicina Tradicional - foram transferidas para o Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMT). O Instituto Nacional de Medicina Tradicional tinha dentre outras funções as seguintes:

a) Velar pelo uso apropriado e seguro pelos cidadãos da Medicina Tradicional, com vista à sua valorização; b) Promover, dinamizar e tomar medidas apropriadas para obter a colaboração dos praticantes da Medicina Tradicional, no desenvolvimento e implementação dos Programas do Ministério da Saúde; c) Promover, dinamizar, incentivar e tomar medidas apropriadas para a formação dos praticantes da Medicina Tradicional; d) Promover a formação dos técnicos de saúde em matérias relacionadas com a Medicina Tradicional; e) Assegurar no seio dos praticantes da Medicina Tradicional o respeito pelos valores éticos, nomeadamente segurança, privacidade e confidencialidade; f) Monitorar, através das Direções Provinciais de Saúde, a prestação de Cuidados de Saúde pelos praticantes da Medicina Tradicional, de modo a garantir a qualidade dos cuidados por eles, evitar práticas prejudiciais à saúde da população, bem como a publicidade enganosa de terapêuticas e de sucessos terapêuticos sem qualquer fundamento e/ou comprovação científica; g) Estimular o cultivo e a conservação de plantas medicinais tradicionais e o desenvolvimento local de medicamentos tradicionais com base nos princípios activos de plantas medicinais tradicionais; h) Colaborar com o Instituto Nacional de Saúde e com o Instituto de Etnobotânica do Ministério da Ciência e Tecnologia na promoção, incentivo e no desenvolvimento da investigação sobre a Medicina Tradicional, utilizando metodologias científicas internacionalmente aceites, com vista à sua valorização e sua utilização pelos cidadãos em condições de maior segurança (Boletim da República, 2010, p. 82).

Em 2017, o Instituto de Medicina Tradicional passou para Direcção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa (DNMTA). O estatuto orgânico do Ministério da Saúde, aprovado pela resolução nº 4/2017, em sua estrutura (sistema orgânico), descrito no seu Artigo 4º, dentre vários sectores, compõe a Direcção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa. Esta tem como funções:

a) Conceber e elaborar propostas de políticas e estratégias na área da medicina tradicional; b) elaborar e atualizar legislação específica de saúde em matéria de medicina tradicional e alternativa, promover a sua implementação e cumprimento por todos os sectores da sociedade; c) Promover o desenvolvimento da medicina tradicional e alternativa e outras formas de medicinas alternativas; d) Promover o uso seguro e sustentável da medicina tradicional, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários e de forma complementar em coordenação com áreas afins; e) incentivar a educação e treino em medicina tradicional e alternativa em coordenação com áreas afins; f) Colaborar na proteção da biodiversidade com os sectores afins; g) Cooperar em matéria de ensino e investigação com áreas afins; h) Priorizar e desenvolver pesquisa na área de medicina tradicional e alternativa; ... (Ministério Da Saúde, 2017, p.511-512).

O órgão que responde pela medicina tradicional, dentro do Ministério da Saúde, passou do Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional para Departamento de Estudos de Plantas Medicinais e Medicina Tradicional, posteriormente se tornou Instituto de

Medicina Tradicional e atualmente, o órgão deixou de ser um instituto para uma direção, neste caso, Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa. Estas mudanças dentro do Ministério da Saúde, relativas às designações referentes aos órgãos que respondem sobre a medicina tradicional, sofreram grande influência das resoluções e recomendações da OMS, inclusive das políticas que se efetivaram, sobretudo, depois da conferência de Alma Ata (Mahumana, 2013).

Esta última mudança, do Instituto de Medicina Tradicional para a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa, segundo o Ministério da Saúde, deu-se, essencialmente, devido a razões financeiras. Uma vez que um Instituto necessitaria de uma autonomia administrativa e financeira, o que significava ter capacidade de gerar rendimentos *per si*. O que estava longe de ser alcançado por aquele órgão.

**Quadro 1 - Legislação relativa à medicina tradicional e transformações dentro do Ministério da Saúde de Moçambique independente**

Legislação			
Nome	Ano	Conteúdo aprovado	Conteúdo relativo a Medicina Tradicional, designações e mudanças
Decreto N 1/75	Aprovado em conselho de ministro em 27 de julho de 1975	Aprova e Define as tarefas e funções que cabem a cada ministro.	No seu artigo n 38 refere que o Ministerio da Saúde tinha a responsabilidade de “impulsionar a investigação científica e farmacologica e em particular os estudos sobre a medicina tradicional”
	1977	Cria o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional	Criação do Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional
Despacho de 6 de Novembro de 2002	2002	Aprova a constituição o grupo de trabalho com objetivo de propor uma Política Nacional de Medicina Tradicional	Constitui o grupo de trabalho com objetivo de propor uma Política Nacional de Medicina Tradicional

Diploma ministerial n 89/2004 de 12 de Maio	6 de Abril de 2004	Aprova o Estatuto Orgânico do Instituto Nacional de Saúde (INS)	No seu Sistema Orgânico (estrutura), o Instituto Nacional de Saúde enquadra a Medicina Tradicional, dentro de uma direção científica do Instituto Nacional de Saúde, Como Departamento de Estudos de Plantas Medicinais e Medicina Tradicional
Resolução n 11/2004 de 14 de Abril	Aprovada em conselho de ministro 2 de Março de 2004	Aprova a Política da Medicina Tradicional e Estratégias da sua Implementação	Política da Medicina Tradicional e Estratégia da sua Implementação
Diploma Ministerial n 52/2010 de 23 de Março	4 de Novembro de 2009	Cria o Instituto de Medicina Tradicional (IMT)	Criação do Instituto de Medicina Tradicional
Resolução n 4/2017 de 26 de Maio	Aprovada pela Comissão Interministerial da Reforma da Administração Pública aos 24 de Fevereiro de 2017	Aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde e Revoga o Diploma Ministerial n 94/97, de 22 de Outubro	No seu Sistema Orgânico (estrutura) o Ministério da Saúde, contempla dentre várias direções e departamentos, a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa.

## 5.7 A política da medicina tradicional

Num despacho de novembro de 2002, através do Boletim da República, foi aprovada a formação de um grupo de trabalho com vista a regulamentar uma Política Nacional de Medicina Tradicional. Esta tinha como principais objetivos “regulamentar [a medicina tradicional] e contribuir para a promoção da Saúde Comunitária, bem [como] assegurar a observância dos aspectos elementares da propriedade intelectual e biodiversidade.” (Boletim da República, 2002, p. 345).

A Política Nacional de Medicina Tradicional foi justificada por várias razões, por exemplo, pelos objetivos que haviam sido descritos no Programa Quinquenal do Governo 2000-2004, aprovado pela Resolução n° 4/2000 de 22 de março, que referenciava, no que tange ao desenvolvimento social, como objetivos, dentre outros:

promover a prevenção de doenças através da formação e divulgação de práticas mais sadias e aumentar o acesso dos cidadãos moçambicanos a assistência médica e sanitária, através do aumento da qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde. Esforços serão desenvolvidos para a extensão da rede, a melhoria dos serviços de prevenção, o provimento do atendimento básico dos doentes particularmente nas zonas rurais. Será incentivada a participação ativa

das comunidades nos programas de saúde. Será melhorada a colaboração com a medicina tradicional por forma a ser utilizada de forma cada vez mais segura pelos cidadãos (Boletim da República, 2000, p. 3).

Para este efeito, o Governo, em nível do sector da saúde, pretendia realizar, no que se refere à medicina tradicional, as seguintes ações:

Continuar os esforços de pesquisa e valorização da medicina tradicional com vista a sua utilização mais segura pelos cidadãos; e Estabelecer formas de colaboração com os praticantes de medicina tradicional, principalmente nos programas de promoção de saúde e prevenção de doenças (Boletim da República, 2000, p.7).

Foi igualmente justificada pelo reconhecimento que o Governo tinha relativo ao reduzido alcance do Serviço Nacional de Saúde à população. Segundo o Governo, o Serviço Nacional de Saúde cobria apenas 40% da população e a grande maioria recorria aos médicos tradicionais. Portanto, este discurso do Governo justificou a necessidade de estabelecer uma colaboração entre aquilo que o governo chamou de saúde convencional e a medicina tradicional, se propondo a melhorar a qualidade da medicina tradicional “refinando as práticas e conhecimentos e estimulando a realização de pesquisa nesta área.” (Boletim da República, 11/2004b, p. 130,).

No momento da aprovação da Resolução nº 4/2000, o Governo reconhecia o carácter não oficial desta medicina, no entanto, não chega a mencionar os processos de repressão e marginalização que o próprio Governo, após a independência, exercia sobre a medicina tradicional. Aliás, o documento que aprova a Política Nacional de Medicina Tradicional, ao referenciar razões históricas que justificam a sua criação, faz uma incursão dos processos de repressão exercidos sobre esta medicina no período colonial, mas não chega a referenciar a continuidade desta prática no período após a independência.

A contextualização feita, com vista a determinar a sua importância e justificá-la, para a sua normatização em política nacional parte da necessidade de colocar a medicina tradicional como uma forma peculiar moçambicana de cura. Refere o documento que a medicina tradicional constitui um saber geracional que se caracteriza por uso de “plantas e de produtos de origem natural e mineral”. É interessante referir que o documento faz uma separação entre aquilo que chama de “ritos-mágicos religiosos” (muito associado à parte espiritual destas práticas), com o que chamou de saber curativo (baseado em plantas). E destitui o saber médico tradicional de qualquer pressuposto espiritual, que caracteriza essas práticas. O documento faz referência à legislação colonial que proibia a



prática da medicina tradicional e a concepção construída em torno da medicina tradicional:

Durante o período colonial, a medicina e a farmacopeia tradicional passaram a ser consideradas como não saberes, ou práticas superficiais e supersticiosas e de índole folclórico. Assim ficou reduzida às práticas ditas obscurantistas, onde os praticantes da medicina tradicional eram muitas vezes confundidos com feiticeiros (Boletim da República, 11/2004b, p. 131).

Portanto, sendo a medicina tradicional parte intrínseca da sociedade moçambicana e por constituir um saber geracional importante, era crucial, segundo o documento, que este saber fosse preservado. Outra razão que impulsionou a aprovação desta política, foi a Conferência de Alma-Ata, de 1978, organizada pela OMS em que ela, para além de mostrar a importância da medicina tradicional, exortava aos governos membros a integrar a medicina tradicional nos sistemas de saúde, valorizando e conservando os medicamentos tradicionais. Outro aspecto que justificou a aprovação da Política Nacional de Medicina Tradicional foi a existência da Ametramo (Associação de Medicina Tradicional em Moçambique), que havia sido criada em 1992, com vista a reconhecer e valorizar o conhecimento e o trabalho dos médicos tradicionais.

Portanto, estas foram as razões que justificaram a constituição de uma Política Nacional de Medicina Tradicional. Esta política tinha como objetivo a:

Integração do Sistema da Medicina Tradicional no Sistema Nacional de Saúde de modo a garantir cuidados de saúde primários, seguros e com qualidade a toda população moçambicana. [e mais especificamente], a) Promover o desenvolvimento da medicina tradicional e outras formas de medicinas alternativas; b) Priorizar e desenvolver pesquisa na área de Medicina Tradicional; c) Promover o uso seguro e sustentável da medicina tradicional, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários; d) Incentivar a educação e treino dos médicos tradicionais e do pessoal de saúde convencional em medicina tradicional; e) Promover a análise conducente ao desenvolvimento de um ambiente regulamentar adequado ao reconhecimento do conhecimento da medicina tradicional que favoreça o seu enquadramento legal, à luz dos instrumentos internacionais, relativos aos direitos de propriedade intelectual, incluindo os direitos das comunidades indígenas; f) Assegurar a protecção da biodiversidade; e g) Promover os aspectos preventivos da Medicina Tradicional (Boletim da República, 11/2004b, p. 132).

A integração da medicina tradicional ao Sistema Nacional de Saúde deveria observar a sua comprovação, segurança, eficácia e qualidade. Em outras palavras, a política referia que era necessário que a medicina tradicional se adequasse aos padrões da medicina moderna e tudo quanto não era possível comprovar cientificamente não era susceptível de ser legitimado. Entretanto, todas as práticas ligadas à espiritualidade, que constituem a parte fundamental no exercício da atividade médica tradicional foram

colocadas em causa. Desta forma, o Governo se propunha a colaborar com os médicos tradicionais de forma a salvaguardar o que designou de exercício seguro e sustentável do saber médico tradicional a partir de uma adequada regulamentação e, sobretudo, impulsionar a pesquisa dentro dessa prática.

A definição de políticas relativas à medicina tradicional, segundo a Direção Nacional de Medicina Tradicional e a Organização Mundial da Saúde, deveria ser imbuída de bases científicas e tudo aquilo que se encontra destituído dessa base carecia, deste modo, de legitimidade que lhe possibilitasse inclusão dentro das políticas públicas. Ou seja, isto exclui toda a dimensão relativa à espiritualidade, que parece ser a base da prática médica tradicional, porque incompreensível cientificamente não podia constituir conteúdo para sua inclusão nas políticas de saúde. Para Mahumana (2013), as políticas do Estado mostram claramente o seu interesse em converter o conhecimento empírico dos médicos tradicionais em conhecimentos científicos. Sendo que a ideia última das políticas do Ministério da Saúde se resume em exercer controle sobre os médicos tradicionais sem, no entanto, o reconhecimento profissional da sua prática (Mahumana, 2013).

Este parece ser um ponto dilemático no processo de institucionalização da medicina tradicional, isto porque o que caracteriza fundamentalmente aquele grupo de praticantes de medicina tradicional é efetivamente esta dimensão espiritual. Aliás, como se revelou no campo, e o que mais adiante iremos nos debruçar, para os médicos tradicionais o seu poder de cura deriva da sua possessão pelos espíritos. Este cenário mostra como a medicina moderna decide o que deve ser ou não legitimado, colocando critérios de aceitação ou reconhecimento da medicina tradicional. Forçando para que a medicina tradicional se ajuste ao seu cânone.

As políticas públicas elaboradas pelo Ministério da Saúde, com objetivos colaborativos com a medicina tradicional, têm colocado esta medicina num lugar de subalternidade, num lugar elementar na estrutura de cuidados. Isto resulta da estratégia da própria OMS, em cobrir os cuidados primários de saúde, utilizando-se dos agentes médicos tradicionais, como sendo, não apenas agentes que vêm lidando com a questão da saúde no seio da comunidade, bem como agentes que fazem parte da comunidade e detêm um estatuto privilegiado por esta comunidade. O discurso sobre a integração da medicina tradicional dentro da medicina moderna, promovido pelo Estado e a OMS, é uma estratégia para destituir os médicos tradicionais do controle que estes agentes detêm sobre os processos de cura na sua comunidade.

Portanto, a medicina tradicional, dentro dos parâmetros da medicina moderna, passa a ser designada como complementar e o médico tradicional é visto como aquele agente que precisa ser submetido a treinamento para que seja inserido ao mundo da biomedicina (Meneses, 2004a, 2005). As políticas consideram os médicos tradicionais como parte integrante no processo de promoção da saúde, sobretudo a saúde primária. No entanto, esta promoção está imbuída de um discurso científico, sendo que a medicina tradicional, passa a ser incluída, num discurso que reflete categorias metodológicas e epistemologicamente científicas (Mahumana, 2013).

### 5.8 O discurso do Estado sobre a institucionalização da medicina tradicional

A institucionalização da medicina tradicional, segundo o discurso do governo, pode ser entendida como um *já e ainda não*. Como algo que se encontra em processo, algo inacabado. Entretanto, algo que durante o processo vai deixando lacunas, sombras e inconsistências.

A Política Nacional de Medicina Tradicional (PNMT) entende a institucionalização da medicina tradicional “como a formalização da medicina tradicional no Sistema Nacional de Saúde” (Boletim da República, 11/2004b, p.132). E ela deve, segundo PNMT, contribuir para alargar a abrangência dos serviços de saúde, estabelecendo “uma legislação e regulamentação da atividade da medicina tradicional, a defesa dos direitos de propriedade de conhecimento local e das comunidades e a alocação de recursos adequados.” (Boletim da República, 11/2004b, p.132)

Ainda em relação à institucionalização, o documento estabelece a necessidade de se desenhar “estratégias e planos” com vista a impulsionar

o cultivo, a produção local e o uso racional de medicamentos tradicionais, bem como promover a colaboração entre os médicos tradicionais e médicos convencionais em aspectos como, referência de doentes, troca de informação e promoção de investigação, mormente nas áreas de pesquisa sobre a eficácia, segurança e qualidade de medicamentos e tratamentos tradicionais (Boletim da República, 11/2004b, p.132).

O documento estabelece, ainda, a necessidade de se conceber o que se chamou de *organismo profissional* que pudesse se dedicar à produção de códigos de conduta e de ética, no estabelecimento de normas, formas de identificação, registro e acreditação de médicos tradicionais. A institucionalização neste âmbito, se define como legitimação e inclusão das práticas médicas tradicionais no Sistema Nacional de Saúde. Este processo de institucionalização deveria ser regido por instrumentos legais, tal como a determinação

de uma legislação e regulamentação própria, de um lado, bem como a proteção dos direitos de propriedade intelectual dos médicos tradicionais, de outro lado (Boletim da República, 11/2004b). Portanto, pode-se compreender, a partir das razões mencionadas pela OMS e pelo Estado, que a legitimação da medicina tradicional tem motivações não necessariamente ligadas a uma valorização desse grupo, mas como forma de alcançar os objetivos daquelas duas instituições, se utilizando do potencial mobilizador que este grupo possui.

O documento estabelece a necessidade de se criar formas de conceber e incrementar estratégias que visem impulsionar a produção e a utilização regrada da medicina tradicional, bem como proporcionar uma excelente cooperação entre os médicos tradicionais e os médicos convencionais; impulsionar a pesquisa, troca de experiência e conhecimentos no que concerne à eficiência, segurança e qualidade na prática médica tradicional.

No que concerne aos intervenientes e suas responsabilidades no processo de institucionalização, o documento destaca o Governo, especificamente o Ministério da Saúde, como principal entidade na planificação e coordenação do processo de institucionalização da medicina tradicional. O Ministério da Saúde se responsabiliza ainda, na mobilização de recursos para formação dos profissionais de saúde em questões ligadas à medicina tradicional. O documento inclui ademais como intervenientes, os sectores da educação, ciência e tecnologia, cultura, informação e comunicação, os sectores de coordenação para acção ambiental, agricultura e desenvolvimento rural, a administração estatal e indústria. Todos estes intervenientes têm suas responsabilidades específicas. O documento aponta, igualmente, para os parceiros, que são constituídos pela sociedade civil (organizações da sociedade civil, organizações não-governamentais e socioprofissionais, organizações sindicais, organizações de base da comunidade), as agências de cooperação para o desenvolvimento, o sector privado e as instituições de investigação. Portanto, nesta descrição as associações de medicina tradicional são posicionadas como detendo um papel secundário no processo da institucionalização das suas práticas. O Governo, com a sua disposição multisetorial, se coloca como o principal interveniente no processo e regulamentação das práticas médicas tradicionais (Boletim da República, 11/2004b). Como veremos mais adiante, este é um dos pontos que tem levantado muita discussão entre o Estado e os médicos tradicionais.

O documento reconhece, que o processo de marginalização, rotulação e desqualificação, com que a medicina tradicional se debateu durante séculos, impulsionou

sobremaneira a sua desvalorização e não uso pelas populações nos tempos hodiernos. Em razão desse contexto, o Governo, por meio deste documento, se coloca na responsabilidade de defender a medicina tradicional ao concernente à divulgação de informações importantes, sobre valor e papel dessa medicina.

Em relação ao direito de propriedade do conhecimento médico tradicional, o documento refere a necessidade de se assegurar o registo e proteção do conhecimento médico tradicional, dentro dos parâmetros e instrumentos de validação internacional. O Governo reconhece a necessidade de se elaborar uma legislação própria de proteção de direitos de propriedade dos conhecimentos médicos tradicionais, acautelando a propriedade individual deste conhecimento, assim como a propriedade comunitária ou coletiva de modo que os benefícios dos direitos associados a esse conhecimento sejam equitativamente partilhados a partir de mecanismos que derivam do seu uso e comercialização.

## **6 AS ASSOCIAÇÕES DE MEDICINA TRADICIONAL E AS REIVINDICAÇÕES PARA A REGULAMENTAÇÃO DAS SUAS ATIVIDADES NA CONTEMPORANEIDADE**

Neste capítulo, pretendemos desenvolver em substância os contornos do processo da regulamentação da medicina tradicional em Moçambique na contemporaneidade. Como descrito nos capítulos anteriores, este processo de luta pela regulamentação e reconhecimento da prática médica tradicional é muito antigo, data desde o período colonial. E foi impulsionado por eventos peculiares a cada contexto histórico, mas sempre associado a questões ligadas a proibição, marginalização, desqualificação, acusações etc. Neste sentido, vamos explorar os argumentos produzidos pelos sujeitos pesquisados. Para tal empreendimento, este texto divide-se em três partes: (1) descrever e mapear as associações de medicina tradicional e sobretudo, apresentar o histórico de sua formação; descrever o perfil dos agentes que compõem a Direção Nacional de Medicina Tradicional, (2) apresentar e debruçar sobre os fundamentos das demandas pela legitimação e regulamentação da medicina tradicional e (3) por último explorar os entraves que cercam o processo da regulamentação.

### **6.1 Mapeamento e Formação das Associações de Medicina Tradicional**

Neste item apresentamos as associações que se encontram em funcionamento nas regiões onde a pesquisa foi realizada. Estas associações representam, em parte, o retrato e extensão da sua ação em todo o país. Ou seja, a maior parte destas associações, sobretudo a Ametramo tem uma cobertura nacional. Para além destas associações acreditamos que é possível que existam outras que não foram aqui mencionadas. Entretanto, as estruturas que gerem a medicina tradicional e sobretudo os próprios médicos tradicionais foram unânimes em referir a existência apenas destas associações que em seguida apresentamos. Depois desta caracterização apresentaremos, de forma histórica, a formação destas associações.

#### **6.1.1 Associações Ativas Encontradas**

A nossa pesquisa de campo foi realizada em três locais, província e cidade de Maputo, província de Gaza (cidade de Xai-Xai) e província de Inhambane (cidade da Maxixe). As razões para a realização da pesquisa nesses lugares foram devidamente

apresentadas na descrição metodológica. Nestes locais, foi realizado o mapeamento das associações que se encontram em funcionamento. Encontramos um total de sete associações de médicos tradicionais (n'angas/nyanga, nhamusoros etc.) ativas. Mesmo assim acreditamos que possam existir mais associações que não foram aqui mencionadas.

As associações de médicos tradicionais encontradas são: Ametramo (Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique), AERMO (Associação dos Ervanários de Moçambique), Avemetramo (Associação dos Vendedores de Medicina Tradicional de Moçambique), GETM (Associação Grupo Espiritual e Tradicional de Moçambique), Upramet (União dos Praticantes de Medicina Tradicional), Prometra (Promoção de Medicina Tradicional), Cacometra (Confederação das Associações de Conhecimento de Medicina Tradicional). Para além destas associações, a Cacometra, como confederação das associações de medicina tradicional, engloba outras associações que se dedicam à medicina tradicional natural, mas que não envolvem necessariamente os n'angas/nyangas, nomeadamente: Grupo Polivalente e Cultural, Associação-Jardim Botânico, Associação de Produção de Plantas Medicinais, Associação Agro-psicultura Chivulele Revolução Verde, Associação Ecumênica Kupona, Associação Florista Chambi (Viveiros e plantas) entre outras.

Parte destas associações se congregavam na então extinta Furunta, que era o Fórum de Medicina Tradicional e Alternativa, criada e presidida na altura por Maria de Fátima Mangore que, para além de jurista no Ministério da Saúde, era praticante de medicina tradicional. Com a extinção da Furunta, Mangore criou Amoringa (Associação de Medicina Tradicional Moringa).

### **6.1.2 As associações de medicina tradicional: breve história do seu surgimento**

A Ametramo foi a primeira associação da medicina tradicional legalmente constituída em Moçambique, que ocorreu em setembro de 1992, portanto 17 anos após a independência. Importante referir que a Ametramo foi resultado da junção de diversos grupos de médicos tradicionais, alguns constituídos em agremiações, embora informais, devido à natureza do então contexto, que não permitia o exercício livre destas práticas. A maior parte das associações de medicina tradicional legalmente constituídas depois da independência, surgem como resultado de conflitos e desmembramento com a Ametramo. Como desenvolvido no capítulo dedicado ao histórico da condição dos médicos tradicionais no período pós-independência, a Ametramo surge como a primeira

associação, de medicina tradicional, legalmente instituída depois da abertura democrática de Moçambique com a nova Constituição de 1992, que permitiu a criação independente e autónoma de organizações da sociedade civil. A Ametramo teve a particularidade de contar com o braço do Estado para a sua criação e legalização. Este processo foi consumado após fortes interações entre os médicos tradicionais, o Ministério da Saúde, o Ministério da Cultura, o Conselho Municipal da Cidade de Maputo etc. Foi criada para que tivesse uma abrangência nacional e de modo que os médicos tradicionais pudessem se constituir de forma organizada.

Após o estabelecimento da Ametramo, mais ou menos uma década depois, começaram a surgir conflitos internos, associados à contestação da então representante da organização. Esta contestação deveu-se, de um lado, à luta pelo poder, e de outro, a questões ligadas à ausência de transparência no processo de administração da associação. Havia um descompasso entre a estrutura organizacional manifesta nos estatutos e a forma como a mesma associação operava no terreno. Para além de conflitos geracionais ligados sobretudo a relações de poder, havia conflitos ligados à ausência de transparência na gerência dos fundos da associação: as cotas mensais dos membros da associação eram usadas para benefícios pessoais; os fundos não eram canalizados para as necessidades da associação, tais como infraestruturas (Meneses, 2004a, 2004b, 2005).

Nas reuniões que participei e em visitas à Ametramo, constatei que não havia infraestruturas básicas, assim como móveis. Este foi o cenário encontrado em todas outras associações onde efetuei as minhas pesquisas, algumas funcionavam ao ar livre, outras concedidas infraestruturas a título de empréstimo. Aliás, relativamente a esse último ponto, durante o nosso trabalho de campo inferimos que algumas instalações, sobretudo ocupadas pela Ametramo, pertencem ao partido FRELIMO. Este cenário notou-se para além de Maputo, nas restantes províncias onde a pesquisa foi feita, nomeadamente Gaza e Inhambane. A maior parte destas associações foram unânimes em afirmar a sua ligação ou pertencimento ao partido FRELIMO. Tanto que os seus membros-dirigentes participam das atividades correntes do partido FRELIMO. Tal como referiram: “(...) nas cerimónias do governo somos chamados, no partido FRELIMO também somos chamados, nós curandeiros temos documentos do partido FRELIMO e da OMM. O edifício que trabalhamos é do partido FRELIMO.” (Médica Tradicional, Xai-Xai, 2021, AMETRAMO).

Outro médico referiu:



Temos o desafio de criar a nossa sede...aquele sítio é do grupo dinamizador. Só estamos ali porque nós somos membros da FRELIMO, se não fôssemos membros não estaríamos ali. Sim, por ali é do grupo dinamizador, é do partido, só que como nós todos médicos tradicionais ao nível nacional, quem é médico tradicional é membro da FRELIMO, até temos cartões e pagamos cotas, então eles estão a deixar-nos ali como se estivessem a deixar os seus filhos... (Entrevista, médico tradicional, Xai-xai, 2021, Ametramo).

Em alguns casos, por conta destas carências, os membros preferiam realizar as entrevistas em suas casas ou em locais que não fossem os das associações, por estes não reunirem condições mínimas. A sede nacional da Ametramo, por exemplo, situada no Bairro de Xipamanine na cidade de Maputo, não possui infraestruturas básicas instaladas, senão uma visão de uma infraestruturinha velha, onde a associação aproveita o alpendre no quintal dos fundos para os encontros e realização das suas reuniões.

Voltando ao ponto de discussão, no contexto dos conflitos, a direção chefiada pela então primeira presidente, foi contestada e conseqüentemente destituída por via de pleitos eleitorais internos. Nessas eleições, uma nova direção foi instituída. Entretanto, esta mudança da direção não trouxe melhorias no seio da associação. Os mesmos problemas que apoucavam a associação continuavam: a falta de transparência, as disputas pelo poder etc.

A primeira presidente da Ametramo, que fora destituída, decidiu não permanecer e criou uma outra associação, denominada AERMO (Associação dos Ervanários de Moçambique) em 2002, esta associação concentrou as suas atividades para uma abordagem mais fitoterápica, não obstante, como observamos no campo, a inclusão de outras especialidades. Pode-se afirmar que houve uma estratégia de mudança sob ponto de vista de discurso, mas a abordagem prática não se difere do que vem sendo desenvolvido pela Ametramo e outras associações.

Portanto, a AERMO começou a reproduzir um discurso baseado numa medicina que se reduzia ao uso apenas de plantas medicinais, motivado pela desvalorização e preconceitos produzidos em relação aos aspectos ligados aos rituais e à espiritualidade das suas atividades. Esta associação, apesar de reproduzir e representar uma medicina tradicional ligada apenas ao uso de plantas, em suas atividades cotidianas, os seus membros continuam valorizando como aspecto central das suas práticas a atividade espiritual e ritualística. Esta forma de proceder parece uma manobra do discurso para conquistarem aceitação num contexto em que as suas práticas ainda permanecem ligadas a um cenário preconceituoso de um mundo obscurantista. Inclusive, motivado pelo não

reconhecimento da parte espiritual pela Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa.

A AERMO, tal como outras associações, como nos referimos acima, não possui instalações próprias. Eles partilham um espaço (terreno), no bairro de Matendene, na periferia da cidade de Maputo, com pessoas reassentadas, na altura, devido às cheias de 2000. Eles fazem suas reuniões ao ar livre, este espaço que ainda está em processo de legalização, é considerado como sede da AERMO.

É uma associação de âmbito nacional, representada em todas as províncias, tal como foi nos informado pelo representante da instituição. Notamos, no entanto, que não tem havido comunicação regular entre a AERMO sede e as demais representações. Este cenário ocorre nas outras associações. Aquando da realização da minha pesquisa de campo, a AERMO não tinha presidente. A então presidente havia falecido neste mesmo ano (2021). Neste período a associação se preparava para realizar a sua assembleia geral para a eleição dos membros diretivos.

Na província de Gaza os membros da Ametramo são, igualmente, membros que constituem a AERMO. A título de exemplo, a presidente da Ametramo em Gaza (Sra. Sabina Nhaca) era igualmente a presidente da AERMO. Este cenário ocorre também, um pouco por todas as associações estudadas. O presidente da GETM, por exemplo, associação criada em 2004, até o momento que o entrevistamos continuava ligado com a Ametramo: “Até hoje não me deixam sair por isso deram-me cargo...qual é o problema deles?! eles não querem que eu saia (...)” (Entrevista, GETM, 2021). Portanto, apesar de alguns médicos tradicionais terem abandonado a Ametramo e terem criado as suas próprias associações, estes continuam, de alguma forma, ligados com Ametramo, mesmo conscientes das supostas faltas de transparências, desorganização generalizada etc. Por exemplo, questionado a um médico tradicional sobre as motivações que levaram ao seu desmembramento da Ametramo, este referiu: “A ametramo é uma coisa feita pela Frelimo, é uma coisa particular (...). Também os gajos são desorganizados, passam a vida só a lutarem. Eu comecei a ver que epah existe desorganização aqui. (...) Há luta de poder todos querem ser chefes. Eu comecei a ver que aqui vou perder tempo” (Entrevista, GETM, 2021). Um outro médico tradicional, de uma outra associação, respondeu nos seguintes termos:

Quando é que surge a ideia de eu juntar me com os colegas para a criação desta associação? Uma das causas foi o conflito, eu fui assessor nacional da

AMETRAMO (...). Então, o que se notou lá foi tribalismo, eu era muito conotado, era muito combatido (...) porque diziam que eu queria usurpar lugares e o presidente que eu representava a ele me mandou embora, me demitiu, disse epah a partir de hoje o senhor deixa de ser meu assessor(...)praticamente fui mandado embora da associação, porque para além de me tirarem como assessor, fui combatido, nas reuniões, e havia tribalismo, me chamavam de Chingodo<sup>23</sup> etc. (Entrevista, Upramet, 2021).

Associações como AERMO, GETM, Upramet etc. foram criadas por membros pertencentes outrora à Ametramo. Os membros destas associações relataram, como justificação para a criação das suas associações, entre várias coisas, o não compartilhamento de ideais comuns, casos de perseguição, conflitos de poder, tribalismo e a não transparência na gestão. Temos ainda a Associação para a Promoção de Medicina Tradicional (Prometra). A Prometra trabalha no desenvolvimento da medicina tradicional, dedicando-se na prestação de cuidados de saúde. Esta associação tem como presidente Narciso Mahumana, doutorado em antropologia social, na área da antropologia médica, pela universidade de Sussex no Reino Unido. Para além desta formação moderna ocidental, Mahumana, é um Nhamussoro, médico tradicional. A Prometra, tem sido uma das associações que vêm empreendendo fortes críticas à forma como a medicina tradicional é tutelada pelas autoridades estatais e aos ataques que as redes de medicina tradicional tem sofrido pelas igrejas evangélicas. A Prometra têm defendido que é necessário incluir os médicos tradicionais nos processo de decisão e sobretudo, nas instituições governamentais.

A Confederação das Associações de Conhecimento de Medicina Tradicional (Cacometra) foi criada num contexto em que a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa teria referido que as associações precisavam se organizar e transmitir uma linguagem comum dos seus propósitos e reivindicações. Foi neste sentido que os presidentes das associações se reuniram com vista a criar a confederação, como um espaço de discussão e deliberação de assuntos importantes para a vida das associações, mas, sobretudo, como um mecanismo que pudesse facilitar a interação com o Governo. Foi com este propósito que a Cacometra foi oficialmente constituída em 2014, a partir do Boletim da República N° 44, série III, suplemento N° 2. Entretanto, sucede que a Ametramo ambicionava dirigir este órgão, visto que a presidência da mesma foi indicada para outra associação (a Upramet), assim a Ametramo deixou de fazer parte da confederação.

---

<sup>23</sup> Designação pejorativa para se referir a pessoas da região centro e norte de Moçambique.

[...] fizemos eleições internas...decidiu-se que cada presidente deveria ocupar um lugar de direção...concordou-se...todos os presidentes das associações, propuseram-me a mim. Por ser muito interativo com as pessoas e o governo... a partir dali a Ametramo desistiu de fazer parte da Confederação. Desistiram quando se preparava o organograma, uma vez que não foram nomeados como presidente da confederação, desistiram...então nos avançamos e preparamos assembleia (geral) no Kaya Kwanga.” (Entrevista, Upramet, 2021).

Atualmente a Cacometra encontra-se moribunda, alguns dos seus membros já não se reconhecem com a instituição e a própria DNMTA prefere articular com a Ametramo em lugar da Cacometra.

Aliás, essa questão do privilégio tem sido um dos pontos de descontentamento entre as associações. E, de facto, durante a pesquisa de campo constatamos que várias associações têm reclamado sobre a preferência que a DNMTA tem pela Ametramo. A DNMTA tem, segundo os médicos tradicionais, colaborado mais com a Ametramo, excluindo as demais associações. E quando se trata de eventos, têm sido sempre solicitados os representantes da Ametramo. Esta questão foi confirmada durante as minhas entrevistas junto à DNMTA, a representante referenciou que tem sido assim porque a Ametramo foi a primeira associação, à qual o governo, por intermédio do Ministério da Saúde, auxiliou para a sua formação. Sendo ela primogênita, e tendo sido criada com propósitos dela ter uma abrangência nacional, ocorre que ela acaba sendo a mais favorecida.

A Ametramo é a associação pioneira, é a mãe, o governo, especificamente o ministério da saúde, apoiou a sua criação, desta associação foram surgindo várias associações. (...) Mas como ela foi a pioneira, o nome parece que abrangem a todas. No momento da sua criação a ideia era essa. Mas os mesmos membros que saíram da Ametramo, foram criando outras associações (...). (Entrevista, DNMTA, 2021)

Este é um ponto, mas constata-se que esta tem sido a estratégia da DNMTA, no desenvolvimento das suas atividades. Ocorre que a maior parte das associações começavam a ter uma postura revolucionária, exigindo mudanças no que concerne ao agenciamento da medicina tradicional e a DNMTA não via este cenário com bons olhos. A solução encontrada foi afastar as outras associações e colocar a Ametramo como o único interlocutor válido, que pudesse intermediar as relações com as outras associações. Sobretudo porque, com a união das associações através da Cacomentra significava que a DNMTA perderia protagonismo e espaço no processo de agenciamento destas associações:

Então isto para dizer que isto é outro combate, porque se o ministério de saúde tanto queria a nossa união e depois de criada a união começa a nos destruir...é

porque estão a dizer que se a CACOMETRA existir praticamente o instituto não tem ação(...) CACOMETRA implicava a intermediação, e retirava o contato direto que a direção tem com os médicos tradicionais por isso que eles combateram... Nós estávamos organizados...mas a organização que tínhamos foi destruída... (Entrevista, Upramet, 2021).

Outro médico tradicional referiu:

O próprio governo não quer que haja organização entre as associações...esses gajos não oficializam esta brincadeira...Estamos já a mais de 10 anos...a OMS deu dinheiro [as estruturas governamentais que administram a medicina tradicional] para auscultação e organizar a Medicina tradicional... (Entrevista, GETM, 2021).

Portanto, parece haver consenso entre as associações que o Estado, sobretudo a DNMTA, não tem interesse em ver as associações organizadas. Com clara intenção de continuar com primazia na gestão desses grupos. Aliás, estes vão ainda mais longe ao acusar o Estado de criar cenários para a desestruturação das suas associações, uma espécie de *divide et impera*<sup>24</sup>. Portanto, buscar o controle por meio da fragmentação das pequenas iniciativas de união que se tentam criar entre os grupos, aliando-se, deste modo, apenas com a Ametramo para melhor monitorá-los.

## **6.2 Perfil dos agentes que compõe a Direção Nacional da Medicina Tradicional e Alternativa e a ausência dos médicos tradicionais**

A Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa é constituída por vários agentes, antropólogos, sociólogos, biólogos, botânicos, médicos, estatísticos, químicos e psicólogos. Estes agentes desenvolvem pesquisas na área social, outras na área fotoquímica e clínica, de acordo com os objetivos delineados. E a instituição tem o objetivo de coordenar a integração da medicina tradicional e alternativa no Sistema Nacional de Saúde, para promover, dinamizar e tomar medida apropriadas para obter a colaboração dos praticantes da medicina tradicional no desenvolvimento e implementação dos programas no Ministério da Saúde; fazer valer o uso apropriado e seguro pelos cidadãos da medicina tradicional com vista a sua valorização. Entretanto, nestes perfis a figura do médico tradicional encontra-se ausente, e a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa justifica a ausência destes agentes na estrutura constitutiva da instituição nos seguintes termos:

Não temos médicos tradicionais aqui. É assim, eu até sou, mas não estou aqui por ser praticante da medicina tradicional. Em várias instituições do Estado encontramos, hoje temos muita gente, e os espíritos aceitaram que a gente

---

<sup>24</sup> “Dividir para reinar”

estudasse...Eu vim parar aqui porque fui convidada pela antiga diretora, por saber que tenho esta parte de medicina tradicional, para melhorar a ligação entre as duas medicinas, porque os praticantes olham para mim como aquela pessoa que pertence a eles então a abordagem é facilitada, então eu represento a eles... (Entrevista, DNMTA, 2021).

O único médico tradicional que faz parte da Direção Nacional de Medicina Tradicional é a atual representante da instituição, que vinha sendo responsável pelo departamento socioantropológico e etnobotânico. Entretanto, como informou, a sua integração na instituição não decorre essencialmente pelo facto de ela ser médica tradicional. Constitui uma integração estratégica, com o fito de estabelecer uma relação harmoniosa com as associações médicas tradicionais. Criando, desse modo, um pseudo ambiente de comunicação entre pares. Mesmo assim, os médicos tradicionais não apenas sentem-se objetivados, mas sobretudo marginalizados:

Sabe, quando você chega no Ministério da Saúde (DNMTA) e você se apresenta como curandeiro você é contado como lixo, sabia disso?! Aqui mesmo na cidade de Maputo... (Médico Tradicional, AMETRAMO, Cidade de Maputo, 2021 – Grifo nosso)

Portanto, a constituição da DNMTA e a sua agenda sobre a medicina tradicional, revela que os médicos tradicionais não estão no centro das preocupações daquela instituição. A preocupação está essencialmente virada para o conhecimento que os médicos tradicionais detêm e não necessariamente com eles como agentes depositários deste mesmo conhecimento.

[...] E além destas pesquisas socioculturais fazemos pesquisas a base de plantas medicinais, aqui são pesquisas fotoquímicas, para sabermos se esta planta usada pelo praticante que propriedades medicinais tem, para confirmar, porque eles usam de forma empírica, mas a OMS recomenda que levemos o conhecimento medicinal tradicional, tiremos do empirismo para o científico (Entrevista, DNMTA, 2021).

Este cenário tem sido um dos grandes descontentamentos entre os médicos tradicionais para com o Estado. Para eles, este é, um dos motivos para o fracasso da institucionalização da sua prática médica. A indignação que muitas vezes ouvi nas entrevistas soava nos seguintes termos: “Como é que é um instituto da medicina tradicional se não tem nem um médico tradicional(...)?” (Upramet, 2021). Ou seja, como é possível que um órgão que pretende desenvolver e gerenciar assuntos ligados à medicina tradicional exclua aqueles que são os detentores legítimos desse conhecimento. Para eles é inconcebível que um órgão que desconhece o campo médico tradicional decida coerentemente sobre o mesmo: “(...) dois encontros. Nós dois, eu sempre reprovei eles que não vão conseguir resolver isso porque vocês não são os próprios, só estão a chamar-

nos para legitimar algo que não é deles. Então não vão conseguir.” (AERMO, Entrevista, 2021). Os médicos tradicionais, para além de reivindicarem a regulamentação, reivindicam o seu espaço dentro da DNMTA: “...em condições normais o praticante da medicina tradicional tinha que estar enquadrado no mapa do instituto da medicina tradicional, o que não acontece... como é que a pessoa que vem da China<sup>25</sup> e já tem gabinete, e nós somos marginalizados...” (Upramet, 2021).

Essa exclusão, segundo os médicos tradicionais, resulta da ideia de que eles não possuem capacidade cognitiva para decidirem sobre eles mesmos. E por isso mesmo, não possuem atributos para fazerem parte da DNMTA: “Há uma tentativa de reduzir os praticantes de medicina tradicional ou médicos tradicionais ou os Tinyangas, melhor dizendo, a seres não pensantes então nós temos que pensar por eles, e não têm capacidades para estar no ministério” (Narciso Mahumana, entrevista STV, 2015).

Levanta-se aqui a questão da produção de inferioridade epistemológica e ontológica desses sujeitos. Ou seja, a sua exclusão nos processos decisórios e prementes de sua prática equivale a considerá-los seres destituídos de intelecto. Seres que precisam de outros (seres racionais, modernos), para decidirem sobre as suas vidas. Portanto, uma ideia essencialmente colonial. Tal como vimos no capítulo que trata sobre o agenciamento da medicina tradicional no período colonial, o processo de regulamentação dos costumes indígenas era agenciado pelos agentes coloniais, estes é que detinham autoridade de decidir sobre o que deveria ser ou não regulamentado. Eles se colocavam como os únicos com autoridade de decidirem sobre a vida cultural dos indígenas. Tanto que as práticas médicas tradicionais foram, muitas vezes, excluídas desse conjunto de práticas ou costumes dignos de serem regulamentados. Para falar como Spivak, diríamos que o facto desses agentes serem representados, o seu processo de auto representação não ocorre. Tendo sempre que as suas falas e seus conhecimentos sejam intermediados por outros. Isso faz com que estes agentes se encontrem sempre numa posição periférica (Spivak, 2010).

O estabelecimento da DNMTA se configura, desta forma, como uma espécie de *institucionalização da validação* do agenciamento desses agentes (Spivak, 2000), uma vez que são negados os seus espaços de autogerenciamento e auto representação. Isso

---

<sup>25</sup> Referem aos pesquisadores de origem chinesa que têm cooperado com a DNMT. Eu mesmo, presenciei, inúmeras vezes que fui fazer entrevistas nestas instituições estes indivíduos em gabinetes próprios.

leva ao fato de que seus conhecimentos, suas lutas sejam induzidas a se articularem, para a sua legitimação, dentro do campo do discurso ocidental, sem poderem sair dele. E neste caso, dentro do campo institucional orientado por princípios de racionalidade moderna ocidental. Permitindo ainda, como veremos mais adiante, a exclusão de certas práticas.

Contudo, aqui, a DNMTA se apresenta como a única entidade habilitada a responder pelos médicos tradicionais. Este é um dos discursos usados pela DNMTA para ter em sua posse os saberes médicos tradicionais, ao se colocar como a única guardiã dos conhecimentos desses agentes.

[...] a nossa direção é responsável, (por zelar pelos) direitos de propriedades dos conhecimentos tradicionais ..., então é importante para o praticante da medicina tradicional, (que) os nossos conhecimentos tradicionais e culturais indígenas sejam registrados, sejam patenteados, dentro da possibilidade... se houver reconhecimento que realmente este conhecimento é válido. Então precisamos de fazer perceber ao nosso colega parceiro e colaborador praticante da medicina tradicional que este registo é benéfico, inclusive, para ele mesmo, não só para a saúde alopática, mas para ele como indivíduo por causa do reconhecimento do patenteamento dos seus conhecimentos tradicionais (Entrevista, Televisão, DNMTA, 2021).

Desta forma, o instituto se outorga como o único responsável pela recolha, registo e proteção do conhecimento médico tradicional. Este posicionamento coloca os médicos tradicionais apenas como objetos, incapazes de se auto-inscreverem como sujeitos auto determinantes. Este processo de construção (do sujeito colonial como outro) do outro como objeto, como destituído de conhecimento e de razão, se mostra como um exemplo claro de *violência epistêmica* (Spivak, 2010).



## **7 FUNDAMENTOS DAS DEMANDAS PELA LEGITIMAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL**

As demandas para a regulamentação das atividades médicas tradicionais, como abordaremos em detalhe a seguir, fundamentado nas nossas entrevistas, decorrem por várias razões, nomeadamente: expropriação dos saberes médicos tradicionais, a busca pela legitimação dessas atividades, a busca pela desmarginalização, a demanda para não criminalização, a necessidade de policiamento/ou controle interno (entre os médicos tradicionais) contra práticas ou condutas consideradas desviantes, necessidade de garantir o respeito e direito pela propriedade intelectual, as controvérsias relativas a perspectiva espiritual, a necessidade de desconstruir a imagem negativa que se estabeleceu sobre as práticas médicas tradicionais etc. Estes pontos são atravessados, por um lado, pela necessidade de afirmação do campo epistemológico médico tradicional, e da tentativa, de outro lado, de imposição sobre esse mesmo campo de um determinado modelo epistemológico.

### **7.1 Da necessidade de garantir a proteção dos conhecimentos médicos tradicionais (ou da necessidade de evitar a expropriação dos conhecimentos médicos tradicionais)**

A reivindicação pela regulamentação das atividades médicas tradicionais é justificada pelos médicos tradicionais a partir de vários argumentos. Um dos principais argumentos compreende a necessidade de garantir a proteção dos seus conhecimentos. Este argumento se fundamenta na ideia, segundo a qual os conhecimentos médicos tradicionais encontram-se numa condição contínua de expropriação por diferentes agentes externos ao seu grupo, com o fito de se beneficiar do mesmo indevidamente.

A problemática da expropriação marcou profundamente a minha experiência de campo. Aliás, num primeiro momento, fui conotado pelos médicos tradicionais como “mais um”, de vários que haviam passado por eles, que se abeirava ao grupo a fim de roubar-lhes o saber que detinham. A minha presença nesses espaços rememorava o paradoxo vivenciado por esses agentes. De um lado, a permanente violação e expropriação dos seus saberes, exercida por pessoas e instituições, que se dirigiam a eles, tal como eu, à busca de informações, e do outro lado, a contínua desqualificação e

marginalização das suas práticas. A título de exemplo, numa das entrevistas fui interpelado nos seguintes termos:

[...]Vocês vêm fazer as vossas pesquisas conosco, tiram o nosso saber sobre as plantas, mas depois nos desprezam. Vocês são os primeiros a dizer aos vossos filhos: não vão ter com aquelas pessoas (médicos tradicionais), são bruxos aqueles[...] (Entrevista, AMETRAMO, médico tradicional, Maputo, 2021).

Como pesquisador fui, em algumas entrevistas, confrontado e exigido justificações sobre em que medida o meu trabalho com as associações não usurpava o seu saber médico. A minha aceitação, em particular, se deu após um longo processo de negociação e esclarecimento sobre que tipo de informação buscava junto a esses agentes.

Eu geralmente nunca gostei desse tipo de entrevista porque, porque primeiro tratando-se de sigilo profissional (...)... porque um praticante da medicina tradicional, o dito curandeiro, ele tem princípios dele de trabalho, trabalha espiritualmente, então ele não pode expor o espírito dele, o que faz e o que não faz, então isso já não é sigilo profissional. (...) Esta é uma parte sensível, de eu falar de mim, como eu *fembo*<sup>26</sup>, como eu sou, como eu faço consultas, etc., é muito complexo, por isso eu estava a perguntar-te o que queres saber concretamente sobre a medicina tradicional em que aspecto, no aspecto de medicação ou no aspecto de ação (Médico Tradicional, UPRAMET, 2021)

Foi necessário esclarecer que a natureza das informações que me interessavam não ultrapassava à linha que pudesse constituir violação de propriedade intelectual. Ou seja, o meu objeto não era efetivamente buscar informações sobre questões complexas ligadas ao seu acúmulo de conhecimento, sobre o seu ofício, como por exemplo, que tipo de drogas/remédios usavam para a cura de determinadas enfermidades, de que são constituídos esses remédios, como são confeccionados etc. Mas sim buscava compreender o processo de institucionalização das suas práticas e, sobretudo, o seu estatuto enquanto médicos tradicionais na sociedade contemporânea moçambicana. Mas mesmo assim, ouvi muitas vezes coisas como: “(...), mas eu ganho o quê com isso?! Você está a me explorar. O que é que eu ganho, (...) eu (...) não sou analfabeto. Para dar uma informação a alguém (...). Porque você vai ganhar alguma coisa...eu fico a ganhar o quê...” (Entrevista, UPRAMET, médico tradicional, 2021).

Ou ainda:

um conhecimento (...) para ele ser explicado detalhadamente precisa (de ser assegurado por) um direito de propriedade Intelectual, para ter respeito com o trabalho dos outros, o facto de sermos analfabetos não significa que nós temos que dizer o que a gente faz, então há muita humilhação nesta parte. Então por isso que quando nos procuram, estão a procurar uma pessoa que depende disto...então quando nos procuram e dizem diz lá o que você faz, quero

<sup>26</sup> Este termo é explicado mais adiante ao se abordar a temática sobre “a exigência do reconhecimento da dimensão espiritual da medicina tradicional”.

escrever...não é bem assim. Primeiro respeitem essa pessoa, o princípio dele de trabalho... (Entrevista, GETM, médico tradicional, 2021).

Este posicionamento dos médicos tradicionais mostra, a autoconsciência, não apenas do perigo que vêm enfrentando de expropriação, mas também dos direitos que possuem enquanto sujeitos pesquisados.

Os médicos tradicionais são procurados por diferentes agentes e instituições internacionais e nacionais. Sendo assim, os processos de expropriação dos conhecimentos tradicionais têm como protagonistas não apenas organizações e agentes externos, mas este processo tem sido cada vez mais notável em nível local. A título de exemplo, o I Simpósio sobre Medicina Tradicional e Alternativa, realizado em 2022, organizado pela DNMTA, tinha como lema: Duas Décadas da Medicina Tradicional Rumo à Universalização da Cobertura de Saúde em África. Neste Simpósio, para além dos médicos tradicionais, organizações internacionais e nacionais, membros do governo, estavam presentes outros agentes que se identificavam como simples vendedores de medicamento tradicional, mas não eram membros da AVEMETRAMO e não faziam parte de nenhuma outra associação de médicos tradicionais. Estes eram vendedores singulares, que encontraram nos médicos tradicionais uma fonte de conhecimentos fitoterápicos susceptíveis à comercialização.

Durante o intervalo daquele evento, um jovem que se dedicava à prescrição e venda de medicamentos, me revelou que fazia este trabalho tendo como base uma brochura que continha resultados de uma pesquisa efetuada por um grupo de pesquisadores alemães na região central do país. Na altura, o jovem havia sido guia destes pesquisadores no processo de recolha e catalogação (expropriação) do material em grupos de médicos tradicionais. Este jovem estava precisamente neste evento em busca de novos conhecimentos com o intuito de enriquecer o seu acervo. Outra senhora revelara que buscava os conhecimentos desses agentes para posterior manipulação e processamento para fins de venda. Portanto, a busca desenfreada pelo conhecimento médico tradicional despertou nestes agentes o perigo que corriam relativamente à expropriação dos seus conhecimentos, tanto em nível interno assim como em nível externo. Isto despertou a preocupação e necessidade destes agentes em proteger os seus conhecimentos.

Para os médicos tradicionais, a maior parte de interações experienciadas com pesquisadores e instituições não só forçavam a expropriação dos seus conhecimentos, assim como os desqualificavam enquanto sujeito de conhecimento.

[...] já fomos entrevistados por muitas pessoas, já vieram nas nossas casas, já fizeram tudo [...] outros procuraram saber qual é a planta que cura isto e aquilo e depois desaparecem, então praticamente usam o praticante como um ignorante e que não tem noção de nada [...] não lhe respeita aquilo que ele faz e sobrevive daquilo e não dão nada a ele [...] então isso nos inquieta [...] eu [...] não só, muitos colegas também já estão cansados com essas histórias, porque isto não é assunto de hoje [...] então esses nossos acadêmicos isso não entendem. Por quê? Porque eles pensam que o praticante da medicina tradicional é um gajo analfabeto. Mas não existe analfabeto no mundo... quem pega enxada não é analfabeto... (Entrevista, UPRAMET, médico tradicional, 2021).

Portanto, para eles, havia nas pesquisas junto às associações, uma tendência de se buscar acessar o campo onde repousava o acervo dos seus conhecimentos. Este fato permitiu com que as associações de medicina tradicional adotassem uma postura de suspeita a todos que se dirigissem ao grupo. Ademais, possibilitou que estes se fechassem em relação aos seus visitantes.

(...) a outra parte (DNMTA, pesquisadores, organizações, etc) não sabe nada de medicina tradicional e estão aprender conosco. Agora, só que nós somos conservadores. Nós não dissemos tudo a eles. Até aqui posso dizer que nós ainda não dissemos nada a eles. Tememos a usurpação. Porque queremos ter patente das nossas plantas (Entrevista, AERMO, médico tradicional).

Este fechamento permitiu que a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa, por via dos seus pesquisadores, reclamasse a falta de colaboração dos médicos tradicionais. A colaboração para aquela instituição, para além do fornecimento de informação relativa aos conhecimentos sobre plantas, consistia em apoiar a DNMTA/MISAU, a encaminhar os doentes à unidade sanitária. Visto que, os médicos tradicionais são considerados parte daquilo que este órgão denominou de “barreiras socioculturais” na demanda pela cobertura sanitária.

A relação é esta, colaborativa. (...) Mesmo na área de pesquisa eles participam, participam porque nós temos um protocolo; por exemplo, o Gregório tem um protocolo, vai querer sentar com os praticantes para fazer um levantamento dos conhecimentos tradicionais, então eles contribuem para nós elaborarmos as pesquisas. Ajudam-nos também na questão da referência dos doentes pra as unidades sanitárias, isto para reduzirmos mortes nas comunidades. Também, eles participam na prevenção das doenças, eles tem a missão de fazerem palestras, sensibilizando os utentes mostrando-lhes que olha há doenças que eles não tratam (os médicos tradicionais), a unidade sanitária é que trata.” (Entrevista, DNMTA).

Aliás, este é o mesmo posicionamento da OMS, ao afirmar que a colaboração se centra no monitoramento e ajuda que os médicos tradicionais devem dar aos pacientes para que estes “tomem os medicamentos (receitados pela medicina oficial) enquanto que os praticantes da medicina tradicional estão observando que eles estão tomando de facto.” (OMS, Simpósio, 2022). Portanto, a colaboração se circunscreve à agenda do Ministério

da Saúde e da OMS, na luta pela cobertura sanitária. Ela espelha unicamente os interesses destas instituições, fundamentados na ideia segundo a qual os médicos tradicionais se constituem como obstáculo para o êxito na busca pela cobertura sanitária.<sup>27</sup>

(...) Só dando exemplos, nós como saúde convencional, temos reclamado de que os doentes demoram chegar as unidades sanitárias, mas isto por causa dos aspetos socioculturais, por causa do olhar da nossa tradição. (DNMTA, 2021)

Esta imagem construída em torno dos médicos tradicionais implicou a sua submissão em programas de *capacitação em boas práticas*. Tal como, capacitações ligadas à biossegurança<sup>28</sup>. A ideia de *boas práticas* ou bons princípios, é igualmente encontrada no período colonial. Muitas vezes, o discurso de proibição era fundamentado no argumento segundo o qual, as práticas médicas tradicionais não se constituíam como princípios virtuosos para o modelo de sociedade que se pretendia estabelecer, ou ainda porque entravam em contradição com os princípios da metrópole.

A não cedência ou abertura, por parte dos médicos tradicionais, no fornecimento dos seus conhecimentos significava, desta forma, recusa em colaborar. Portanto, o tipo de colaboração ou cooperação era essencialmente disciplinar, colocando-lhes parâmetros e limites na sua atuação, mas sobretudo, acompanhado por um processo de desprestígio dos seus conhecimentos. Esta é, igualmente, uma estratégia de expropriação. A expropriação é feita tendo como estratégia o uso de um discurso de desqualificação do conhecimento tradicional (Alonso, 2005). É comum que o discurso destas instituições esteja acompanhado da necessidade de “educar”, “disciplinar”, “civilizar” esses conhecimentos e os seus detentores, como se este conhecimento e seus agentes estivessem numa condição primitiva a qual precisa ser modernizada. Portanto, a expropriação está, de alguma forma, acompanhada pela marginalização. As instituições e pesquisadores que

---

<sup>27</sup> “A cobertura universal da saúde significa garantir que todas as pessoas, em todos os lugares possam aceder aos serviços de saúde essenciais de qualidade sem dificuldades financeiras, isto é, ninguém deve ter que escolher entre uma boa saúde e outras necessidades da vida. A cobertura universal de saúde e o objetivo de desenvolvimento sustentável que está relacionado a saúde e bem estar que diz: garantir o acesso a saúde de qualidade e promover o bem estar para todos e todas as idades. Estes dois importantes fatores, só podem ser alcançados com uma grande ênfase nos cuidados de saúde primários. Uma vez que mais de 60% das pessoas na África Subsaariana vivem nas zonas rurais onde os cuidados de saúde convencionais são escassos, explorar o papel da medicina tradicional para atingir os objetivos da cobertura universal de saúde torna-se importante. Dada a realidade econômica e as crenças culturais das nossas populações, a capacitação do praticante de medicina tradicional poderá permitir que mais pessoas tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, que é um factor muito importante para a cobertura universal de saúde...” (OMS, 2021).

<sup>28</sup> Muitas vezes, estas capacitações, embora em grande medida contribuíssem para o conhecimento das práticas médicas “modernas”, tendiam a limitar ou proibir certas práticas médicas tradicionais que, segundo a DNMTA, as mesmas não coadunavam com os princípios do Ministério da Saúde. São exemplo disso todas as práticas que incluísssem a dimensão espiritual.

procuram esses agentes, geralmente emanam um discurso de menosprezo e estereótipo em relação a essas práticas, tornando-as inferiores e marginalizando-as. Como refere Castro-Gómez (2006), o paradigma do desenvolvimento moderno ao buscar disciplinar, desqualificar e excluir outros conhecimentos se configura como um paradigma essencialmente colonial (Castro-Gómez, 2006).

A luta para subcategorizar (subvalorizar) o conhecimento médico tradicional em Moçambique, sobretudo pelas instituições que deveriam proteger e atribuir um valor importante a esse conhecimento, revela-se de diversas formas. A discussão, por exemplo, sobre a terminologia, de que falamos anteriormente, está dentro desse esforço de minimizar o conhecimento médico tradicional e os seus agentes. O fato destas instituições se colocarem numa posição daqueles que legitimam e policiam esses conhecimentos revela a lógica de subalternização. Portanto, continua não havendo diálogo entre o conhecimento local e a ciência ocidental, esta última continua colocando regras sobre como a primeira deve ser tratada.

A minha presença nestes grupos, serviu como oportunidade para que os médicos tradicionais emitissem críticas aos pesquisadores e demais instituições que têm os procurado para as suas pesquisas. Eu era, no entanto, aos olhos destes, naquele momento, a extensão dessa comunidade e, ao mesmo tempo, receptor ideal das críticas e/ou recados que há muito queriam ter dirigido aos vários grupos e instituições que haviam por ali passado. Alguns desses discursos vinham em forma de desabafo, outros em forma de denúncia direcionada a pessoas e instituições devidamente identificadas que haviam se comprometido em trazer resultados de pesquisas e, inclusive, assegurar o direito de propriedade intelectual dos médicos tradicionais. Entretanto, estas instituições nunca mais retornaram e os médicos tradicionais, diante disso, depreenderam que tinham sido enganados e usurpados os seus conhecimentos.

Os médicos tradicionais criticavam e denunciavam, por exemplo, a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa, porque esta instituição, segundo eles, no lugar de proteger expropriava-lhes os conhecimentos. Desta forma, eles se perguntavam: como poderiam solicitar proteção a quem continuamente lhes expropria o conhecimento?! Este era e continua sendo o grande paradoxo dos médicos tradicionais. Tal como foi referido nas entrevistas:

[...], mas nem com as plantas até agora... sabe, nos anos anteriores nós entregamos 160 plantas para meter no laboratório para conhecermos as

propriedades. Eu até já fui submetido em cursos de transformar as plantas em pomadas convencionais, mas não resultou em nada. (Entrevista, AMETRAMO, médico tradicional, XAI-XAI, 2021).

Ou como referiu outro médico tradicional:

... Sim, inclusive já entramos com eles no mato, por volta de meses. (Mas...) se apropriaram, roubaram as nossas plantas... a própria<sup>29</sup> (...), andou a recolher as plantas (...), fez farmácia (...) é por isso que aqui em Gaza ela já não vem, porque aqueles velhos da nossa associação estão revoltados...ela vem nos explorar para enriquecer o trabalho dela(...) por que o que vale colhermos as nossas plantas entregar ao governo enquanto o próprio governo não faz nada por nós? (Entrevista, AMETRAMO, médico tradicional, XAI-XAI, 2021).

Este facto foi reconhecido pela própria DNMTA nas entrevistas que foram efetuadas àquela instituição. A representante referiu-se, na altura, nos seguintes termos: “... não é o instituto que rouba, somos todos nós que fazemos pesquisa...” (Entrevista, DNMTA, 2021).

Entretanto, muitas vezes a representante da DNMTA referiu-se a formas imediatas de ressarcimento do conhecimento, baseado na remuneração. Para a representante sempre que os pesquisadores e instituições se dirigirem aos médicos tradicionais, a fim de efetuarem as suas pesquisas, deveriam remunerá-los com quantias que achassem adequadas. Eu em particular fui avisado e recomendado, pela representante da DNMTA, a seguir por este caminho. O facto a pontuar neste aspecto é que esta via de troca informal de conhecimentos por valores monetários, avançada pela DNMTA como solução, perpetua a expropriação desse conhecimento, sem, no entanto, existirem mecanismos desses agentes poderem reclamar a sua propriedade.

Não obstante, há que se referir que as abordagens sobre expropriação e busca de mecanismos, com vista a assegurar os direitos de propriedade intelectual dos conhecimentos tradicionais, tem sido preocupação dos governos dos países do Terceiro Mundo, inclusive Moçambique. Esta preocupação tem surgido, sobretudo, por conta do interesse que os países do norte (principalmente, as indústrias farmacêuticas e laboratórios desses países) têm sobre a biodiversidade e os conhecimentos tradicionais dos países do Terceiro Mundo. Mas como é que a biodiversidade e os conhecimentos tradicionais passaram a ganhar novas significações?

Castro-Gómez explica esta mudança a partir de duas categorias, nomeadamente: “desenvolvimento” e “desenvolvimento sustentável”, tomando como auxílio os trabalhos de Arturo Escobar. Segundo Castro-Gómez (2006), nas décadas de 1960 e 1970, foi

---

<sup>29</sup> Referindo-se a um pesquisador da DNMTA

definido para os países do Terceiro Mundo, como via para o desenvolvimento, a industrialização. Ou seja, a saída do subdesenvolvimento consistia no processo de disseminação do setor industrial. Com este cenário se realizaria a transição da sociedade dita “tradicional” para a “moderna”. A modernização foi, no entanto, vista como um processo contínuo e permanente e estes países se encontravam num estágio extremamente elementar. A partir desse discurso, o processo de modernização tornou-se a agenda central dos estados africanos, asiáticos e latino-americanos. A intervenção dos Estados em áreas como a educação, saúde, urbanização, planejamento familiar, passou a ser a principal agenda para a eliminação do subdesenvolvimento. Portanto, a principal tarefa do Estado consistiria na eliminação, erradicação ou disciplinamento do que se considerava como “obstáculos de desenvolvimento”, nomeadamente, as tradições culturais e as formas de conhecimento locais (Castro- Gómez, 2006).

Sucedee, no entanto, que na década de 1980, a ideia de desenvolvimento industrial começa a perder a sua força e é substituída pela ideia de desenvolvimento sustentável. Significando que o que era considerado como obstáculo ou elementos pouco a considerar, como a biodiversidade, a conservação ambiental e os sistemas de conhecimento não ocidentais, passam a ocupar um lugar fulcral nas “políticas de desenvolvimento global”. O desenvolvimento sustentável coloca no centro o desenvolvimento do capital humano, ou seja, a informação, o conhecimento, as habilidades e a experiência, tornam-se elementos importantes para a economia global. Desta forma,

o Estado não é mais o principal agente de mudança que gera o desenvolvimento econômico. Por meio da apropriação de recursos cognitivos, os atores sociais poderiam dar origem a uma economia centrada na informação e no conhecimento (Castro-Gómez, 2006, p.39 – Tradução livre).

O conhecimento ganha o lugar central na agenda do desenvolvimento, de tal forma que “um país que busca se desenvolver deve aprender a usar e proteger suas atividades intelectuais, já que essas são as forças motrizes por trás de uma economia baseada no conhecimento.” (Castro-Gómez, 2006, p.39 – Tradução livre). Aqui o conhecimento tradicional ganha um novo sentido (re-semantização) e as comunidades e sujeitos detentores desses saberes são vistos não como ultrapassados, mas como agentes protetores da biodiversidade (Castro-Gómez, 2006, Escobar e Pardo, 2005).

Para Escobar e Pardo (2005), a própria ideia de biodiversidade surge como uma invenção discursiva, protagonizada por países do norte, organizações internacionais, ONGs etc. que regulamentam formas sobre as quais se deve gerenciar esta biodiversidade



a partir do que se chamou de Direito de Propriedade Intelectual. Desses discursos foram elaboradas várias convenções, tal como a Convenção sobre a Diversidade Biológica (CDB). Diante desta perspectiva a maior parte dos países do Terceiro Mundo tem se posicionado, procurando negociar os conteúdos destas convenções sobretudo a sua soberania no que se refere à biodiversidade dos seus países. (Escobar e Pardo, 2005)

Em razão deste fluxo de interesses, os países do Terceiro Mundo passaram, também, a reconhecer a importância dos seus recursos e sobretudo o perigo de expropriação em que eles se encontravam. A título de exemplo, a Estratégia de Propriedade Intelectual (EPI) aprovada no decurso da Vigésima Terceira (XXIII) Sessão Ordinária do Conselho de Ministros de Moçambique, em 28 de Agosto de 2007, reconhecia, na altura, ao que concerne aos conhecimentos tradicionais e biodiversidade, que havia “um crescente interesse das companhias farmacêuticas e investigadores estrangeiros, na sua maioria ocidentais, para explorar esse potencial e o conhecimento local associado à utilização dessas plantas e das suas propriedades terapêuticas.” (República de Moçambique, 2007, p.35). Este documento reconhecia, ainda, que resultante deste interesse, no lugar destas populações e comunidades locais se beneficiarem desse conhecimento, estes eram continuamente ludibriados com vista a revelarem os seus conhecimentos.

Os países e comunidades locais que detêm esses recursos genéticos e o conhecimento sobre os mesmos deveriam beneficiar da sua exploração. Contrariamente a esse facto, tem-se verificado uma manipulação das populações locais para revelarem esses conhecimentos sem receberem uma compensação adequada e uma exploração desenfreada dos mesmos colocando-os em risco de extinção (República de Moçambique, 2007, p.35)

O documento apontava para a regulamentação como um meio para que as comunidades locais se beneficiassem dos seus conhecimentos e, sobretudo, para que se evite abusos na exploração desses conhecimentos. Inclusive o próprio documento surgiu, na altura, como um instrumento que ajudaria 1) na resolução de conflitos entre as populações a partir de soluções locais; 2) evitaria a expropriação e utilização indevida dos conhecimentos locais; 3) ajudaria na preservação do conhecimento local e 4) asseguraria para que este conhecimento beneficiasse as comunidades. No entanto, o que sucede é que os médicos tradicionais reclamam a ineficiência desses instrumentos e reclamam o facto de, até ao momento, as suas atividades não terem sido regulamentadas.

Portanto, olhando para a expropriação protagonizada por agentes externos, estes (sobretudo as grandes indústrias farmacêuticas e alimentares) têm considerado a

biodiversidade (entendida como diversidade de formas de vida) como “matéria-prima”. E os países do Terceiro Mundo têm sido considerados como reservatórios dessa “matéria-prima”, e que têm como destino as indústrias e laboratórios desses países do norte. Estes países têm se colocado como produtores únicos de conhecimento, estabelecendo-o como hegemônico e universalmente válido, e colocando os sistemas de conhecimentos tradicionais numa posição de objeto. Estes carecem sempre de estudos e nunca são considerados como conhecimentos ou ciência em si. Tal como refere Shiva (2001):

[...]A mesma lógica é agora utilizada para tomar a biodiversidade dos proprietários e inovadores originais, definindo suas sementes, plantas medicinais e conhecimento médico como parte da natureza, como não ciência, e tratando as ferramentas da engenharia genética como o padrão de ‘melhoramento’. A definição do cristianismo como única religião, e de todas as outras crenças e cosmologias como primitivas, encontra seu paralelo da definição da ciência ocidental mercantilizada como única ciência, e todos os outros sistemas de conhecimento como primitivos (Shiva, 2001, p. 27)

No mesmo diapasão Hountondji (1989) refere que

[...]A deslocação Norte/Sul. O movimento que conduz para um país da periferia o investigador do país industrializado não tem nunca a mesma função do que o movimento inverso. O cientista europeu ou americano não vai procurar a ciência no Zaire ou no Sahara, mas apenas materiais para a ciência, e, em certos casos, um terreno de aplicação para as suas descobertas. Ele não vai procurar aí paradigmas, modelos teóricos ou metodológicos, mas por um lado, informações e factos novos susceptíveis de enriquecer estes paradigmas[...] (Hountondji, 1989, p.116)

Isso se dá igualmente com os saberes médicos tradicionais, eles são vistos como “matéria-prima” que carece de estudos e manipulação dos grandes laboratórios da metrópole. O discurso de organizações e instituições internacionais, assim como nacionais que intervêm sobre esses saberes, têm colocado explícito esta visão. Os pesquisadores que procuram estes agentes enfatizam a necessidade sempre de validar este conhecimento. Ele não é considerado como um dado legítimo em si. Portanto, a ciência, as instituições internacionais e nacionais se colocam como únicas no processo de verificação e validação deste conhecimento.

Todavia, mesmo que haja esta valorização do conhecimento tradicional, a racionalidade moderna ocidental reorganiza e re-semantiza formas de hierarquia entre o conhecimento tradicional e a ciência moderna. De tal forma que, segundo Castro-Gómez, “o ‘reconhecimento’ concedido aos sistemas não ocidentais não é epistêmico, mas pragmático” (Castro-Gómez, 2006, p.43 – Tradução livre). São criados elementos de diferenciação, de modo que o conhecimento local (mesmo “reconhecido”) permaneça na categoria subalterna e de não ciência.

A geopolítica do conhecimento tem beneficiado, sobremaneira, os países do norte. No fim, os conhecimentos extraídos dos países periféricos servem para enriquecer cada vez mais o acervo de dados destes países. A produção do conhecimento em África tem sido, como refere Hountondji (1989), extravertida, orientada para o exterior e, sobretudo, estruturada e colocada ao serviço de exigências externas. Os países do Terceiro Mundo encontram-se numa situação de dependência, de modo que, o processo de produção de conhecimento é policiado pelos países Ocidentais:

O Saber assim constituído, o saber sobre a África e o Terceiro Mundo, escapa inteiramente à África e ao Terceiro Mundo, sendo sistematicamente levado para a Europa, repatriado, capitalizado, acumulado no Centro do sistema. Não existe, por conseguinte, qualquer extraversão no movimento Norte/Sul, mas simples desvio tático ao serviço de uma autosuficiência e de um controle tecnológico reforçados. (Hountondji, 1989, p.117)

Portanto, no contexto atual continua se observando o processo de espoliação da biodiversidade e dos conhecimentos produzidos nos países do Terceiro Mundo. O exemplo disso são os discursos por detrás das convenções sobre os Direitos de Propriedade Intelectual. Para vários intelectuais as convenções e discursos em volta dos Direitos de Propriedade Intelectual promovidos pelos países do norte, não passam de uma agenda inserida dentro da lógica de expropriação (Shiva, 2001, 2005, Escobar e Pardo, 2005, Alonso, 2005, Castro-Gómez, 2006). As comunidades dos países subdesenvolvidos são enganadas ou seduzidas por órgãos supranacionais com o objetivo de lhes expropriarem os seus conhecimentos, de forma a que esses órgãos obtenham patentes dos seus conhecimentos locais (Castro-Gómez, 2006).

As formas de proteção desenhadas por estas organizações internacionais surgem em sua forma como mecanismos de controle de modos de vida e de territórios onde se encontram essas cosmovisões. As convenções foram estabelecidas ou servem para que as multinacionais exerçam controle sobre os recursos genéticos do mundo. Nesta busca de direitos de propriedade sobre os recursos da biodiversidade, constata-se que os direitos/patentes se tornam propriedade exclusiva da “lógica dominante” (Alonso, 2005, p.289)

Neste sentido, esta política de patente faz com que os conhecimentos e a diversidade dos países periféricos se tornem propriedade dos países do norte. Tal como refere Castro-Gómez (2006):

As empresas multinacionais estão de olho nos recursos genéticos, que podem ser manipulados graças ao conhecimento especializado, cuja maior diversidade

se encontra nos países do sul. Com esse objetivo, essas empresas iniciaram uma verdadeira campanha de lobby para obter patentes sobre esses recursos, com base nos Direitos de Propriedade Intelectual (DPI). (Castro-Gómez, 2006, p.40).

Estas empresas agem por cima da autoridade dos países subdesenvolvidos e ignoram o direito soberano que eles detêm sobre os seus recursos. Este cenário se impôs, sobretudo, como refere Alonso (2005), com as negociações do GATT, dando poder às multinacionais com vista a estabelecerem os direitos de propriedade intelectual (Alonso, 2005). É importante referenciar, como afirmou Shiva, que os acordos internacionais, como o GATT, incorporam em sua essência projetos imperiais (Shiva, 2005). Portanto, ao mesmo tempo que estes países conquistam o Direito de Propriedade Intelectual sobre os países subdesenvolvidos, estes últimos se tornam cada vez mais empobrecidos:

[...]a apropriação de conhecimento indígena vital para a alimentação e a medicina, a sua conversão, através das patentes, num direito exclusivo e a implantação de um sistema econômico no qual as pessoas têm que comprar aquilo que elas próprias produziram, é um sistema que nega benefícios e cria empobrecimento e não um processo que promove a ‘partilha de benefícios’ (Shiva, 2005, p.330).

Entretanto, as convenções, ao estabelecerem a obrigatoriedade de proteção dos conhecimentos indígenas, colocam os povos e comunidades indígenas em duas opções: primeiro, sujeitar-se aos mecanismos de proteção da propriedade intelectual promovidos pelo ocidente, que possui interesses e agendas próprias diferentes dos interesses e agendas daqueles países (Alonso, 2005). O sistema de proteção dos direitos de propriedade intelectual, o qual os países do Terceiro Mundo são forçados a seguir, é um sistema com modelo essencialmente ocidental. Por isso, é um modelo que não permite de fato proteger os conhecimentos destes grupos, é um sistema que na verdade expropria esses conhecimentos de modo que se tornem monopólio das grandes empresas (Shiva, 2005). A segunda opção, a que se refere Alonso, consiste no facto dessas comunidades estabelecerem mecanismos próprios de proteção (Alonso, 2005). Entretanto, muitas das vezes, os países em via de desenvolvimento, sobretudo os grupos detentores de algum tipo de conhecimento tradicional dentro desses países são obrigados a reformular as suas normas e formas de conservar os seus recursos e sujeitar-se aos instrumentos (normas) internacionais, sem que, no entanto, estas mesmas comunidades tivessem participado efetivamente na deliberação dessas normas ou instrumentos; ou sem que tivessem ocupado lugares centrais nesse processo (Alonso, 2005).

Para autores como Shiva, 2005; Escobar e Pardo, 2005; Alonso, 2005, há uma necessidade dessas comunidades lutarem contra essa lógica que busca inserir os sistemas

socioculturais em formas de Direito de Propriedade Intelectual. Essas comunidades precisam ter autonomia sobre as suas riquezas. O direito de propriedade intelectual se configura, em certa medida, como uma intenção de privatizar cosmovisões (formas de vida), colocando-as reféns das grandes multinacionais e empresas.

[...]o conhecimento que se reivindica ter sido ‘inventado’, e é, por isso, ‘patenteado’ e convertido em ‘propriedade intelectual’, é frequentemente uma inovação já existente nos sistemas de conhecimento das comunidades indígenas (Shiva, 2005, p.322).

A ideia de patenteamento é uma ideia colonial, é uma ideia de conquista dos novos territórios e das suas riquezas (Shiva, 2005; Castro-Gómez, 2006). Para Shiva (2005), as convenções e demais dispositivos sobre o direito de propriedade intelectual tem em sua base toda a lógica de expropriação e espoliação assente nos objetivos dos descobrimentos e da colonização. Portanto, são instrumentos de recolonização. A conversão do conhecimento em propriedade é a nova configuração da colonização (Shiva, 2005):

Por meio de patentes e da engenharia genética, novas colônias estão sendo estabelecidas. A terra, as florestas, os rios, os oceanos e a atmosfera têm sido todos colonizados, depauperados e poluídos. (Shiva, 2001, p.27,28)

Portanto, como referem Castro-Gómez, 2006; Escobar, 2005; Mignolo, 2005; Shivas, 2001, 2005, entre outros, a colonização não terminou, o que sucede é que ela não obedece a mesma lógica, já não são apenas os recursos materiais que são explorados, mas sim os recursos imateriais como informações genéticas contidas na biodiversidade e nos sistemas de conhecimentos tradicionais desses países. É por esta razão que o conhecimento tradicional já não é mais eliminado e sim preservado, mesmo que continue a ser considerado epistemologicamente subvalorizado.

Este processo todo de expropriação é explicado pelo fato de que os países do norte são pobres em diversidade de plantas e, ainda assim, detêm a maior parte de patentes de espécie de plantas do mundo. Ou seja, as patentes que os países do norte detêm derivam de informações extraídas da matéria-prima genética encontrada nos países do sul.

Estes autores referem que é preciso que estes países resistam aos processos de patenteamento. Resistir à biopirataria (processo de patentear a biodiversidade), como refere Shiva (2005), significa resistir a novas formas de colonização:

A resistência à biopirataria é a resistência à colonização definitiva da própria vida – do futuro da evolução, assim como do futuro das tradições não-ocidentais de conhecimento e relacionamento com a natureza. É um combate

para proteger a liberdade da evolução das diferentes espécies. É um combate pela conservação da diversidade cultural, animal e vegetal (Shiva, 2005, p.322)

O patenteamento das formas de vida não apenas elimina as riquezas epistêmicas que essas comunidades dos países do Terceiro Mundo foram coletivamente acumulando, assim como se transforma num mecanismo de aprisionamento dessa biodiversidade e dos conhecimentos tradicionais (Shiva, 2005).

Os médicos tradicionais, para além de reivindicarem a proteção dos seus conhecimentos, reclamam a expropriação das suas plantas, denunciam a saída ilegal das mesmas para fora do país, denunciam a extinção de suas matas (natureza e os recursos inseridos), onde repousam as espécies de plantas medicinais que usam para as suas atividades. Reclamam, ainda, dos processos burocráticos introduzidos pelo Governo para o acesso às suas matas, que, segundo eles, só impulsionam a extorsão por parte dos líderes comunitários, que exigem, por sua vez, valores monetários em troca do acesso às matas. Para os médicos tradicionais, os estrangeiros têm acesso privilegiado às matas em detrimento deles, como nativos<sup>30</sup>. Estas questões já tinham sido levantadas em outros fóruns pelos médicos tradicionais, a muitos anos atrás. Numa entrevista feita pelo jornal savana, ao médico tradicional Mahumane sobre esta matéria, este referiu:

[...] os dirigentes devem criar mecanismos claros para perseguir camiões de medicamentos que estão a ser transportados para a África do Sul e não ficar insistentemente a acusar os provedores de medicina tradicional sem fundamentos. é batata africana, aloé e vários outros tubérculos e plantas que estão a ser pilhados e traficados para a África do Sul. entretanto, face à demanda, é preciso criar formas sustentáveis de utilização das nossas florestas. plantar mais, fazer jardins botânicos, machambas, sem descartar a necessidade de se fazer estudos mais aprofundados para apurar se existe extinção ou não de planta nas zonas rurais e onde para não dispersarmos recursos em locais onde existe um equilíbrio ecológico (Savana – 17.09.2010)

Este processo constitui, mais do que uma simples reivindicação pela proteção dos seus conhecimentos, uma reivindicação em prol da defesa do lugar (do território). Portanto, há uma vinculação intrínseca, nesta reivindicação, entre o território, os recursos naturais e o conhecimento tradicional. O conhecimento tradicional é concebido por estes agentes como não separado da biodiversidade, e neste caso do território.

O território compreende algo que vai para além do físico, ele compreende manifestações simbólicas, culturais, e é, sobretudo, onde reside a ancestralidade, os

---

<sup>30</sup> Estas questões foram levantadas pelos médicos tradicionais no I Simpósio sobre Medicina Tradicional e Alternativa, realizado em 2022, organizado pela DNMTA, que tinha como lema: Duas Décadas da Medicina Tradicional Rumo à Universalização da Cobertura de Saúde em África.

espíritos etc. (Alonso, 2005; Escobar, 2015). Portanto, o território é constituído de redes de inter-relações múltiplas, onde humanos e não humanos (orgânicos, não orgânicos e o sobrenatural ou espiritual) são partes integrantes. Para Escobar “[...] o conhecimento local é um modo de consciência baseado no lugar, uma maneira lugar-específica de outorgar sentido ao mundo[...]” (Escobar, 2005, p.68). Entretanto, a defesa dos médicos tradicionais pela espiritualidade no processo de legitimação como um elemento fundamental que acompanha os seus conhecimentos e, sobretudo, os processos de retração como forma de proteção dos seus saberes, como abordamos anteriormente, refletem o sentido e o receio que eles têm de perda dos conhecimentos e da sua biodiversidade, e neste sentido do seu território. Neste contexto, os médicos tradicionais implicitamente reivindicam, também, o seu direito a auto determinação, reivindicam os seus lugares como sujeitos. Porque, segundo eles, a condição que lhes foi sempre reservada foi a de objetos, e com o seu lugar de enunciação sempre limitado.

Vamos fazer por nós mesmos, vamos criar meios (...). Por causa da demora e impasse. Eles não querem que isso aconteça [ a regulamentação]. Graças a Deus a OMS é que fez essa abertura, obrigou os governos a lidar com os médicos tradicionais... mas não está acontecer... (Entrevista, médico tradicional).

Para Escobar, uma das alternativas para a defesa dos territórios consiste no “[...]processo de outorga de títulos de propriedade coletiva e o esforço de conseguir um fortalecimento organizacional e o desenvolvimento de formas de governabilidade territorial[...]” (Escobar, 2005, p. 71). Aliás, esta foi uma alternativa também avançada pela representante da DNMTA ao se referir sobre a proteção dos conhecimentos médicos tradicionais. Para a DNMTA, dada a dificuldade de individualizar os Direitos de Propriedade Intelectual em relação aos saberes médicos tradicionais, uma das alternativas seria conceder este direito coletivamente.

[...] o conhecimento tradicional tem que ser ressarcido quando é um saber tradicional, chamam de direito de propriedade intelectual, de princípio eles deveriam ter, como é que vou dizer, algum benefício neste passar do seu conhecimento, mas para que isso aconteça nós temos que, de facto, termos estes regulamentos, porque é preciso definirmos qual é a percentagem. E também é difícil tu saberes, este conhecimento será que é da Graça, é do Gregório, é do João, por causa desta coisa de que o conhecimento tradicional passa de geração em geração, a quem a gente dá este benefício, esta é uma discussão que já tem anos (...), mas não se chega a conclusão, porque vamos dizer o tratamento da panelinha, aquelas plantas vou dizer quem é que iniciou? É complexo, então é nesta perspectiva que tinham que ganhar reality, tinham que ser registrados, mas quando eu for a registar aquela planta é de quem este conhecimento?!então a única coisa que se pode fazer é dizer a comunidade X mas também é preciso várias auscultações para nos chegarmos a conclusão de que de facto este/aquele conhecimento é daquela comunidade (DNMTA, 2021).

Contudo, os médicos tradicionais, apesar das insurgências e reivindicações que têm feito junto à instituição que os tutela (DNMTA), as suas exigências sobre a regulamentação e proteção dos seus conhecimentos nunca foram lhes satisfeitas. Um dos grandes problemas que contribui para o fracasso na definição de estratégias para a proteção dos seus saberes e territórios tem a ver com a falta de organização entre os próprios médicos tradicionais. Entre eles, como vimos anteriormente, há uma corrida para a conquista de poder e protagonismos individuais, e não se verifica uma união entre as associações com vista a lutar a favor dos interesses comuns ao grupo. Escobar e Pardo (2005), referem que uma possível saída vitoriosa para a preservação dos recursos biológicos, do conhecimento local e dos territórios seria a capacidade de mobilização, quer destes grupos, enquanto detentores desses recursos, assim como de organizações da sociedade civil, ONGs nacionais e internacionais:

[...]o futuro dos direitos das minorias étnicas a controlar os seus recursos biológicos e seu conhecimento tradicional dependerá em boa medida da capacidade mobilizadora das organizações étnicas e de outros setores da sociedade civil, tais como as ONGs no plano internacional e nacional, uma vez que no quadro institucional são os posicionamentos a favor do mercado que predominam e contam com melhores recursos para impor os seus pontos de vista (Escobar e Pardo, 2005, p.351).

Estes autores dão exemplo de como grupos minoritários no Pacífico Colombiano começaram a se organizar e lutar contra o Governo com o objetivo de obterem reconhecimento oficial das suas terras e lutar contra o patenteamento e a comercialização da biodiversidade e conhecimentos tradicionais existentes em seus territórios. A mobilização e organização se configura, no entanto, para estes grupos, como luta pela sua própria existência. Este processo permitiu a regulamentação e estabelecimento de leis e decretos reconhecendo direitos a esses grupos (Escobar e Pardo, 2005).

No caso de Moçambique, o facto é que se o conhecimento médico tradicional existe e sobrevive até os dias de hoje, revela que, não obstante as ameaças à sua existência ao longo do tempo, estes construíram formas próprias de defesa do seu lugar, território e dos seus conhecimentos. Entretanto, pelo fluxo de interesse, cada vez maior, sobre os seus conhecimentos e pela contínua desqualificação que sofrem são exigidos não apenas a arquitetarem formas alternativas de proteger os seus mundos, mas sobretudo a se unirem e se organizarem como grupo que possui interesses comuns. A sua reivindicação pela proteção dos seus conhecimentos é, em última análise, uma reivindicação contra a desterritorialização dos seus mundos.



## 7.2 Desqualificação e Marginalização das Atividades Médicas Tradicionais

A vossa atitude de recusar os sacramentos cristãos aos curandeiros, é a maior prova de que não vieram libertar o povo, mas sim, submeter. A vossa atitude de excluir os curandeiros da vida do cristianismo demonstra a vossa recusa em reconhecer que, em África, existem outros saberes e outras ciências.

Paulina Chiziane, Mariana Martins (2015, p.261)

Uma das grandes questões apresentadas pelos médicos tradicionais para justificar a regulamentação da prática médica tradicional é referente a desqualificação e marginalização que estes agentes vem sofrendo. Para estes agentes a regulamentação, como veremos a seguir, seria uma forma de impor reconhecimento às suas práticas. A igreja, seria uma das instituições que vêm promovendo sobremaneira, nos últimos tempos, os processos de desqualificação. Influenciando inclusive as formas como os próprios médicos tradicionais se auto-inscrevem no panorama sociocultural moçambicano.

### 7.2.1 A desqualificação por parte das Igrejas evangélicas

Nas últimas duas décadas, em particular, um novo ator apareceu em cena, as igrejas evangélicas, que expandem o discurso de desqualificação e demonização já secular da medicina tradicional, como já analisado anteriormente. Como afirma uma médica tradicional de Xai-Xai:

Os que lutam conosco e dizem que os curandeiros não são de nada são as igrejas evangélicas (essas igrejas que se infestaram nos dias de hoje[...], porque atualmente as pessoas quando apetece-lhes fundam igrejas e começam a falar mal de nós os curandeiros) [...]. Promovem-se falando mal de nós, dizendo, venham ter conosco e deixem esses curandeiros que só usurpam o vosso dinheiro de borla. E nós não usurpamos dinheiro de ninguém, nós fazemos o nosso trabalho de modo a aliviar o sofrimento de quem nos procura (Médica Tradicional, Xai-Xai – Tradução livre).

Em todas as entrevistas efetuadas às associações de medicina tradicional, esteve presente a preocupação dos médicos tradicionais para com o discurso desqualificante dessas igrejas. Os médicos tradicionais têm se insurgido e denunciado a postura das

igrejas evangélicas em relação às práticas médicas tradicionais. Aliás, a própria reivindicação pela regulamentação das atividades médicas tradicionais, segundo os médicos tradicionais, têm, dentre vários objetivos, pôr fim a essa desqualificação. Para os médicos tradicionais, a regulamentação conferiria maior validade epistêmica às suas atividades, e dessa forma, acabaria com qualquer tipo de marginalização.

Mas, qual tem sido o discurso das igrejas evangélicas sobre os médicos tradicionais e suas práticas? Em primeiro lugar, é preciso referir que Moçambique carece de estudos historiográficos relativamente a tipologias das igrejas evangélicas e sobretudo estudos sobre a sua relação com as culturas locais, neste caso concreto com a cosmovisão médica tradicional. Os estudos existentes são escassos. Sendo que diante do incremento dessas igrejas, um estudo historiográfico e sociológico, permitiria identificar, mapear, diferenciar e compreender os seus desenvolvimentos recentes.

A presença das igrejas evangélicas em Moçambique é antiga, as primeiras datam de 1885. Já desde esta altura, em termos de evangelização, os evangélicos sempre foram considerados violentos e desrespeitosos em relação às outras crenças (Morier-Genoud, 2002). A partir de 1992, com o fim da guerra civil, há um crescimento das igrejas evangélicas, particularmente pentecostais. Este incremento, deveu-se, segundo Fry (2000), à necessidade de reconstruir o tecido social então desintegrado com a guerra civil. Atualmente em Moçambique, há uma presença massiva de igrejas evangélicas que partilham um conjunto de universos simbólicos comuns, facto que faz com que estas, muitas vezes, se confundam umas das outras.

As igrejas evangélicas empreendem em seus discursos uma ruptura com o passado (a ancestralidade e as práticas ditas tradicionais), sobretudo enquanto esse passado significar o recurso a práticas curandeiras. Qualquer prática associada à medicina tradicional, para estas igrejas, insere-se num conjunto de condutas que devem ser reprimidas. A tradição é tida como causadora de todos os infortúnios. Desta forma, os crentes como novas criaturas são orientados a não recorrer a ela para a resolução das suas inquietações. As práticas curandeiras são associadas a demônios, a bruxaria, a feitiçaria, magia, macumbaria, *a espíritos malignos, espíritos diabólicos, espíritos enganadores, espíritos da palhota* etc. Portanto, as igrejas demonizam e diabolizam, em sua doutrinação, as cosmovisões médicas tradicionais e os seus agentes (Fry, 1997, 2000, Kamp, 2015, Fiorotti, 2017, Tivane, 2022). Esta é uma ideia que foi muito difundida no período colonial, assim como no período pós-independência. Tal como tratamos no

segundo e no terceiro capítulo desta tese. Alguns aspectos culturais e sobretudo as práticas médicas tradicionais são considerados, de modo geral, primitivos, supersticiosos e obscurantistas, e para a criação de uma sociedade dita moderna ou de um “homem novo” era necessário a sua eliminação.

Não obstante as igrejas evangélicas, em Moçambique, tenham influências nos Estados Unidos da América, Brasil, Nigéria, etc. (Meneses, 2019). Grande parte dos estudos em Moçambique sobre as igrejas evangélicas e suas relações com as culturas locais, relatam que a ação dessas igrejas tem influência do contexto brasileiro e na sua relação com as religiões afro-brasileiras. Tal como é o exemplo dos estudos sobre a igreja Assembleia de Deus e a Igreja Universal do Reino de Deus (IURD). Ou seja, a forma como as igrejas evangélicas brasileiras veem as religiões afro-brasileiras, ela é por extensão, a reprodução de sua ação no contexto moçambicano. Estas igrejas empreendem uma certa continuidade doutrinária do seu contexto de origem, ainda que se moldem em função do contexto em que se instalam (Fiorotti, 2017). No contexto brasileiro, por exemplo, as igrejas evangélicas adotaram uma postura de combate e demonização dos valores e entidades religiosas afro-brasileiras. Para estas igrejas, as religiões afro-brasileiras incorporam em sua essência um conjunto de práticas demoníacas e diabólicas. Estas práticas são tidas como as maiores causadoras de infortúnios. Questões como doença, pobreza e demais desgraças têm sua origem, segundo estas igrejas, nos demônios promovidos pelas igrejas afro-brasileiras. (Loyola, 1984, Oro, 1997, 2007 Silva, 2015, Fiorotti, 2017)

Voltando para o contexto moçambicano, como resultado da desqualificação através da diabolização e demonização, os médicos tradicionais reclamam da redução e ao mesmo tempo da usurpação de seus pacientes. Os médicos tradicionais reclamam, igualmente, a expropriação e consequente apropriação dos seus conhecimentos pelos pastores dessas igrejas. Isto porque, as igrejas evangélicas, segundo os médicos tradicionais, servem-se das mesmas técnicas de trabalho e inclusive os seus líderes/pastores recorrem a eles para adquirirem técnicas e remédios/drogas usados no seu processo de cura.

[...] acerca das igrejas, esse é o grande cancro para nós como médicos tradicionais. Acredita, agora temos défice de pacientes por causa dessas igrejas?! O que nós fazemos, como tratar o indivíduo, tirar os maus espíritos é aquilo que eles também fazem (...) e usam droga[...]fornecida pelos médicos tradicionais (Médico Tradicional, Maputo, AMETRAMO).

Portanto, não obstante as igrejas evangélicas preguem a ruptura com o passado, parece que o que se constata é que este passado não é necessariamente eliminado, longe disso, ele é mobilizado para dar sentido à doutrinação dessas igrejas. Ou seja, estas igrejas, em parte, só se tornam o que são a partir desse passado e das práticas que o compõem. O passado é atualizado e ressignificado em função dos seus interesses. Ele é sempre rememorado no processo de possessão, exorcismo e libertação nos cultos destas igrejas. O passado se torna, neste caso, a essência do funcionamento destas igrejas. As igrejas evangélicas ao incorporarem em seus cultos práticas e símbolos das religiões e culturas que combatem, tal como o uso de sal, azeite, vela, a prática de possessão e exorcismo, no lugar de se distanciarem, mais se aproximam e se identificam com elas (Oro, 1997, 2007 Silva, 2015, Fiorotti, 2017, Tivane, 2022).

Outra abordagem é trazida por Kamp, ao referir que as igrejas evangélicas, a partir de sua doutrinação, tornam os seus crentes transnacionais, na medida em que estes subjetivamente transpassam suas fronteiras nacionais ao romperem com suas cosmovisões locais, tornando-se, desta forma, “estrangeiros” em seus próprios países (Kamp, 2015). Por exemplo, muitas vezes, o estabelecimento de uma europa moderna e cristã se impôs a partir da invenção e representação do “outro” como sendo pagão, atrasado, ignorante etc (Mutzenberg, 2023). Permitindo com que este “outro”, muitas vezes, acreditasse na sua inferioridade e sobretudo na inferioridade das suas próprias culturas.

Foi o destino de algumas culturas no mundo que foram sistematicamente consideradas inferiores durante séculos de dominação ocidental, incluindo, no que diz respeito à África, uma longa história de comércio de escravos e colonialismo. Infelizmente, esse senso de inferioridade foi internalizado em vários graus pelas próprias culturas (Hountondji, 2000, p.5).

Portanto, o contato com as outras cosmovisões, culturas e religiões sobretudo usando a estratégia de desqualificação, permitiu com que os indivíduos pertencentes a culturas ditas minoritárias se situassem, ou completamente no espaço da cosmovisão, cultura ou religião dominante tornando-se estranhos (e inclusive marginalizando) às suas próprias culturas, como é o caso referido por Kamp, outrossim esse contato permitiu com que o indivíduo se situasse num lugar de intermédio transitando entre as várias realidades em função do contexto, convicções e interesses. Alguns estudos revelam que os crentes das igrejas evangélicas ao mesmo tempo que fazem uma ruptura com o passado, quando se deparam com algum problema que não conseguem resolver “convencionalmente” ou por via das suas crenças religiosas modernas, tendem sempre a recorrer,

clandestinamente, a este passado que rejeitam (Chiziane e Martins, 2015; Tivane, 2022). Portanto, como refere Hountondji,

[...] [a] lógica de marginalização nunca atinge plenamente o seu objectivo. São os próprios fracassos da medicina hospitalar, as insuficiências gritantes do saber oficial, que nos obrigam cada vez mais a recorrer à medicina dita tradicional e, de uma forma mais geral, a esta memória milenar, que tentámos demasiado cedo suprimir, para encontrar soluções, ou tentativas de solução, para problemas hoje considerados inextricáveis. O processo de ocidentalização tem assim os seus próprios limites (Hountondji, 1994, p.11).

Aliás, em seu estudo sobre a *Filosofia Bantu*, Tempels notou que em questões prementes ligadas à vida e/ou a morte, ou seja, os momentos de sofrimento, agonia, sobrevivência ou perda, tornam-se elementos que definem ou marcam o regresso, não obstante se tenha abandonado os princípios que definem a identidade cultural ou religiosa do indivíduo. Tempels dá exemplo da tradição cristã ocidental, no sentido em que quem pertence a esta tradição, quando se encontra num momento de sofrimento ou perda esta pessoa retorna aos princípios que definem a sua identidade, neste caso a tradição cristã. Tempels dá este exemplo para compará-lo a cosmogonia bantu. Segundo Tempels (2019), os bantus mesmo quando possuem novas posturas, mesmo quando são imbuídos de uma lógica civilizacional cristã, quando se encontram num contexto de sofrimento, estes regressam às suas origens, a sua identidade e suas práticas (Tempels, 2019, p.37). Este cenário coloca uma grande questão ligada não apenas a uma crise dilemática sobre a (des)consideração epistémica local, mas sobretudo nos propõe a uma questão essencialmente identitária. Para ilustrar isso, passo a contar um episódio descrito por Achebe em *Meu Pai e Eu*, uma narrativa contida no texto *A educação de uma criança sob o protetorado britânico*. Chinua Achebe, conta como o pai teve o seu primeiro contato com missionários ingleses em pleno domínio colonial e como é que ele imediatamente se converteu ao cristianismo. Conta ainda a tentativa do seu pai em converter o seu tio ao cristianismo. O tio recusara e apontando as insígnias que conquistara durante a sua vida, perguntou-o: “E o que devo fazer com isso aqui?”, essa questão para Achebe, era essencialmente identitária. Ao fazê-la, era o mesmo que se perguntar “O que eu vou fazer com quem sou? O que vou fazer com a história?” (Achebe, 2012, p.44).

A desqualificação que continuamente os médicos tradicionais têm experimentado por diversas seitas e religiões, têm muitas vezes influenciado para que estes, de um lado, inferiorizem e abandonem as suas atividades e, de outro lado, em alguns casos, se assumam como membros destas igrejas. Durante as entrevistas presenciei casos em que alguns médicos tradicionais abandonaram as suas atividades e se filiaram a certas seitas

religiosas. Um dos casos que se notabilizou, foi a história de um médico tradicional na cidade de Maputo. Este teria se convertido como crente de uma das igrejas evangélicas. Este médico tradicional mesmo tendo, muito tempo depois, voltado às suas atividades médicas tradicionais, e renunciado a tal crença religiosa, passou a ser desacreditado/desqualificado e não mais deter o mesmo respeito e consideração no seio da classe médica tradicional.

[...] epah por isso ele já não tem, não tem credibilidade...já não aparece em nossas reuniões. Porque epah (...), saiu aqui mesmo na televisão (...) haaa tu sabes que quando aquele gajo ti pega pah (...) ele começou a rastejar como cobra e a gritar (...) epah é uma coisa que nem dá para contar só ao vivo veres (...) foi no Honório<sup>31</sup>, caiu e a gritar. Assim achas que é uma pessoa íntegra essa?! Ele se humilhou, se humilhou diante de todos nós e nós olhamos a ele como infantil, e já não faz parte de nós...e o Honório disse que detonei o presidente da Ametrano e esse nem era presidente da Ametrano (Médico Tradicional, 2021)<sup>32</sup>.

Portanto, esse médico tradicional teria, neste caso, quebrado a confiança com grupo, e por consequência, ultrajado todo um conjunto de práticas ou crenças comuns e normativas do grupo, que lhes validam enquanto sujeitos constitutivos de conhecimento ou de uma cosmovisão.

As associações de medicina tradicional têm culpado o governo por nada fazer para parar com o processo de desqualificação que têm vindo a ser perpetrada por estas organizações religiosas. E questionado sobre o trabalho que estas associações tem feito para parar com esta desqualificação, estes responderam nos seguintes termos:

Mas olha, como reagir se o governo está a assistir aquilo, abriu as portas, está a dar licenças...o que é que nós podemos fazer?! Só podemos assistir também. E também a população está a aderir. Então o que fazer?! Só falta um dia nós não termos nenhuma clientela. Desta vez temos o grande inimigo, veja alguém cair e manifestar espíritos, está a ver que manifestam demónios as pessoas né, é esse que X<sup>33</sup> foi cair neles, sim é esse que X foi cair neles, manifestou demónios o X, rebolou, rebolar, rastejar parece cobra, a dizer foi buscar cobra (...) caiu. (Médico Tradicional, entrevista)

O processo de desqualificação também ocorre internamente nas associações médicas tradicionais. Existe uma auto marginalização (auto-descriminação), muitas vezes influenciada pelas percepções externas sobre a medicina tradicional. Por exemplo, algumas associações apresentam-se como ervanárias, e ocultam a dimensão espiritual,

<sup>31</sup> Pastor de uma igreja evangélica em Moçambique

<sup>32</sup> Durante a entrevista com o médico tradicional que nos concedeu este depoimento, para confirmar o seu relato, mostrou-nos o video em causa, disponível no YouTube: [https://www.youtube.com/watch?v=4Wp-5ZAoo\\_c](https://www.youtube.com/watch?v=4Wp-5ZAoo_c)

<sup>33</sup> O médico tradicional referido no depoimento anterior.

mesmo que, em suas atividades diárias, façam uso dessa particularidade. Esta auto desqualificação, para além de ser resultado do preconceito secular sobre as culturas africanas, é, em parte, uma questão estratégica para que algumas associações ou médicos tradicionais ganhem aceitação por parte da DNMTA, uma vez que este órgão não reconhece e não apoia a dimensão espiritual. Por exemplo, numa das entrevistas realizadas na cidade de Maputo, quando questionado a um antigo, membro da AMETRAMO, sobre as razões que o levaram a abandonar esta agremiação e se filiar à AERMO, referiu-se nos seguintes termos: “...eu também era da AMETRAMO, fiquei mais satisfeito ainda porque eu não tenho nada a ver com aquela coisa de obscurantismo etc., eu sou mesmo ervanário. Então com muito gosto saltei para aqui.” (Médico Tradicional, AERMO, Maputo). Esta é uma das ideias que estaria por detrás da concepção desta associação. Ou seja, a AERMO, enquanto uma associação que lida apenas com ervas, passa a distanciar-se, embora teoricamente, da dimensão espiritual, combatida e considerada supersticiosa, por vários agentes e sobretudo pelo Estado. Portanto, a narrativa construída em torno da medicina tradicional, tanto no período colonial, assim como no período pós-independência, na qual a medicina tradicional foi definida como sendo obscurantista etc., foi em alguns casos internalizada no seio dos próprios médicos tradicionais.

Este processo de auto desqualificação, Memmi (2007), chamou de “O amor pelo colonizador e o ódio de si”. Assim sendo, o colonizado ao buscar igualar-se ao colonizador (o amor pelo outro), ele ao mesmo tempo recusa a si mesmo. Desta forma, a busca pelas formas de vida do colonizador deve-se, em grande medida, pela *vergonha e ódio de si mesmo*. Neste sentido, os valores e costumes do colonizador são copiosamente incorporados pelo colonizado, em detrimento das suas culturas. Ao mesmo tempo que o colonizado ignora, despreza os seus modos de vida, ele esvazia-se de si mesmo, escondendo e menosprezando “seu passado, suas tradições, [e] todas as suas raízes, enfim, que se tornaram infamantes” (Memmi, 2007, p. 164) . Como refere Hountondji (2002):

[...] o problema hoje é que, no contexto da dominação colonial, internalizamos em grande parte o discurso de nossos antigos senhores sobre nossas culturas, suas visões depreciativas sobre os modos de vida e de pensamento africano. Como consequência, fomos e ainda somos tentados a desvalorizar nosso próprio patrimônio, inclusive o imenso legado do conhecimento indígena. (Hountondji, 2002, p.26).

Portanto, as razões pelas quais o conhecimento local é colocado num lugar marginal, decorrem, em primeiro lugar, da ideia segundo a qual este conhecimento é

menos sistemático em relação ao conhecimento científico, ou seja, ele é tido como conhecimento empírico e não racional. Além disso o lugar que se coloca o conhecimento local deve-se aos agentes internos que começam a desprezar e rejeitar as formas locais de vida e modos de pensamento. Havendo uma espécie de auto subestimação da herança ou do legado do conhecimento local (Hountondji, 2002).

A alienação cultural e a auto denigração que se vive hoje devem-se, muito profundamente, aos preconceitos construídos durante séculos pela estrutura colonial e sobretudo pela internalização desses preconceitos por parte das vítimas do colonialismo. Para Fanon, esta automarginalização e consequente valorização do que é alheio, era, antes de tudo, uma reação à estrutura opressora do colonizador. A disposição das estruturas coloniais forçavam com que o colonizado admitisse a inferioridade do seu ser e da sua cultura: “Evidam-se todos os esforços para levar o colonizado a confessar a inferioridade de sua cultura transformada em condutas instintivas, a reconhecer a irrealidade de sua nação e, finalmente, o carácter inorganizado e inacabado de sua própria estrutura biológica” (Fanon, 1968, p.198). Para Fanon, a reação a esse tipo de situação, era variada, uns continuavam consolidando as suas cosmovisões outros assumiam a cultura do colonizador ao mesmo tempo que desqualificavam as suas realidades culturais locais. É por isso que Fanon chama atenção à necessidade de vigilância, de modo a eliminar as formas atuais do imperialismo que destroem os sujeitos em seus contextos: “o imperialismo que hoje se bate contra uma autêntica libertação dos homens abandona por toda a parte germes de podridão que temos implacavelmente de descobrir e extirpar de nossas terras e de nosso cérebro” (Fanon, 1968, p. 211).

Como saída para este cenário Hountondji propõe a necessidade, primeiro, de se libertar da obsessão pelo ocidente e suas culturas, e segundo buscar referências a partir de um olhar endógeno, ou seja, a partir das nossas próprias culturas sem, no entanto, nos enclausuramos nelas. Desta forma, permitirá que se tenha uma visão crítica não apenas em relação à nossa herança cultural, mas sobretudo para com a cultura estrangeira. Permitirá ainda reconhecer que, em razão do pluralismo e dinâmica das culturas, atualmente a cultura estrangeira é parte constituinte da cultura local (Hountondji, 2002).



### 7.3 A exigência do reconhecimento, ou não, da dimensão espiritual<sup>34</sup> e suas controvérsias

A questão espiritual tem sido o “ponto nevrálgico” da relação entre os médicos tradicionais e o Estado em Moçambique. Na medida em que, enquanto os médicos tradicionais têm nos espíritos o fundamento epistêmico para as suas atividades, o Estado vê na espiritualidade desses agentes um conjunto de superstições mágicas e obscurantistas. Ou seja, para essas instituições a dimensão espiritual encontra-se destituída de qualquer pressuposto epistemológico e é nela que se funda o charlatanismo.

Excelências, minhas senhoras e meus senhores, depois dessas duas décadas é importante que definamos que tipo de medicina tradicional pretendemos: a obscura, que carece de comprovação científica ou a medicina tradicional oficializada, com segurança e eficácia comprovada... (Misau, 2022)<sup>35</sup>

O argumento usado para sustentar o não reconhecimento da dimensão espiritual tem seu fundamento na ciência. O fato da questão espiritual ultrapassar as lógicas do entendimento científico, faz com que este conhecimento seja considerado irracional. Se de um lado, se estabelece um juízo negativo sobre estas práticas, do outro lado, a justificativa para o não reconhecimento da dimensão espiritual se circunscreve ao que os meus entrevistados chamaram de um campo de práticas *difícil de explicar*.

[...] é preciso também separar até que ponto vai esta colaboração com o Ministério da Saúde, nós não olhamos a parte espiritual, nós olhamos a parte da cura a base de plantas medicinais. A parte espiritual, aquela parte de *kufemba*<sup>36</sup> etc., isso já não faz parte desta nossa colaboração, não faz parte desta colaboração. A nossa colaboração tudo se baseia na área de saúde, que meios nós podemos colaborar para fazermos vincar o objetivo da saúde que é: o nosso valor é a vida. Mas a partir das plantas e raízes. E a colaboração relativamente à

<sup>34</sup> Práticas de possessão, adivinhação, *Kufemba* (exorcismo), *xikwembu* (espíritos) etc.

<sup>35</sup> Intervenção da representante do Ministério da Saúde durante o Simpósio sobre a Medicina Tradicional e Alternativa em Moçambique, realizado a 02 de Setembro de 2022.

<sup>36</sup> O termo *Kufemba* significa “adivinhar”, processo realizado a partir de um ritual de ‘exorcismo’. Langa (1992) dá uma explicação exaustiva do termo da seguinte forma: “o termo deve ser entendido no sentido psicológico e intelectual e é por isso que o termo ‘adivinhar’, se não traduz perfeitamente o conceito subjacente no termo *kufemba*, ao menos está muito próximo. *Kufemba* é uma ação mais concreta do que teórica; não consiste num simples adivinhar intelectual, por exemplo o que o outro pensa, mas e sobretudo o que ele ‘faz’. Não consiste num simples ‘dizer’ o que o outro ‘faz’, mas sim em fazer com que o próprio actor, oculto, seja ele a ‘dizer’ o que ‘pensa’ e ‘faz’. Diremos que *kufemba* é fazer com que o autor invisível se torne visível tomando forma no *nyamussoro* ou *mufembi* para empregar termos próprios. É captar o outro à distância, captar a sua personalidade, o seu ser.” (Langa, 1992, p.100, 101). Sobre a finalidade do rito de *kufemba* Langa escreve o seguinte: “o rito de *kufemba* tem sido denominado ‘exorcismo’. Certamente, este aspecto existe no rito e é a parte essencial. No entanto, quando se pronuncia este termo de ‘exorcismo’ é indispensável evitar a identificação do *kufemba* como o ‘exorcismo’, tal como é concebido na mentalidade ocidental e judeo-cristã. É verdade que o fundo poderá talvez ser o mesmo, mas as diferenças são bem consideráveis na prática e mesmo na maneira de concebê-lo. O *kufemba* tem uma parte médica, com a aplicação dos remédios para combater a doença física, e uma outra parte que denominaríamos de psicológica ou parapsicológica, que consiste na expulsão dos *mimoya* [Neste contexto, são espíritos maus] que atormentam o doente.” (Langa, 1992, p.101,102)

transferência do doente à unidade sanitária. Isto é o que preocupa o Ministério da Saúde, o resto é difícil de explicar (Entrevista, DNMTA, ).

E nessa perspectiva, questionam-se: como se poderia reconhecer, legitimar e cooperar sobre algo que não se compreende? Entretanto, a natureza própria do conhecimento médico tradicional, por causa da sua complexidade, contribui contra o seu reconhecimento e regulamentação.

Esta é, igualmente, a problemática discutida por Granjo em seu artigo intitulado “Decidir sem Perceber? Racionalidades e consequências do que não faz sentido”. Granjo, interroga-se nos seguintes termos: “será possível decidir bem sem compreender as lógicas (por vezes as crenças) que movem as pessoas envolvidas no fenómeno que é objecto da nossa decisão, sobretudo se essas lógicas ou crenças forem distantes das nossas e nos parecem coisas estranhas?” (Granjo, s.d, p.2). Analisando três casos, nomeadamente: “a relação entre os trabalhadores e os perigos, na Moral”, “os ataques e assassinatos de albinos” e “as ‘epidemias’ de desmaios ou transes entre alunas de escolas secundárias”, Granjo sugere que é necessário compreender e conhecer as representações e racionalidades outras para melhor decidir politicamente sobre elas. Isto porque, segundo Granjo, as crenças ou representações consideradas irracionais e sem sentido, muitas vezes, “podem (...) ser racionais e basear-se numa lógica rigorosa” (Granjo, s.d, p.4). Portanto, as boas decisões só são possíveis quando estas são fundamentadas em pesquisas e conhecimento sobre o fenómeno em causa.

Partindo dessa abordagem, pode-se inferir que a exclusão *per si* da dimensão espiritual por parte do Estado não passa de uma decisão política, sem, no entanto, se ter um entendimento profundo sobre estas práticas.

O interesse do Estado e de outras organizações internacionais consiste simplesmente em não reconhecer as outras dimensões da medicina tradicional (a social, e já agora espiritual) e pseudo-legitimar tão somente a sua farmacopeia, cerceando, deste modo, o seu campo de ação (Meneses, 2005).

Os médicos tradicionais, embora reconheçam a complexidade do mundo espiritual, encontram nele a essência de sua existência enquanto indivíduos provedores de saúde e sobretudo do bem-estar social. Segundo estes, são os espíritos que orientam as suas atividades, e é com o auxílio deles que fazem os diagnósticos e prescrevem o tratamento adequado para os seus pacientes. Para que o indivíduo se torne médico tradicional é necessário que ele seja possuidor (ou possuído) pelos espíritos. Sem os

espíritos as suas atividades são praticamente inexistentes. Aliás, como os próprios médicos tradicionais referiram em entrevista:

[A prática médica tradicional sem a parte espiritual é] ...como uma arma sem munições, não é nada. O espírito é como munição. Nós somos espiritualizados. Nós somos médicos tradicionais por causa dos espíritos que carregamos. Se não há poder espiritual, não há nada (Entrevista, Maputo, AMETRAMO, 2021).

Os médicos tradicionais afirmam que a não valorização e reconhecimento da parte espiritual decorre, de um lado, da ignorância e preconceito que o Estado tem relativamente a grande parte das práticas médicas tradicionais, e esse desconhecimento tem associado esses agentes a práticas obscurantistas, e do outro lado, decorre do menosprezo que o Estado tem em relação às práticas médicas tradicionais, sobretudo da dimensão espiritual.

Na medicina tradicional, a doença comporta duas dimensões que se interligam, a dimensão sócio-cultural e a dimensão física(biológica). Ou seja, a doença não é concebida como tendo apenas causa física. Ela é mais do que manifestação física, é um fenómeno social. Tanto que para a cura, para além de se buscar causas físicas, se torna crucial buscar por causas sociais. Desta forma, o médico tradicional, a partir da adivinhação (que envolve especialidade espiritual) busca causas sociais e, por conseguinte, procedimentos com vista a eliminá-las (Honwana, 2002; Langa, 1992). A adivinhação é feita, muitas vezes, através dos *tinhlolo* (ossículos de adivinhação) e de transe. E para que se seja médico tradicional não basta que se tenha conhecimento de um determinado número de remédios. Existem condições específicas, para além do conhecimento de remédios, necessárias para que se seja ou para que a sociedade considere um indivíduo como efetivamente médico tradicional (n'anga/nyanga). Um fator determinante para que alguém se torne médico tradicional é a posse pelos espíritos. Para Langa (1992), por exemplo, para que alguém se torne médico tradicional, para além do conhecimento de remédios, é necessário:

ser iniciado *kuparura*, e isto subentende que o indivíduo seja portador de um *xikw/tchikwembu*. Portanto, nós diríamos que são duas as condições para se ser n'anga/nyanga, ao menos: possuir um medicamento ou vários medicamentos (quanto mais melhor) e ser iniciado (= *kuparura* porque portador de um *xikw/tchikw*) (Langa, 1992, p.110,111).

*Kuparurwa* consiste, no entanto, na iniciação e integração do indivíduo como médico tradicional. Sendo o fim de um processo de formação do médico tradicional, esta cerimónia conta com a entrega ao novo médico de diversos instrumentos de trabalho, e sobretudo com a sua apresentação à comunidade, onde esta, por sua vez, pode recorrer

para a cura de várias doenças. Só depois desta cerimónia é que o iniciado pode ser chamado de médico tradicional (n'anga, nyanga ou nyamussoro) (Langa, 1992). Assim sendo, o fenómeno de possessão pelos espíritos se destaca como um elemento fundamental no exercício da atividade do médico tradicional. Alguma literatura, como é o caso do estudo de Langa, prefere o uso do termo local *kuyakeliwa* ou *kuyakelwa* para se referir a este fenómeno, que significa ser habitado. O termo possessão, para Langa (1992), é carregado de vícios e equívocos. Uma vez que, o termo passou a ter uma conotação pejorativa e o fenómeno tem sido “compreendido e interpretado diferentemente nas diversas culturas tanto na sua manifestação como na sua causa” (Langa, 1992, p.50). E por esta razão, o termo possessão não consegue abranger a totalidade do seu sentido. Honwana (2002), compreende a possessão pelos espíritos como uma condição em que o corpo de um indivíduo vivencia um momento efêmero de separação do seu *eu* para dar lugar à manifestação dos espíritos. E citando Beattie e Middleton, refere que a possessão pode caracterizar-se por *transe real*, assim como, *transe presumido*. Este último refere-se ao fato dos médicos tradicionais serem possuídos pelos espíritos, sem no entanto, estes se manifestarem visivelmente, ou seja, os *espíritos não saem e não falam*, mas, ainda assim orientam as suas atividades. Ademais a manifestação desses espíritos, nesta condição de *transe presumido*, pode ser por via de *sonhos e visões*. Portanto, isto mostra que a possessão pelos espíritos é inerente aos médicos tradicionais independentemente da sua manifestação (visível) ou não.

Os espíritos (*Moya, Swikwembu ou Sikwembu e os tinguluve* etc.) são, neste caso, “almas de pessoas que tiveram uma existência histórica” (Langa, 1992, p.14). O termo *xikwembu*, por exemplo, que é de origem tsonga, significa Deus. No seu plural *svikwembu* significa deuses ou espíritos. Entretanto, os espíritos são essencialmente deuses incumbidos de estabelecer harmonia social (Honwana, 2002). O conceito de espírito, no seio dessa cultura, baseia-se na ideia de que existe uma vida após a morte física. Ou seja, os mortos ganham uma outra forma de existência, com direitos e deveres sobre a família, nomeadamente: “serem lembrados, serem tratados e protegerem os vivos” (Langa, 1992, p.15). Como refere Honwana, os espíritos dos que morreram exercem uma grande influência sobre o mundo dos vivos, ou seja: “o mundo espiritual é uma continuidade do mundo dos vivos no sentido em que, mesmo após a morte, os mais velhos continuam a orientar e controlar os seus descendentes.” (Honwana, 2002, p.53). De modo que, para que haja um equilíbrio social, os indivíduos precisam seguir as orientações e preceitos

dos espíritos. Com efeito, os mortos continuam fazendo parte da família viva, a morte não significa a destruição dos laços entre os vivos e os mortos. Estes apenas mudaram a sua forma de existir, mas continuam existindo de tal maneira que eles têm direitos e deveres em relação aos familiares.

A espiritualidade manifesta nas práticas médicas tradicionais, se de um lado, é concebida como supersticiosa, obscurantista e irracional, do outro lado, ela é entendida como um sistema de conhecimento coerente e lógico. Peek e Mbiti referem que, apesar dessas práticas constituírem o *modus vivendi* em todo mundo e sobretudo em África, o que se observa é que tem havido poucas pesquisas a fundo sobre esses sistemas de conhecimento (Mbiti, 1970; Peek, 2002). Por este motivo, se tem perdido muito conhecimento sobre esses sistemas como resultado de preconceitos (Peek, 2002). A adivinhação como uma forma de espiritualidade exercida pelos médicos tradicionais, é concebida como um sistema baseado em um amplo e complexo corpo de conhecimento. Um meio através do qual se manifesta a *episteme* de uma determinada comunidade a partir de um sistema de interpretações. E um adivinho (*mulhaluvi*), segundo Langa (1992):

deve possuir um xikw/tchikw, pelo qual ele trabalha. Com efeito, o homem não trabalha por si mesmo, mas é o xikw/tchikw que trabalha através dele. Numa palavra, nós diríamos, numa linguagem ocidental, que o mulhaluvi é uma pessoa possessa (mas nunca entra em transe) (Langa, 1992, p.111).

O adivinho geralmente é a primeira instância que se recorre de modo a se ter o diagnóstico e as prescrições do que se deve doravante fazer para encontrar a cura ou resolução de um determinado problema social. Para Peek (2002), esses sistemas não podem ser entendidos como um conjunto de comportamentos arbitrários e idiossincráticos. E não devem ser concebidos apenas como outras formas de conhecimento ou como outras formas de manifestação cultural, mas sobretudo como tipos de conhecimentos de que dependem vários grupos sociais, tanto em contextos urbanos assim como rurais.

A literatura refere que pelo fato desse conhecimento não ser acessível a muitos e não ser compreensível a indivíduos comuns ou fora dessa cosmovisão, é interpretado como mágico e irracional (Granjo, 2009, [s.d.]; Honwana, 2002; Mbiti, 1970; Peek, 2002; Eze, 2002; Langa, 1992). Aliás, este é o posicionamento, como nos referimos acima, do Estado moçambicano. Langa refere que não obstante esta visão, é importante a partir de pesquisas demonstrar a legitimidade epistêmica dessas práticas:

Para um estranho, as práticas desta religião não passam de uma amálgama de gesto sem conexão uns com os outros. Por isso, achámos indispensável demonstrar que se trata de um verdadeiro sistema que tem os seus princípios de coerência. Este sistema não é estático e o passado mostra-nos o seu carácter dinâmico. É um sistema que tem a sua cosmovisão, que se caracteriza pela hierarquização dos elementos do Cosmos (Langa, 1992, p.135).

E. Chukwudi Eze (2002), embora fale de um tipo específico de adivinhação entre os povos Yuruba, argumenta que a adivinhação entre os povos africanos deve ser entendida como uma forma específica de conhecimento, um sistema complexo de interpretação e compreensão dos problemas quotidianos:

[...] é um procedimento que busca o conhecimento do destino, ou seja, da trajetória da vida. É uma tentativa de alcançar uma autocompreensão individual e social cada vez maior a fim de determinar, acima de tudo, o caminho correto a ser seguido por suas ações na vida (Eze, 2002; p.174).

A adivinhação se coloca, assim, como um meio que busca a compreensão profunda dos problemas quotidianos, a partir de formas epistemológicas específicas. O sistema de adivinhação é constituído por uma estrutura teórica de interpretação que se assemelha a qualquer teoria da verdade ou da razão. O processo de interpretação no sistema de adivinhação busca essencialmente formas de obter conhecimento, sobretudo o conhecimento moral. E sendo a adivinhação um sistema de conhecimento interpretativo como outros, é natural que surjam questões relativas à natureza do conhecimento, tais como, que tipo de entendimento é capturado na prática de adivinhação, que tipo de verdade os pesquisadores buscam, ou ainda como distinguir entre o verdadeiro e falso nesse sistema de conhecimento (Eze, 2002). Na mesma linha, Honwana, concebe a adivinhação como uma *fonte vital* de conhecimento. Visto que, é através da adivinhação que os médicos tradicionais buscam o conhecimento das causas de determinadas doenças e soluções de cura. Portanto, ela oferece elementos para a tomada de decisão em um determinado caso de doença. A adivinhação, encontra-se inserida dentro de um sistema próprio de conhecimento e princípios, cujo decurso se orienta de forma lógica e racional. Para Honwana, a própria procura da cura através dos agentes detentores de técnicas de adivinhação se traduz como procura de conhecimento, “um conhecimento que ultrapassa a percepção e compreensão das pessoas e que lhes possibilita restabelecer o equilíbrio nas suas vidas” (Honwana, 2002, p.34).

[...] o adivinho transforma o discurso dos espíritos dos antepassados numa mensagem mais inteligível para os vivos, o que permitirá acção prática. (...) Na verdade, para procurar conhecimento e descobrir as causas dos males do doente,

o *nyamusoro* estabelece comunicação com os espíritos dos antepassados através dos *tinhlolo* e do transe, um tipo de comunicação não acessível ao comum dos mortais... (Honwana, 2002, p.237).

Portanto, estes sistemas de pensamento apresentam formas próprias de racionalidade que comportam para determinado grupo ou cultura sentidos próprios, sendo significativos no seu próprio contexto. Não existindo, dessa forma, uma racionalidade universal, mas sim racionalidades.

Os médicos tradicionais atuam como agentes de intermediação entre as pessoas e o mundo dos espíritos. E através de suas técnicas de adivinhação captam e interpretam as orientações dos espíritos para uma ação concreta, tal como a cura de uma determinada enfermidade combinada com a aplicação de conhecimentos da farmacopeia ervanária, a busca de proteção, a busca de causas de determinados infortúnios etc.

[...] eu assim como estou sou homem espiritual, porque eu faço consulta, curo e trato, eu praticamente sou direcionado (guiado) com o (por um) espírito então se (eu ignoro) ignora a ele (o espírito), as coisas não correm bem (Entrevista, Inhambane, AMETRAMO, 2021 – grifos acrescentados).

Esta relação de interdependência entre os espíritos e humanos tem o que Honwana chamou de *natureza interpenetrativa*, ou seja, há uma interação mútua e imanente:

[...] existe uma interdependência entre os seres humanos e os espíritos. Esta natureza interpenetrativa entre humanos e divindades está ligada à questão fenomenológica da existência, da identidade e da capacidade individual de acção. Os agentes espirituais possuem pessoas apoderando-se dos seus corpos e faculdades, vivem e crescem nas pessoas, expressam-se através de pessoas. As pessoas por seu turno, vivem com os espíritos, assumem a personalidade dos espíritos e dão sentido à sua vida através de espíritos. Os indivíduos também se transformarão, a seu tempo, em espíritos. Desta forma, a abordagem (...) permite-nos considerar os espíritos não só como agentes externos que controlam e mudam as identidades das pessoas, mas a própria essência da identidade humana. Através da posse pelos espíritos, os indivíduos possuídos podem assumir múltiplas identidades pelo facto de serem hospedeiros de vários agentes espirituais (Honwana, 2002, p.265,266).

A doença do chamamento se configura como início da dependência do indivíduo (futuro médico tradicional) em relação aos espíritos. E os médicos tradicionais (enquanto indivíduos possuídos pelos espíritos), funcionam como intermediários e/ou porta-vozes dos espíritos em relação aos seus consulentes. O processo de iniciação para a medicina tradicional marca a separação entre o indivíduo possuído pelos espíritos (futuro médico tradicional) e as pessoas comuns (o resto da sociedade), isto porque, segundo Honwana (2002), “os iniciados são moldados numa nova personalidade e adquirem novos valores, novas categorias conceptuais e novos hábitos. Aprendem a estabelecer contacto com o mundo espiritual, a viver com espíritos no corpo e a manusear os instrumentos da

profissão.” (Honwana, 2002, p.81, 82). O processo de iniciação é antecedido pela doença do chamamento (ou doenças provocadas pelos espíritos). Deste modo, a pessoa eleita para se tornar médico tradicional passa a padecer de doenças provocadas pelos espíritos e só é curada quando passa pelo processo de iniciação. Geralmente a pessoa que padece de doenças dos espíritos recebe o diagnóstico quando procura um médico tradicional. Este informará ao seu consulente que a doença que possui é provocada pelos espíritos de sua família, os quais pretendem que o mesmo se torne médico tradicional. Por esta razão:

a possessão pelos espíritos é um processo muito violento, que implica o deslocamento temporário da alma (ou essência) do indivíduo possuído e a consequente substituição pela alma de outrém. (...) através da possessão, o indivíduo ascende a uma posição superior ao comum dos seres humanos, ficando mais próximo do mundo dos espíritos dos antepassados (Honwana, 2002, p.88).

A doença de chamamento é um momento de sofrimento que se traduz, ao mesmo tempo, como estratégia de convocação por parte dos espíritos para que o indivíduo passe a assumir a sua nova vocação. Ao ser eleito pelos espíritos, o indivíduo precisa seguir o chamamento, a recusa significa que este ficará doente para toda sua vida (Honwana, 2002). A impossibilidade de recusa ao chamamento, mostra o poder autoritário que os espíritos dispõem sobre os indivíduos escolhidos, sendo estes forçados a habitar ou ser habitados pelos espíritos. Portanto, a partir do momento de escolha, se estabelece uma relação de dependência entre o indivíduo eleito e os espíritos:

O indivíduo nada pode fazer senão seguir a vontade espiritual e tem que aprender a viver com eles através do processo de iniciação. Por outro lado, também existe uma dependência dos espíritos, que necessitam de um corpo humano para cumprirem os seus objetivos. Em consequência, indivíduos e espíritos dependem uns dos outros (Honwana, 2002, p.91).

Todavia, para os médicos tradicionais, como atestam os dados obtidos em entrevistas, assim como, alguns estudos, o seu ofício (diagnóstico e cura), é essencialmente imanente aos espíritos que os habitam. De forma que, para eles torna-se inconcebível o reconhecimento apenas da dimensão ligada às plantas.

Nós somos médicos tradicionais completos. Então os espíritos são eles que nos orientam no trabalho. Entretanto, eles só valorizam as plantas para a cura sem espíritos, às vezes as plantas só não servem. Essas plantas têm dono, que são os espíritos, estas a perceber. Por isso que o Ministério da Saúde tentou desenvolver sozinho (com as plantas recolhidas/expropriadas), mas não desenvolve porque não tem aquela parte espiritual. (Entrevista, Maputo, AMETRAMO, 2021).



Granjo, em seus estudos sobre esta problemática, tinha chegado às mesmas conclusões:

Para os tinyanga, as suas capacidades curativas são inseparáveis dos espíritos que os possuem 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 (Granjo, 2009, p.569).

O que notamos durante o trabalho de campo é que no saber médico tradicional a aplicação do conhecimento das plantas não é essencialmente separada da dimensão espiritual. Estas dimensões, muitas vezes, se complementam ou se interdependem. A espiritualidade, sobretudo o fenómeno de possessão são a base que sustenta todo o sistema de pensamento médico tradicional: “(...) Nós somos espiritualizados. Nós somos médicos tradicionais por causa dos espíritos (...). se não há poder espiritual não há nada.” (Entrevista, médico tradicional, Maputo, 2021). E sem esta espiritualidade, tal como se referiu anteriormente, as plantas perdem o seu valor.

Contudo como constata diferentes estudos, sobretudo os estudos de G L Chavunduka and Murray Last:

[...] existe um perigo inerente de que o conhecimento médico tradicional seja definido simplesmente em termos de sua expertise técnica em ervas, que essa experiência, por sua vez, seja reconhecida apenas por sua farmacognosia empírica, sem referência à matriz simbólica e ritual na qual é utilizada – e muito menos à matriz social na qual esses rituais e símbolos adquirem significado em um determinado tempo ou lugar (Chavunduka, G. L. e Last, Murray, 1986, Tradução livre).

#### **7.4 A necessidade de policiamento ou controle interno (entre os médicos tradicionais) contra práticas ou condutas consideradas nocivas.**

O discurso relativo à existência de práticas consideradas nocivas no contexto das práticas médicas tradicionais não é de todo vazio. Os próprios médicos tradicionais reconhecem a existência dessas práticas no seio do seu grupo. Entretanto, enquanto para algumas instituições e entidades estas práticas têm na dimensão espiritual o seu fundamento, para os médicos tradicionais elas se fundam na existência de falsos médicos que contrariam os princípios e normas que caracterizam a medicina tradicional. É à vista disso que uma das razões assentes na reivindicação e defesa da regulamentação se sustenta no controle e na eliminação desses falsos médicos e dessas práticas. São considerados falsos médicos aqueles que, não tendo nenhum “chamamento”, exercem estas atividades (por exemplo, quando estes afirmam como vimos acima, que que a

espiritualidade é o elemento definidor e legitimador de um verdadeiro médico tradicional), outrossim são considerados falsos médicos aqueles que violam os preceitos estabelecidos no seio do grupo, exercendo práticas classificadas como proibidas ou como não fazendo parte do conjunto de práticas consideradas próprias daquela profissão ( por exemplo, médicos tradicionais que praticam a feitiçaria, e o uso de partes de corpo humano nas suas atividades).

Muitas vezes, são práticas que ultrapassam a fronteira terapêutica. Muitos dos meus informantes relataram a existência de “médicos tradicionais” que, a pedido dos seus consulentes, praticam feitiçaria e rituais com o objetivo de fazer mal a uma determinada pessoa, indo na contramão dos princípios próprios da medicina tradicional. Em algumas ocasiões, no meu trabalho de campo, sobretudo em Maputo e Gaza, as associações, em particular a Ametramo, reuniam os seus membros, frequentemente, com o objetivo de resolver determinados casos de falsos médicos associados a práticas, consideradas contrárias à medicina tradicional. Muitas destas reuniões eram restritas e a nossa participação nunca foi permitida. A maior parte dos litígios mediados, nessas reuniões, tinham a feitiçaria como centro. Tal como se referiu um dos nossos informantes:

(...) muito mais, os conflitos que resolvemos dentro da nossa associação é essa coisa de feitiçaria, outros problemas canalizamos para a liga dos direitos humanos, para a procuradoria, tribunal, OMM, etc. (Médico tradicional, entrevista, 2021).

A questão da feitiçaria, portanto, faz parte das justificativas para a defesa da regulamentação da medicina tradicional, uma vez que estas práticas derivam, em parte, dos próprios grupos ou redes de médicos tradicionais. Por exemplo, quando questionado sobre a existência dessas práticas no interior das redes de medicina tradicional, os nossos informantes responderam:

Olha, o médico tradicional conhece isso, por natureza. Agora, o que é que nós queremos?! Queremos que ele separe as coisas, quando é curandeiro ser só curandeiro, feitiçaria do outro lado (Médico Tradicional, entrevista, 2021).

Um outro informante referiu:

[...] bem, na verdade, dizer que não existe estaria a mentir. Existe, mas a Ametramo está contra isso, a Ametramo foi criada para que possamos defender, lutar contra os feiticeiros. O médico tradicional não é feiticeiro, o médico tradicional é para curar, e o feiticeiro é que é o nosso inimigo. E a que possa estar inscrito na Ametramo e ser feiticeiro, mas um dia vai ser descoberto. Porque nós estamos contra a feitiçaria (Médico Tradicional, entrevista, 2021).

Portanto, não obstante os curandeiros tenham como natureza do seu ofício a cura de enfermidades e luta contra a feitiçaria, o paradoxo é que estes mesmos curandeiros,

por possuírem conhecimentos profundos sobre a feitiçaria, em alguns casos são solicitados para exercê-la. Como refere Meneses (2004a, 2005), em alguns casos os médicos tradicionais são “maliciosamente” usados. A busca incessante de promoções, de sorte no trabalho, nos negócios, a busca de riqueza etc., ou seja, as incertezas e crises que se vivem no mundo contemporâneo fazem com que os médicos tradicionais sejam cada vez mais solicitados. Isto mostra o quanto a feitiçaria e a medicina tradicional estão intrinsecamente ligados. Aliás, alguns estudos referem que o poder que ambos detêm (o médico tradicional e o feitiçeiro) deriva da mesma essência, apesar de terem orientações de propósito bem distintas:

O mungoma (mago, curandeiro) é, por consequência, o inimigo declarado do noyi (deitador de sorte [Feitiçeiro]). É muito possível que, na origem, o poder de ambos seja da mesma natureza. Mas o uso que dele fazem é absolutamente oposto: um serve-se dele em interesse da sociedade; o outro, contra esse mesmo interesse (Junod, 1996, p.433).

Entretanto, embora os médicos tradicionais reconheçam a existência de feitiçeiros em suas agremiações, no meu trabalho de campo os médicos tradicionais sempre buscaram evidenciar as diferenças que os separam dos feitiçeiros. A cura, a promoção da paz e do bem estar foram os elementos referidos como associados à prática médica tradicional. E esta diferença é que torna o médico tradicional inimigo do feitiçeiro.

Os litígios que envolvem a feitiçaria, segundo os nossos informantes, por causa da sua complexidade, nunca são encaminhados para os tribunais. Porque para a intervenção de um tribunal:

Tínhamos que pegar o nosso código de conduta, para facilitar o juiz. Porque isso são coisas invisíveis, porque até nós médicos tradicionais para descobrirmos um feitiçeiro é preciso se armar, se você não se armou não descobre. Tenho que estar diante dos meus instrumentos de trabalho para poder ver se é feitiçeiro ou não é e de que nível é esta feitiçaria. Porque há feitiçaria reforçada, essa aí é perigosa, quando a pessoa é feitiçeira e vai buscar outras coisas para reforçar a feitiçaria, quando diz que você há de ver é porque algo vai chegar a sua casa, ou porque você vai quebrar o pé ou alguma coisa... (Médico Tradicional, entrevista, 2021).

Portanto, o que decorre nessas situações, quando há casos de denúncia ou queixas envolvendo feitiçaria, muitas vezes, os tribunais ou outras instituições remetem os casos aos médicos tradicionais. Estes por sua vez se reúnem para solucionar os litígios, e posteriormente enviam o relatório sobre a decorrência dos casos à instância que os solicitou:

[...] o tribunal quando se trata dessas coisas [Feitiçaria] ela remete o caso para nós, e nós resolvemos ao nível da AMETRAMO e dizem resolve esse problema

e depois vão nos dar relatório. E nós damos o relatório (Médico Tradicional, Entrevista, 2021).

Meneses (2019) refere que este tipo de mediação em Moçambique começou em meados de 1980, período em que começam a surgir várias *instâncias locais de resolução de conflitos*. Desta feita, os médicos tradicionais passaram a ser considerados agentes importantes na resolução de conflitos ligados à feitiçaria. E as deliberações surgidas na resolução desses conflitos passaram a ser consideradas pelos juízes (Meneses, 2019). Portanto, muitas vezes, as acusações, denúncias ou queixas de feitiçaria, quando apresentadas, quer por ONGs, estruturas locais (secretários de bairro, chefes de quarteirão etc), polícias ou tribunais, elas são, em última instância, mediadas, informalmente, pelas associações de medicina tradicional, sobretudo a Ametramo (Meneses, 2019, p.298).

Este facto revela a existência, nestes contextos, de múltiplos sentidos de produção de justiça, o que Meneses chamou de um *mosaico de ordens sociojurídicas ou pluralismo jurídico*. Para Meneses (2019), num contexto em que os sentidos ontológicos são múltiplos, o pluralismo jurídico, na resolução de conflitos se torna imprescindível. No caso de conflitos ligados à feitiçaria a intervenção dos curandeiros (tidos como especialistas em espíritos) se torna importante não apenas porque contribui na identificação dos feiticeiros, assim como na produção de provas, quer seja para a sua identificação como feiticeiro, assim como de sua ação em um determinado evento.

A crescente centralidade destes ‘novos’ agentes jurídicos parece assentar, entre outros fatores, no facto de ser extremamente difícil demonstrar a culpa do acusado sem a presença de evidências, especialmente quando os acusados negam as acusações; em condições tão precárias, o papel do curandeiro torna-se imprescindível, pois só ele parece ser capaz de ‘ver’ as provas (Meneses, 2019, p. 299).

Estes cenários, ainda que sejam articulados de maneira informal, mostram a existência, no contexto moçambicano, de diferentes experiências e sentidos de justiça social. Mostram uma abertura, embora tímida, para o funcionamento desses sistemas segundo os seus próprios princípios epistémicos e ontológicos em conjugação com outros.

Outro caso de desvio de princípios, relatado pelos médicos tradicionais, refere-se aos panfletos publicitários, considerados enganosos, difundidos em jornais e fixados, sobretudo, nas ruas das grandes cidades por aqueles considerados pelas associações por falsos curandeiros (Charlatães). Estes panfletos, geralmente, anunciam ou prometem milagres, a cura de todo o tipo de enfermidades e a resolução de várias adversidades

sociais como falta de amor, falta de sorte, aumento do tamanho de penis, falta de emprego, sucesso nos negócios, entre outros. Estes falsos médicos, segundo os nossos informantes, geralmente não se filiam a nenhuma associação, atuam de forma isolada e muitos deles provêm de outros países, sobretudo dos países vizinhos.

Não conseguimos controlar os médicos estrangeiros, só conseguimos ver panfletos, e estamos (...) atrás dos panfletos para retirar. Quando eles chegam só vimos os panfletos, não sabemos como é que eles entram, de onde eles vêm, e não sabemos o conteúdo do que eles querem fazer. Nós só descobrimos os panfletos e mandamos expulsar e tiramos os panfletos e entramos em contacto com as pessoas para poderem deixar disso, porque a medicina tradicional ela não tem publicidade. É proibido fazer publicidades enganosas (Médico Tradicional, entrevista, 2021).

Embora as justificações dos nossos informantes tinham como intenção afastar a responsabilidade dessas práticas aos médicos tradicionais nacionais, em nosso trabalho de campo, foi, também, possível observar vários panfletos publicitários com origem local. Por exemplo:

**Figura 1** – Publicidade de atividades médicas tradicionais nas ruas da cidade de Maputo.



**Fonte:** Fotografias do autor (2022)

É importante referir que estas publicidades migraram, também, para as redes sociais e são encaminhadas por via de mensagens de textos em celulares.

**Figura 2** – Publicidades de atividades médicas tradicionais feitas por mensagens de textos em celulares.



**Fonte:** Mensagens publicitárias enviadas para o autor.

Para Meneses (2019), estas publicidades refletem as formas de vida dos “novos” curandeiros, que, ao contrário dos médicos tradicionais que habitavam no campo, estes vivem nas cidades

Onde é possível detectar símbolos que anunciam a sua presença e os seus préstimos nos jornais (...). Este facto, associado à ligação à medicina moderna e aos problemas da modernidade urbana (emprego, progressão nas carreiras, sucesso nos exames, etc.), reflete o carácter inerentemente moderno dos curandeiros, dos médicos tradicionais. (Meneses, 2019, p.293).

Em contrapartida, para Xaba (2005), é justamente o agravamento das condições económicas (que caracterizam o mundo moderno) que levou com que muitos se estabelecessem como “médicos tradicionais”, sem, no entanto, passarem por uma formação para o efeito. Estes “impostores”, como os denomina Xaba (2005), geralmente afirmam possuir soluções para todo o tipo de problemas e, muitas vezes, possuem “‘certificados’ que afirmam pertencerem a uma ou outra ‘associação’ ou ‘organização’ de ‘curandeiros tradicionais’” (Xaba, 2005, p.411).

Uma outra forma de proliferação de charlatanismo (ou formas consideradas ilegítimas) no seio da medicina tradicional e que preocupa as associações têm a ver com a compra/venda de espíritos para que um indivíduo se torne curandeiro (médico tradicional): “...há uns curandeiros que vendem almas, vender almas a uma pessoa, para usar. Não é [dom de] Deus. Esses curandeiros são feiticeiros” (Médico Tradicional, entrevista). É que o indivíduo, segundo os nossos informantes, torna-se médico tradicional, por via de regra, a partir de herança familiar. Ou seja, é necessário que no passado algum membro de sua família consanguínea tenha sido médico tradicional. Desta forma, os espíritos escolhem algum membro da família para dar continuidade ao legado. Entretanto, o que tem sucedido, segundo os nossos informantes, é que tem havido cada

vez mais casos de indivíduos que vão a procura do domínio dessas práticas e, em contrapartida, de médicos tradicionais prontos a oferecer o/os seu/seus conhecimento/os, seus espíritos em troca de dinheiro. Ainda segundo os meus informantes, esse processo de venda de almas e de poderes se estende não apenas a pessoas que tencionam ser curandeiros, do mesmo modo, pastores de igrejas evangélicas.

E ao mesmo tempo vais perceber que (...) essas igrejas são de agora e sabes o que é que são aquelas coisas que andam a fazer cair as pessoas, é uma droga, muitos vão buscar aquelas drogas, raízes lá (nos) curandeiros, (...)buscam aquelas energias que você cai (que fazem as pessoas caírem nas igrejas) esta perceber e fazem aquela magia e trazem aqui e chegam abrem igreja. Mas, sabe o quê? Maior parte desses que estão aqui a fazer esses espetáculos são pessoas que não são nada, foram buscar energias, almas. Se intitulam de profetas, abrem igreja para enganarem as pessoas (Entrevista, médico tradicional, 2021).

Ao mesmo tempo que reconhecem que a maior parte dos pastores dessas igrejas recorrem aos médicos tradicionais para a compra de poderes, reconhecem igualmente (ao afirmarem que o que os pastores dessas igrejas fazem não passa de *espétáculos*, ou exercícios para *enganar as pessoas*) que as suas práticas, de algum modo, estão acompanhadas de charlatanismos. Desta forma, para Honwana (2002) com a proliferação desse tipo de prática torna-se difícil distinguir os verdadeiros médicos tradicionais dos fraudulentos (Honwana, 2002). Acabando por dificultar, cada vez mais, o próprio processo de regulamentação dessa prática. Para Meneses (2019), a compra dos espíritos “ameaça transformar as atividades dos médicos tradicionais num mercado de trabalho e de investimento pessoal para a obtenção de recursos financeiros. Porém, e como alertam vários curandeiros, esta «compra» leva os «curandeiros a perder as forças deles, força para curar pessoas...esses são feiticeiros, só faz feitiço»” (Meneses, 2019, p. 227).

Um outro cenário de desvio que deu origem às reivindicações por parte dos médicos tradicionais para a regulamentação da atividade médica tradicional tem a ver com o uso de partes do corpo humano, sobretudo de Albinos, nas atividades médicas tradicionais. A última reivindicação notável, que chamou atenção da mídia e de vários segmentos da sociedade, ocorreu em 2016, quando várias organizações denunciaram casos de perseguição, raptos e assassinato de Albinos por parte dos médicos tradicionais. Entretanto, este fenômeno tem um histórico relativamente antigo e de tempos em tempos vai experienciando momentos de intensidade e de esmaecimento. Na pesquisa realizada, os meus informantes reconheceram a existência dessas práticas dentro das associações, embora um grupo menor também tenha refutado a sua existência.

Infelizmente isso acontece, mas é desumano e tem que se travar isso. Vamos lá, dizem que é da nossa parte, mas pode não ser só da nossa parte, yah isso acontece. Mas isso estamos a combater, e vai se travar isso (Médico Tradicional, entrevista).

Contudo, os médicos tradicionais, por via das suas associações, foram autorizados a realizar a sua profissão, sem regulamentação. Esta foi uma solução imediata para os problemas que os médicos tradicionais enfrentavam na altura, ligados à proibição e marginalização das suas atividades. Entretanto, com o passar dos anos vários problemas (como os que foram apresentados acima) foram surgindo, os quais precisavam de um outro tipo de intervenção por parte do Estado. Instituições e entidades governamentais e não governamentais, inclusive os próprios médicos tradicionais, estão de acordo com a necessidade de fortalecer os instrumentos normativos da medicina tradicional. Estes referem que a única forma de acabar com as práticas nocivas seria com o estabelecimento de um regulamento, que poderia ajudar no policiamento ou controle dessas práticas consideradas desviantes. Portanto, a regulamentação tem sido a via reivindicada e recomendada. Por exemplo, questionando um representante de uma entidade do Estado, que zela pela área médica tradicional, sobre como o Estado pretende eliminar as práticas nocivas no contexto das práticas médicas tradicionais, afirmou:

[...] de facto, enquanto nós não tivermos a lei, os regulamentos, a medicina tradicional vai continuar a ser exercida sem muita segurança, apesar de as próprias associações terem códigos de conduta, mas falta-nos ainda documentos macros para estabelecer estas balizas, penalizações, e também, e não só o exercício da medicina tradicional no país, mesmo para aqueles que vêm para fazerem a medicina tradicional no nosso país, eles têm que encontrar instrumentos legais que lhes orientem que olha se tu fores até aqui vai ser penalizado, conhecer os seus direitos e seus deveres e penalizações, se essa medicina for mal usada. Agora a nossa perspectiva como governo é que aquelas práticas que são nocivas à saúde das populações sejam banidas, porque é isto que mancha a nossa medicina tradicional, então a legislação iria nos ajudar a reduzir essas práticas nocivas, porque, de facto, não se justifica nós usarmos órgãos humanos para...é verdade que a medicina tradicional a gente diz que ela usa plantas, usa corais, usa minérios, espécies medicinais, usa animais, mas não pode ir matar uma pessoa, para poder ter...então isso é crime, está fora daquilo que é uma orientação dentro desta classe (Entrevista, DNMTA, 2021).

Num estudo sobre a medicina tradicional na África do Sul, com o objetivo de analisar formas seguras de exercer esta profissão e de “determinar os perigos da prática médica indígena”, Xaba (2005, p.412), refere que para a mitigação de casos ligados a proliferação de charlatões e crescentes casos de “assassinatos por feiticeiros”, “assassinatos por mutilações”, e consequente uso de partes humanas para remédios, resultou em recomendações como: a regulamentação da prática médica tradicional, mobilizações por via de programas de educação, condenação para feiticeiros, lei de



controle de feitiçaria, a criação de tribunais especializados em feitiçaria que pudessem assessorar os sistemas judiciais formais, criação de tribunais tradicionais para julgar casos de feitiçaria etc. O interessante na experiência sul africana, o que se pode identificar, com o caso dos médicos tradicionais em Moçambique, é que os processos de reivindicação para a regulamentação da prática médica tradicional se intensificaram depois de denúncias de existência de charlatões, de assassinatos e de casos de feitiçaria. Para os médicos tradicionais em Moçambique, assim como as recomendações dos estudos sul africanos, o argumento é de que a regulamentação seria o caminho para o controle dessas práticas consideradas nocivas no contexto das práticas médicas tradicionais e, sobretudo, de falsos médicos. Tal como a criação das associações se consagrou como uma forma de legitimação das atividades médicas tradicionais face a uma visão reprimidora e marginalizadora por parte do Estado.

Os médicos tradicionais acreditam que a regulamentação fortalecerá a legitimidade de suas práticas e, assim, eliminará as práticas nocivas associadas a sua profissão. Enquanto isso não ocorre, os casos de desvios, que de tempos em tempos vão chamando atenção da sociedade, são politicamente aproveitados pelos médicos tradicionais para reforçar as suas reivindicações sobre a necessidade de regulamentação das suas atividades.

## **7.5 Entraves na regulamentação da medicina tradicional: entre incertezas e esperanças**

Não sabemos nada...agora já calamos...nem se fala mais sobre esse assunto e não vale a pena andarmos a falar, porque estaremos a falar para nada (Medicina Tradicional, entrevista).

Os médicos tradicionais, ao mesmo tempo que reconhecem que com a regulamentação seria possível resolver boa parte dos problemas que afetam a medicina tradicional, carregam consigo grande descrença da sua efetivação. As razões dessa descrença são várias, nomeadamente: (1) a não participação inclusiva dos principais atores nos processos de regulamentação, (2) a expropriação e apropriação dos seus conhecimentos por parte do Estado (são parte interessada pela expropriação, por isso a demora e desleixo pela regulamentação e (3) a falta de informação e morosidade por parte das estruturas competentes (vontade política). A não participação inclusiva dos médicos

tradicionais em instituições estatais que lidam com a medicina tradicional e, sobretudo, a sua exclusão na produção da legislação, têm sido grandes críticas que as associações de medicina tradicional têm lançado ao Estado. Estes apontam que, quase sempre, são chamados depois da materialização das propostas de regulamentação, apenas para legitimar algo sobre o qual não participaram e não dispõem de informações sobre os contornos de sua produção, possibilitando, assim, a imposição de agendas e decisões.

[...] por vezes fazem as coisas sem termos chegado a nenhum consenso, nós geralmente assumimos no fim, por exemplo o estatuto, o código de conduta (proposta da regulamentação), produziram entre eles e nos fizeram chegar. E não podia ser assim, tinham que primeiro acolher as sensibilidades de todas as províncias, convidando os membros, e depois daí produzirem um código ou estatuto, de modo que houvesse consenso nosso, nós conhecedores das plantas. Por isso há coisas que [fazem] e nós não temos conhecimento... (Entrevista, AMETRAMO, XAI-XAI, 2021).

A exclusão, como referem os médicos tradicionais, tem se fundado na desqualificação exercida sobre eles. Associando-lhes, muitas vezes, a pessoas analfabetas, e por isso, incapazes de decidirem, eles próprios, sobre várias questões que dizem respeito à sua atividade. E ao serem considerados analfabetos faz com que sejam, sistematicamente, excluídos de processos que são profundamente determinantes no processo da regulamentação e, de instituições estatais que administram as práticas médicas tradicionais.

Esta questão está intrinsecamente relacionada ao segundo ponto referente às acusações de expropriação e apropriação dos conhecimentos sobre as plantas. Os médicos tradicionais exigem das estruturas governamentais respostas sobre as plantas recolhidas com a promessa de catalogá-las e, conseqüentemente, concedê-las o direito de propriedade intelectual. Isto porque, para os médicos tradicionais esses elementos são parte importante no processo de regulamentação das práticas médicas tradicionais.

[...] É que também para se oficializar uma coisa, primeiro tem que ter bases, como nós colhemos plantas, 160 plantas, para que a Direção Nacional da Medicina Tradicional, metesse no laboratório e nos trouxesse respostas, o caminho para a oficialização seria esse, porque não vamos oficializar sem bases. Só depois da resposta é que poderíamos ter uma legalização concreta (...) Nós não estamos a sentir o calor da direção da medicina tradicional, mas isso não é uma coisa para pôr no relatório, é uma conversa... (Entrevista, AMETRAMO, Xai-Xai, 2021).

Entretanto, os próprios médicos tradicionais estão cépticos relativamente ao retorno dessa resposta. Fato que, para eles, e esta passou a ser a narrativa, as instituições estatais teriam expropriado os seus conhecimentos sobre as plantas. Visto que, esse processo vem

há mais de 10 anos e as autoridades que tutelam a área nada informam sobre o assunto e as instituições da área médica tradicional justificam que a proposta para a aprovação da legislação sobre a medicina tradicional foi avaliada pelos órgãos competentes e dessa avaliação houve recomendações. Estas recomendações foram consentidas e os erros retificados. Desse processo falta, segundo este órgão, que sejam novamente solicitados pelas instituições competentes para que apresentem novamente a proposta de modo que seja encaminhada para aprovação. Portanto, para este órgão (DNMTA), o processo de regulamentação, que já dura mais de 10 anos, já não depende essencialmente da sua competência, mas sim, da boa vontade política das instituições responsáveis para o efeito (Conselho de Ministros e Assembleia da República).

Entretanto, por causa da falta de regulamentação, os desvio e desmandos vão prevalecendo e se perpetuando, de um lado, por instituições (governamentais e não governamentais) e pesquisadores com a expropriação dos conhecimentos dos médicos tradicionais, e de outro lado, causados pelos próprios médicos tradicionais e charlatões, com a violação dos direitos humanos (o uso de partes de corpo humano, entre outros), o uso de métodos não adequados e a propagação de mitos e mentiras sobre curas. A não aprovação cria limites no desenvolvimento da própria medicina tradicional, permitindo, muitas vezes, com que se usurpem conhecimentos da medicina tradicional.

Portanto, não existem prazos ou previsões para que a legislação sobre a medicina tradicional seja aprovada. A carência de informação e a morosidade no processo de regulamentação nasce desse imbróglio. É por este facto que os médicos tradicionais se encontram descrentes relativamente à aprovação da regulamentação.

[...] Em 2012-2015, iniciamos com a elaboração da legislação da prática de medicina tradicional e que foi aprovado até ao nível do Ministério da Saúde, estes documentos todos, nós elaboramos em coordenação com os próprios praticantes da medicina tradicional e outras instituições do governo, e a sociedade civil, nos fizemos auscultações ao nível nacional onde eles também participaram, e deram as suas contribuições e em 2016 foi aprovado ao nível do ministério da saúde esta legislação, e aguardamos a sua aprovação no conselho de ministros( Entrevista, DNMTA, 2021).

A medicina tradicional não se encontra na lista de prioridades do governo. Mesmo que, quase sempre, sejam relatados casos de charlatanismos, casos de uso de parte de corpo humano, apropriação do conhecimento médico tradicional etc.

[...] Como sabe há uma fila enorme de aprovação de leis e de acordo com os governos eles vão dando prioridade os instrumentos que acham que são prioritários, porque cada governo tem desafios então isso é que dita as

prioridades. No entanto, apesar de não termos uma lei formalmente aprovada, existe esta parceria e colaboração com a medicina tradicional onde desenhamos em conjunto atividades (Entrevista, DNMTA, 2021).

Para Last (1986), que se dedica ao estudo da medicina tradicional na África Austral, sobretudo no que se refere à sua regulamentação, refere que a grande ambiguidade neste processo consiste em definir o tipo de regulamentação. Entre um tipo de regulamentação que torna os médicos tradicionais autónomos, ou uma forma de regulamentação que o torna subordinado, incorporando-o dentro do sistema de saúde. Ou seja, a questão é: que nicho devem ocupar os praticantes da medicina tradicional? Devem ser membros subordinados das equipas de saúde no âmbito da profissão médica existente? Ou membros autónomos de uma nova e independente profissão de medicina tradicional?

A autonomia proporcionaria aos médicos tradicionais uma certa independência na autorregulação das suas atividades. Estes teriam a liberdade de se organizarem e realizarem as suas atividades sem qualquer tipo de interferência. Entretanto, sendo subordinados aos departamentos do sistema nacional de saúde, necessariamente terão de ser oferecidos uma formação adicional, com vista a adequá-los ao sistema oficial de saúde. E neste caso a essência do que é a sua medicina se diluirá, tendo em conta que o sistema de medicina oficial seleciona e decide sobre que nicho de medicina tradicional é que deve ser legitimado. Aliás esse tem sido o problema no processo de regulamentação da prática médica tradicional em Moçambique, enquanto o Estado não reconhece a dimensão espiritual da medicina tradicional, os médicos tradicionais em contrapartida referem que esta dimensão é a base da sua atividade e que sem ela não se pode falar de medicina tradicional. E neste caso existe um perigo que é de definir o conhecimento médico tradicional apenas em termos de sua experiência técnica com ervas, sem, no entanto, incluir a sua referência simbólica e ritual, que são profundamente importantes no que se refere aos sentidos que carrega a medicina tradicional para um determinado contexto.

Portanto, para Last, a regulamentação, ajudaria na eliminação de: (1) certas ideologias políticas, que concebem a medicina tradicional como sendo supersticiosa e obscurantista; (2) determinados preconceitos ou perspectivas de certas doutrinas religiosas que se opõem a medicina tradicional, concebendo-a como sendo satânica; (3) ajudaria na abertura para o reconhecimento de outros conhecimentos e cosmovisões, não apenas a perspectiva científica que se fecha a uma abordagem estritamente racionalista. Portanto, ajudaria a restaurar em vários segmentos sociais a confiança no exercício da

prática médica tradicional que vêm sendo suprimida desde o período colonial (Last, 1986).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No começo desta tese apresentamos como objetivo central, analisar as dinâmicas da governança da medicina tradicional em Moçambique, buscando compreender as reivindicações e controvérsias em torno da sua regulamentação. Este propósito, tal como nos referimos no início deste trabalho, foi motivado, de um lado, pelas narrativas associadas a procedimentos criminosos imputados aos médicos tradicionais relativos ao uso de partes de corpo humano nas suas práticas terapêuticas, e por outro lado, pelas reivindicações vinculadas à regulamentação das práticas pelos médicos tradicionais. Tendo se concentrado neste último aspecto. Acreditamos que, como depois se confirmou, tomando a regulamentação como o guarda-chuva da pesquisa, não só compreenderíamos esta reivindicação, assim como compreenderíamos a questão ligada às denúncias sobre práticas desviantes no contexto destas atividades.

Para atender os propósitos da pesquisa, analisamos, primeiro, as terminologias e sentidos usados para designar as atividades dos “médicos tradicionais”, e sobretudo terminologias e sentidos usados para nomear esses agentes. Consideramos esta etapa importante, porque constatamos que durante o percurso histórico moçambicano os médicos tradicionais foram representados sob variadas formas, e essas representações não constituíam consenso no seio desses agentes. Se de um lado as adjetivações usadas para designar estes agentes não respeitavam as especialidades existentes dentro das categorias das suas atividades, de outro lado, as designações usadas, muitas vezes, reduziam conceitualmente o sentido que comporta essas mesmas atividades. Por exemplo, a *Weltanschauungen* que corresponde ao que se tem denominado de “medicina tradicional”, possui uma dimensão abrangente que não se sustenta no próprio conceito “medicina tradicional”, isso equivale ao conceito de médico tradicional. A agência moderna/colonial apropriou-se apenas de uma parte da dimensão dessas práticas. Mas também, a maior parte das terminologias encontradas revelam uma leitura e concepção pejorativa e estereotipada das culturas africanas, e moçambicanas em particular.

As dimensões simbólicas e ritualísticas que englobam a espiritualidade destas atividades, para além de serem desconsideradas, foram categorizadas como obscurantistas. Estas representações não apenas se manifestaram no período colonial, como também atravessaram e se evidenciaram no período após-independência. A discussão empreendida neste ponto, foi importante para a compreensão da recusa, por

parte destes agentes, no uso das terminologias “praticante”, “médico”, “medicina” tradicional. Abordagem que tem influenciado bastante, nos processos de regulamentação. A razão é que estas terminologias, passaram a influenciar a divisão da estrutura/sistemas dos seus conhecimentos, e esta compartimentalização passou a valorizar apenas elementos ligados à biomedicina, marginalizando todas as outras perspectivas, sobretudo a espiritual. É desta forma que o argumento usado para resgatar a completude do seu sistema foi o de regressar às suas terminologias originárias, tais como *nyanga*, *nyamossoro*, *nyangarume* etc.

No segundo momento, abordamos o agenciamento da medicina tradicional no período colonial. O objetivo era compreender como neste período era gerenciada a medicina tradicional e como eram vistos os médicos tradicionais. Neste período, houve o que se designou de codificação dos usos e costumes indígenas, que consistia, essencialmente, no estudo e regulamentação de elementos culturais dos indígenas. Os estudos, a elaboração de projetos de codificação e a regulamentação dos usos e costumes eram dirigidos por secretários dos negócios indígenas, administradores, e governadores das circunscrições das províncias ultramarinas. O argumento para a codificação referia que esta tinha como objetivo salvaguardar os usos e costumes desses povos e eliminar o tratamento desigual entre os cidadãos do além mar e os do continente, sobretudo no que dizia respeito aos dispositivos legislativos, mas também tinha como objetivo permitir que a administração dos indígenas fosse orientada a partir das suas culturas.

Entretanto, a codificação dos usos e costumes, como se constatou, deveria ser elaborada sem que desrespeitasse o que se chamou de moral e ordem pública estabelecida. Os usos e costumes não deveriam entrar em contradição com a estrutura moderna/colonial. De tal forma que para além de codificar era importante reformular os usos e costumes e adequá-los aos interesses coloniais. Dentro dos usos e costumes, os conhecimentos médicos tradicionais faziam parte desse grupo de saberes que feriam a moral e a ordem pública estabelecida. Portanto, a regulamentação mascarava os propósitos de supressão e substituição dos usos e costumes considerados inadequados por aqueles da estrutura racional moderna/colonial. Os códigos foram usados não apenas para estabelecer normas consubstanciadas nos usos e costumes, mas sobretudo para reprimir formas de vida culturais locais. Este foi o caso da medicina tradicional. Em muitos casos ela foi tipificada como crime, de forma que qualquer indivíduo encontrado a praticar esta medicina era punido, sobretudo aquelas atividades que exigiam em seu cerne a

incorporação/possessão dos espíritos. Em alguns casos, a medicina tradicional foi tolerada devido à deficiência da cobertura sanitária da medicina oficial. Esta é a mesma perspectiva que vamos encontrar na discussão sobre a regulamentação da medicina tradicional na contemporaneidade. A ideia de que ela é tolerada devido ao reconhecimento de sua abrangência à maior parte da população moçambicana. Factor usado para a objetificação desses agentes na busca pela abrangência da medicina oficial.

Portanto, provou-se que a política sobre a medicina tradicional no período colonial circunscrevia-se à eliminação gradual. E neste sentido, todos aqueles que eram encontrados a exercerem a medicina tradicional, considerada imoral e perturbadora da ordem pública, eram presos e submetidos a correção. A repressão desses indivíduos era consubstanciada nas seguintes acusações: presos por dedicarem-se à feitiçaria ou ao curandeirismo, ao dedicarem-se à adivinhação etc. As sanções incluíam para além da prisão, o desterro para contratos de trabalhos forçados, que poderiam ser dentro de Moçambique, assim como para o exterior, tal como, para a ilha de São Tomé e Príncipe. Portanto, os médicos tradicionais eram considerados indesejáveis no contexto do estabelecimento da estrutura colonial e por isso, limitar ou mesmo eliminar as suas práticas, consideradas elas próprias nocivas para o contexto que estabelecia. Esta discussão foi importante na compreensão da governação da medicina tradicional e sobretudo na compreensão das políticas da medicina tradicional estabelecidas no período após a independência.

Neste período traçamos como propósito, compreender o agenciamento da medicina tradicional, primeiro com o estabelecimento do projeto político e ideológico socialista, e posteriormente com a abertura democrática. Interessou-nos compreender se houve nesse processo rupturas ou continuidades com a política colonial. Como evidenciamos durante a tese, o período após a independência, foi marcado por discursos contraditórios no que se refere às culturas locais. Se de um lado, os discursos se reduziam à eliminação das particularidades identitárias e culturais locais, de outro lado, esses mesmos discursos eram mobilizados para considerar a disposição cultural presente, desde que esta disposição estivesse em harmonia com o espírito revolucionário da época. Tal como nos referimos, os fundamentos políticos estabelecidos para a fundação do Estado-nação logo após a independência, tinham uma legitimidade não moçambicana, isto é, seguiam uma lógica teórica e histórica ocidental. Desta forma, a implementação destes modelos entrava em contradição e confrontação com a realidade sociocultural local,



permitindo que esta realidade fosse rejeitada e rotulada por obscurantismo ou superstição. Para a ideologia marxista, no seu empreendimento para a criação de uma sociedade nova e do homem novo, as culturas locais deveriam ser moldadas tendo em conta a criação dos novos valores e isso implicava que certos valores considerados velhos/tradicionais deveriam ser eliminados. A medicina tradicional fazia parte desses valores considerados tradicionais, supersticiosos e sobrenaturais, e o discurso ideológico marxista-leninista da Frelimo apelava para o seu abandono. Entretanto, com a entrada da Renamo em cena, houve um aproveitamento das instituições tradicionais. Este ator passou a assumir uma postura defensora e de valorização das instituições tradicionais locais que haviam sido rejeitadas pela Frelimo, com vista, sobretudo, a buscar estrategicamente uma base de apoio social para si. Para este período é preciso referir que embora a Frelimo tivesse se declarado contra os valores coloniais, tal como a estrutura colonial, ela continuou, pelo menos nos primeiros anos após a independência, rejeitando e marginalizando as práticas médicas tradicionais.

Portanto, apesar desse contexto conturbado, os médicos tradicionais ao longo do processo histórico adotaram formas próprias de sobrevivência, resistência e (re)adaptação às imposições e às circunstancialidades das complexidades político-históricas de Moçambique. O processo da colonização portuguesa, os eventos históricos de luta pela independência e a posterior adopção das políticas marxistas-leninista protagonizados pela FRELIMO, assim como os conflitos da guerra civil entre a RENAMO e a FRELIMO, impactaram profundamente as estruturas, dinâmicas e disposições que se seguiram do campo da medicina tradicionais em Moçambique.

Em 1977, forçado pela conjuntura interna e internacional o estado sob égide do Ministério da Saúde cria o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, como forma de valorizar e estudar as práticas médicas tradicionais. Neste mesmo ano a OMS havia se reunido em Genebra para debater sobre a promoção e desenvolvimento da medicina tradicional e no ano seguinte decorreu a conferência de Alma Ata, onde se reconheceu o papel da medicina tradicional e dos seus agentes na promoção da saúde. Em 1992 é criada a Associação de medicina tradicional de Moçambique (AMETRAMO). Entretanto, como se inferiu, mesmo com a criação destas instituições e diversos dispositivos, os médicos tradicionais, se de um lado, continuavam reclamando a marginalização das suas atividades, do outro lado, denunciavam a expropriação dos seus conhecimentos por parte das instituições do Estado. E as suas lutas durante o percurso histórico consistiu na busca

pela regulamentação das suas atividades. Portanto, estas etapas foram substanciais para a compreensão da nossa proposta inicial que era a compreensão das dinâmicas atuais ligadas a governança da medicina tradicional, sobretudo os fundamentos das demandas para a regulamentação da medicina tradicional na contemporaneidade moçambicana. Nesta fase constatamos que as reivindicações para a regulamentação da medicina tradicional decorrem de vários factores. Decorrem, notadamente, como parte da (1) busca pela autodeterminação, (2) luta contra a expropriação dos conhecimentos médicos tradicionais/ a busca pelo respeito e direito de propriedade intelectual, (3) a busca pelo reconhecimento das suas atividades que acabaria com a sua marginalização e criminalização, (4) a busca pelo controle (normatização) interno com vista a eliminar as práticas consideradas desviantes, (5) a busca pelo reconhecimento da parte espiritual (posseção pelos espíritos) etc. Tal como se constatou, os médicos tradicionais consideram que as instituições estatais, sobretudo a DNMTA, têm lhes usurpado o seu espaço e a possibilidade deles poderem agenciar as suas atividades por eles mesmos.

Os médicos tradicionais não apenas não fazem parte da estrutura da instituição que governa as atividades médicas tradicionais e seus agentes, assim como não participam de processos decisórios e deliberativos importantes nas suas atividades. São controlados e gerenciados por agentes externos a suas atividades. As suas práticas são intermediadas por outros agentes. E neste caso, a DNMTA, se coloca como a única instituição legítima e com poderes para agenciar a prática médica tradicional. Este tem sido um dos fundamentos para a regulamentação da prática médica tradicional. Estes agentes têm esperança de que com a regulamentação terão mais poder e mais controle sobre as suas atividades. O discurso da regulamentação se fundamenta na necessidade de garantir a proteção dos conhecimentos médicos tradicionais. Este conhecimento, tal como abordamos, vem sendo expropriado desde o período colonial, por diferentes agentes, organizações coloniais, organizações estatais, organizações não governamentais, pesquisadores etc. Atualmente, a expropriação é exercida não apenas por organizações não governamentais e pesquisadores, ela é sobretudo praticada por organizações estatais, principalmente pela DNMTA. Portanto, estes agentes acreditam que com a regulamentação os seus conhecimentos serão não apenas preservados, mas também rentáveis no âmbito do direito de propriedade intelectual.

A regulamentação se coloca como uma forma de defesa do seu território que vem sendo violado e desintegrado. A regulamentação se propõe ainda como uma forma de luta

destes agentes contra a desqualificação que vem sofrendo por parte das igrejas evangélicas. Estas igrejas, como referido durante a análise, tem proferido um discurso de forte aversão às práticas médicas tradicionais. Para estas igrejas as práticas médicas tradicionais são consideradas malignas, demoníacas, feiticeiras, enganadoras, supersticiosas, obscurantistas etc. Este discurso tem contribuído para a desqualificação destas práticas em outros segmentos da sociedade. A outra dimensão que o discurso da regulamentação é chamado como alternativa está relacionada à necessidade de controle das atividades práticas medicinais. Os agentes têm reconhecido que no contexto das práticas médicas tem havido muitos desvios (como exemplo, a feitiçaria, ou uso de partes do corpo humano), quer por parte dos seus colegas, assim como por parte dos considerados charlatões. Os médicos tradicionais acreditam que estas práticas desviantes só podem ser eliminadas com a regulamentação da atividade médica tradicional. Outra questão que se mostrou premente para a reivindicação da regulamentação está relacionada à sua defesa pela perspectiva espiritual. Para estes agentes, como discutido no capítulo último, a prática médica tradicional só é legítima quando associada a esta dimensão espiritual e como vimos durante a pesquisa, as instituições que governam a medicina tradicional não reconhecem essa componente. A desconsideração de outras dimensões da medicina tradicional é influenciada em certa medida com o colonialismo interno que se manifesta nas instituições incubidas de agenciar estas práticas, ao reproduzirem modelos interpretativos ocidentais.

Em síntese, a regulamentação da medicina tradicional, não obstante sendo reclamada já há muitos anos, e nos últimos tempos com mais força, parece estar longe de acontecer. Destacam-se aqui razões ligadas à ausência de união entre as associações médicas tradicionais, associado a relações de poder e a formas de atuação das instituições que gerem a medicina tradicional. Last et all, em seus estudos sobre a medicina tradicional na África Austral, chegaram à conclusão de que a forma como se estruturam os pressupostos de regulamentação nesses países tendem a uma ação não coletiva dos médicos tradicionais, tornando-os politicamente impotentes dentro do sistema em que estão enquadrados, submetendo-se na orientação dos planeadores e sobretudo do governo (Last, Murray; Chavunduka, 1986). Isso corresponde igualmente à realidade moçambicana. Ademais, como constatamos, parece haver interesse por parte das instituições em manter esses agentes num lugar de informalidade. Posição conveniente para que estas instituições continuem expropriando os saberes desses agentes. Esta

perspetiva está associada ao que denominamos como falta de vontade política para a regulamentação. Isto faz dos médicos tradicionais reféns das instituições modernas/coloniais no processo de luta para a sua legitimação. A forma como estes saberes são agenciados e legitimados se inscrevem dentro de um quadro de racionalidade moderna ocidental, portanto, não são “explícitos no quadro de sua própria racionalidade” (Mudimbe, p.10). Estes saberes continuam reféns da agência colonial, ou seja, continuam sofrendo “uma dependência silenciosa da episteme ocidental” (Mudimbe, p. 11). Os processos de legitimação, valorização e governança da medicina tradicional estão sendo construídos a partir da estrutura epistémica moderna ocidental/colonial, ou seja, a partir da racionalidade moderna ocidental. Sem, no entanto, abrir espaço para que estes agentes contribuam a partir dos seus lugares epistémicos.

A não regulamentação das atividades médicas tradicionais, parece favorecer, inclusive, ao partido no governo (a Frelimo) ou a ambos. Tal como referimos nas discussões anteriores, a maior parte das infraestruturas ocupadas pelos médicos tradicionais pertencem ao partido no poder, e inclusive estes consideram-se membros deste partido. Mas este cenário estabelece uma espécie de dependência ou dívida desses agentes para com a Frelimo. Portanto, por um lado, tal como sucedia no período após a independência parece haver uso político desses agentes, mas se antes era a Renamo hoje passa a ser a Frelimo. Esta manipulação política é feita, reconhecendo neles, um grupo com capacidade de influenciar massas em suas comunidades. Mas, por outro lado, tal como aferimos nas entrevistas, reconhecendo o seu saber simbólico e terapêutico, estes agentes tornam-se profissionais de uso privado do partido Frelimo. Alíás, recentemente alusivo as últimas eleições em Moçambique, tal como vêm sucedendo historicamente, a Frelimo procedeu a um encontro, desta vez em Nampula, com o fito de agradecer aos médicos tradicionais pela sua “vitória”. Na ocasião a Frelimo reconheceu o papel destes agentes no processo, todavia o discurso vinha com um sentido de dever dos médicos tradicionais, porque segundo a Frelimo o fato deste grupo existir como tal seria graças ao partido.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> “Não se esqueçam que foi a Frelimo que decidiu para a criação da Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique (...)” (Jornal Rigor apud Filipe Paunde, 1 de novembro, 2024).

## 9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHEBE, Chinua. **A educação de uma criança sob o protetorado Britânico**: Ensaios, Tradução Isa mara Lando, São Paulo, Companhia das letras, 2012.

ALONSO, Margarita Flórez. Proteção do Conhecimento Tradicional? In: SOUZA SANTOS, Boaventura de. (Org.) **Semear outras soluções**: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Coleção Reinventar a Emancipação Social: para Novos Manifestos, v. 4. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

APPIAH, Kwame Anthony. **Na Casa do Meu Pai**: A África na Filosofia da Cultura. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BHABHA, Homi. O local da cultura. Belo Horizonte: ed. UFMG, 1998.

BOTTOMORE, Tom (Org.). **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2013.

\_\_\_\_\_. Marxismo e Sociologia. In: BOTTOMORE, Tom. NISBET, Robert. (Org.) **História da análise sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. p. 166-204

BRAGANÇA, Aquino e DEPELCHIN, Jacques. Da Idealização da Frelimo à Compreensão da História de Moçambique. **Estudos Moçambicanos** (5/6), 1986, p.29-52.

BRYMAN, Alan. **Social Research Methods**. 4<sup>th</sup> Edition. Oxford: University Press, 2012.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago. “Le Chapitre manquant d’Empire. La réorganisation postmoderne de la colonisation dans le capitalisme postfordiste”. **Multitudes**, núm. 26, otoño. Editions Amsterdam, París, pp. 27-49, 2006.

CABRAL, Antônio Augusto Pereira. **Raça, Usos e Costumes dos Indígenas da Província de Moçambique**. República Portuguesa: Lourenço Marques, Imprensa Nacional, 1925.

\_\_\_\_\_. **Raças, Usos e Costumes dos Indígenas do Distrito de Inhambane**/ Acompanhado de um vocabulário em Shitsua, Guitonga e Shishope. Imprensa Nacional: Lourenço Marques, 1910.

CAHEN, Michel. **Seis teses sobre o trabalho forçado no império português continental em África**. África (São Paulo, 1978, Online), São Paulo, n. 35, p. 129-155, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/afrika/article/view/126697/123692>. Acesso em 07/02/2022

\_\_\_\_\_. **Identites Populaires et Nationalisme élitare** : Réponse ao Elísio Macamo. Lusotopie, 1996, pp.365-378

\_\_\_\_\_. Luta de emancipação anti-colonial ou movimento de libertação nacional? Processos históricos e discursos ideológicos- o caso das colônias portuguesas e de Moçambique em particular. **AFRICANA STUDIA**, N°8, edição da faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2005, p.39-67

CARDOSO, Júlio Justo Alfaro. Monografia etnográfica sobre os tsuas. **Boletim da Sociedade de Estudos da Província Moçambique**. Lourenço Marques, n°108, 1958.

CÉSAIRE, Aimé. Discurso Sobre o Colonialismo. Editora Livraria Sá da costa, Portugal: Lisboa, 1ª edição, 1978.

CHAVUNDUKA, G. L. E LAST, Murray. **Conclusion:** African Medical Professions Today. In: LAST, Murray and CHAVUNDUKA, G.L (org). The Professionalisation of African Medicine. Manchester: Manchester University Press. International African Seminar studies, 1986.

CHIZIANE, Paulina e MARTINS, Mariana. **Ngoma Yethu: O curandeiro e o Novo Testamento**. 2ª edição, Matiko Editora, Moçambique:2015.

COSTA, Sérgio. **Muito além da diferença:** (im) possibilidades de uma teoria social póscolonial, S/D, S/E

\_\_\_\_\_. Desprovincializando a sociologia: a contribuição pós-colonial. Revista Brasileira de Ciências Sociais. vol.21, no.60, p.117-183, Fev 2006.

COTA, José Gonçalves (1944). Mitologia e Direito Consuetudinário dos Indígenas de Moçambique. In: KIRCHNER, Gerhard (Org). **Medicina Tradicional em Moçambique**. Textos Compilados. V.4, 1971, p.592-615

COTA, José Gonçalves (1946). Projeto Definitivo do Código Penal dos Indígenas da Colônia de Moçambique. In: KIRCHNER, Gerhard (Org). **Medicina Tradicional em Moçambique**. Textos Compilados. V.4, 1971, p.615-664

CUNHA, Joaquim D´Almeida da. **Estudos Acerca dos Usos e Costumes dos Banianes, Bathiás, Parses, Mouros, Gentios e Indígenas**. Província de Moçambique, Sociedade de Geografia de Lisboa, Imprensa Nacional, 1885.

DENZIN, Norman K e LINCOLN, Yvonna S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K. **O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e Abordagens**. Tradução de Sandra Regina Netz, Porto Alegre: Artmed, 2 edição, 2006.

DIAS, Jorge e DIAS, Margot. Os Macondes de Moçambique. Junta de Investigação do Ultramar, Lisboa: 1964-1970. In: KIRCHNER, Gerhard (org). **Medicina Tradicional em Moçambique**. Textos Compilados. Vol 3, p.340-368

DUARTE, S. C.; FIGUEIREDO, C. A. S. A luta armada em Moçambique e a construção de uma nação. **Tensões Mundiais**, [S. l.], v. 16, n. 31, p. 121–142, 2020. DOI: 10.33956/tensoesmundiais.v16i31.2779. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/tensoesmundiais/article/view/2779>. Acesso em: 10 dez. 2025.

DUARTE, Rosa. Pesquisa Qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, março/ 2002 Cadernos de Pesquisa, n. 115, p. 139-154, março/ 2002.

ESCOBAR, Arturo. O lugar da natureza e a natureza do lugar: globalização ou pós-desenvolvimento? In: LANDER, Edgardo (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2005. p. 63-79.

\_\_\_\_\_. Territorios de diferencia: la ontología política de los “derechos al territorio”. **Desenvol. Meio Ambiente**, Vol. 35 , 89-100, 2015.

ESCOBAR, Arturo e PARDO, Mauricio. Movimentos sociais e biodiversidade no Pacífico colombiano. In: SANTOS, Boaventura de Souza. (Org.) **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Coleção Reinventar

a **Emancipação Social: para Novos Manifestos**, v. 4. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

EZE, E. Chukwudi. El problema del conocimiento en la “adivinación”: el ejemplo del ifá In: EZE, Emmanuel Chukwudi (ed.). **Pensamiento Africano: Filosofía**. Barcelona: Bellaterra, p. 173-176, 2002.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Editora Civilização Brasileira. Rio de Janeiro. 1968.

FELICIANO, José. **Antropologia Econômica dos Thongas do Sul de Moçambique**. Tese (Doutorado Antropologia Social). Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique, 1998.

FERNANDES, Florestan. **Marx, Engels, Lenin: a História em processo**. 1 ed., São Paulo: Expressão Popular, 2012. p.274

FLICK, Uwe, **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009a.

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa** (tradução Roberto Cataldo Costa). Porto Alegre: Artmed, 2009b.

FIOROTTI, Silas André. **A Igreja Universal e o espírito da palhota: análise dos discursos ‘religiosos’ e ‘políticos’ da Igreja Universal do Reino de Deus (IURD) no sul de Moçambique**. Tese de Doutorado apresentado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia social da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

FRELIMO. **Diretivas Econômicas e Sociais**. Documento do 3º Congresso, 1977.

\_\_\_\_\_. **Projeto de teses ao 5º Congresso**. Maputo, 1988

FRY, Peter. Cultura da Diferença: Sequelas das Políticas Coloniais Portuguesas e Britânicas na África Austral. **Afro-Asia**. 29/30, 2003, p. 271-316.

\_\_\_\_\_. O Espírito Santo contra o Feitiço e os Espíritos Revoltados: “Civilização” e “tradição” em Moçambique. **Mana** 6(2):65-95, 2000.

\_\_\_\_\_. “Carta de Moçambique”. **Religião e Sociedade**. 18(2):29-42, 1997.

GEFFRAY, Christian. **As causas das Armas: Antropologia da Guerra Contemporânea em Moçambique**. Edições Afrontamento, Porto, 1991.

GRANJO, Paulo. Decidir sem Perceber? Racionalidades e consequências do que não faz sentido, [s.i.], [s.n], [s.d].

.....Saúde e Doença em Moçambique. **Saúde Soc.** São Paulo, V. 18, n.4, p.567-581, 2009.

.....O que é que a Adivinhação Adivinha? **Cadernos de Estudos Africanos**. N 22, Lisboa: centro de Estudos Africanos, 2011, p.1-22

GONZALES CASANOVA, Pablo. Colonialismo interno (uma redefinição). In: BORON, A. A.; AMADEO, J.; GONZÁLEZ, S. (Org.). A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO, 2006. p. 431-458.

HARDING, Sandra. Is modern science an ethno-science? Rethinking epistemological assumption. In: **Science and Technology in a Developing**. (org): SHINN, Terry at all. Vol.19, Sociology of the science, 1997.

HARRIES, Patrick. **Junod e as Sociedades Africanas: impacto dos missionários Suíços na África Austral**. Paulinas, Maputo: 2007.

HOUNTONDJI, Paulin, J. Investigação e extraversão: elementos para uma sociologia da ciência nos países da periferia. **Soronda- Revista de estudos Guineenses**- n8, p.107-118, 1989.

\_\_\_\_\_. "Démarginaliser." In : HOUNTONDJI, Paulin, J (Org). **Les savoirs endogènes: pistes pour une recherche**. Dakar: CODESRIA, 1994.

\_\_\_\_\_. Tradition, Hindrance or Inspiration? **Quest Vol. XIV**, No. 1-2, 2000.

\_\_\_\_\_. Knowledge Appropriation in a post-colonial context. In: Catherine A. Odora Hoppers (Org). **Indigenous Knowledge and the integration of Knowledge Systems: Towards a Philosophy of Articulation**. South África: New África Books Published, 2002.

\_\_\_\_\_. Knowledge as a Development Issue. In: Wiredu, K., (Org). **A Companion to African Philosophy**, Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2006.

\_\_\_\_\_. (Org). **O Antigo e o moderno: A produção do saber na África contemporânea**. Angola: Edições pedagogo, 2012.

HONWANA, Alcinda Manuel. **Espírito Vivos, Tradições Modernas: Possessão de Espíritos e Reintegração Social Pós-Guerra no Sul de Moçambique**. Tradução de orland Mendes, Edição: PROMEDIA, 2002.

JUNOD, Henri. **Uso e Costumes dos Bantu**. Tomo 1. Arquivo Histórico de Moçambique, Maputo, 1996.

MACAMO, Elísio. **Conhecimentos Endógenos e o Quotidiano**. In: Conferência Conhecimentos endógenos e a construção do futuro em África. Porto, Centro de Estudos Africanos da Universidade de Porto, 2011. Disponível em: <http://tv.up.pt/videos/xekz2bc1> . Acesso em 20 de julho de 2015.

MACAGNO, Lorenzo. Fragmentos de uma Imaginação Nacional. **RBCS**, Vol.24, N° 70, Junho/2009.

\_\_\_\_\_. Política e Cultura no Moçambique Pós-Socialista. **Novos Estudos CEBRAP**, N° 67, 2003, p. 75-89.

MACHEL, Samora Moisés. **A nossa luta**. Imprensa nacional de Moçambique. Maputo: 1975.

\_\_\_\_\_. **Educar o Homem para Vencer a Guerra criar uma Sociedade nova e Desenvolver a Pátria**. Coleção: Estudos e orientações, 2ª edição do departamento do trabalho ideológico, FRELIMO, Maputo: 1978.

\_\_\_\_\_. **Fazer da Escola uma Base para o Povo Tomar o Poder**. FRELIMO, Moçambique, 1979a

\_\_\_\_\_. **No Trabalho Sanitário Materializemos o Princípio de que a Revolução Liberta o Povo**. 3ª Coleção Estudos e Orientações, FRELIMO, Maputo, 1979b.

MAGALHÃES, Albano de. **Estudos Coloniais**. I Legislação Colonial (seu espírito, sua formação e seus defeitos). F. França Amado, Editor. Coimbra, 1907.



MAHUMANA, Narciso António. **Rethinking Indigenous Medicine: Illness (mis)representation and Political Economy of Health in Mozambique's public health field.** (Thesis Submitted for the Degree of Doctor of Philosophy in Social Anthropology), University of Sussex, School of Global Studies, 2013.

MANGANA, Gregório Adélio. **A Institucionalização dos “Saberes Locais” a partir de Políticas Curriculares em Moçambique: Comunidades Epistêmicas, Contextos de Influência e Lugar de Intermediação.** Dissertação (Mestrado em Sociologia), Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

MARTINS, Paulo Henrique. **Teoria crítica da colonialidade**, 1. ed. Rio de Janeiro: Ateliê de Humanidades, 2019.

MBITI, John S. **African Religions and Philosophy.** Garden City, New York, Doubleday and Company, inc.; Anchor Books Edition: 1970.

MENESES, Maria Paula G. “Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada”: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. In: SANTOS, Boaventura de Sousa e CRUZ e SILVA, Tereza(org). **Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social. Centro de Formação Jurídica e Judiciária.** Maputo, 2004a.

\_\_\_\_\_. “Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada”: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org). **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

\_\_\_\_\_. Maciane F. Zimba e Carolina J. Tamele: os percursos e as experiências de vida de dois médicos tradicionais moçambicanos. In: SANTOS, Boaventura de Sousa e CRUZ e SILVA, Tereza (org). **Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social.** Centro de Formação Jurídica e Judiciária, Maputo, 2004b.

\_\_\_\_\_. **Moçambique: Realidades Materiais, Experiências Espirituais.** Edições Almedina, S.A; Coimbra, 2019.

\_\_\_\_\_. Medicina tradicional, Biodiversidade e conhecimentos rivais em Moçambique. **Universidade Eduardo Mondlane-Moçambique**, s/d

MENEZES, José de Magalhães de. Documento 13 – a história do Derre e dos prazos Massingire e Marral”. In: Rita-Ferreira, António (org). **Coletânea de documentos, notas soltas e ensaios inédito para a História de Moçambique.** 1898, p.135-148

MEMI, Albert. **Retrato do colonizado precedido de retrato do colonizador.** Tradução de Marcelo Jacques de Moraes. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, 2007.

MIGNOLO, Walter D. A colonialidade de cabo a rabo: o hemisfério ocidental no horizonte conceitual da modernidade. In: LANDER, Edgardo(org). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas,** Colección sur sur, Argentina: CLACSO, 2005, 33-49.

\_\_\_\_\_. Desobediência epistêmica: a opção descolonial e o significado de identidade em política. **Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Literatura, língua e identidade**, no 34, p. 287-324, 2008.

\_\_\_\_\_. Desobediencia epistémica: Retórica de la Modernidad, Lógica de la Colonialidad y Gramática de la Descolonialidad. Colección Razón Política, ediciones del signo, Argentina-Buenos Aires, 2010

MITANO, F; VENTURA, CAA; LIMA, MCRAA; BALEGAMIRE, JB; PALHA, PF. Direito à saúde: (in)congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016. [Access 25 Março de 2021]; Available in: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/113371>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0995.2679>.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONDLANE, E. C. (1982). “The Evolution of FRELIMO”. In: Bragança, A de. e Wallerstein, E. (eds.). **The African Liberation Reader**. Volume 2: The national Liberation Movements. Zed Books. London. p.121.

MONDLANE, Eduardo. **Lutar por Moçambique**. (Tradução do inglês por Maria da Graça Forjaz), 1ª edição portuguesa, 1975.

MORIER-GENOUD, Éric. Arquivos, historiografia e igrejas evangélicas em Moçambique. **Estudos Moçambicanos**. 19, p.137-154, 2002.

MUTHEMBA, Abner Sansão, «Usos e Costumes do Sul de Moçambique». **O Cooperador de Moçambique**. Lourenço Marques, 1970.

MUDIMBE, Vumbi Yoka. **A invenção de África: Gnose, Filosofia e a Ordem do Conhecimento**. Mangualde. Luanda: Edições Pedagogo, 2013.

MUTZENBERG, Remo. Colonial, pós-colonial, decolonial: disputas epistemológicas e políticas. Recife, 2023 (Não publicado)

NASCIMENTO, Augusto. **Desterro e contrato: moçambicanos a caminho de S. Tomé e Príncipe (1040 a 1960)**. Maputo: Ed. AHM, 2002.

\_\_\_\_\_. O contrato de moçambicanos para São Tomé de moçambicanos para São Tomé e Príncipe: os ziguezagues da política e Príncipe: os ziguezagues da política colonial portuguesa no Novecentos. **MÉTIS: história & cultura**. Caxias do Sul – RS – Brasil, v. 10, n. 19, p. 43-70, 2011

\_\_\_\_\_. Escravatura, Trabalho Forçado e Contrato em S.Tomé e Príncipe nos Séculos XIX-XX: Sujeição e Ética Laboral. **AFRICANA STUDIA**, N 7, Edição da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2004, p. 183-217.

NGOENHA, Severino. Por um pensamento engajado. In: Ngoenha, Severino e Castiano, José (Org). **Por um Pensamento Engajado: Ensaios sobre Filosofia Africana, Educação e Cultura Política**. Editora Educar, 2011, Maputo.

NUNES, João Arriscado. **Como pensar a sociedade de conhecimento**. Pro-Posições, v. 18, n. 1 (52) - jan./abr. 2007.

KAMP, Linda van de. “Pentecostalismo brasileiro em Moçambique: produção de conhecimento espiritual e cultural em um espaço transnacional”, **Revista Sociedade e Estado** - Volume 30 Número 2 Maio/Agosto 2015.

KHOSA, Ungulani Ba Ka, **Ualalapi**. Maputo: Alcance Editores, 2008.

\_\_\_\_\_«Memórias perdidas, identidades sem cidadania», **Revista Crítica de Ciências Sociais** [Online], 106 | 2015, colocado online no dia 28 Abril 2015, criado a 02 Outubro 2016. URL : <http://rccs.revues.org/5911> ; DOI : 10.4000/rccs.5911

KIRCHNER, Gerhard. Medicina Tradicional. In: **Medicina Tradicional**. Textos Compilados, vol 1, Ministério da Saúde,1990.

\_\_\_\_\_. Medicina Tradicional. In: **Medicina Tradicional**. Textos Compilados, vol 2, Ministério da Saúde,1989

KJAER, Anne Mette. **Governance – Key Concepts**. Cambridge, UK; Malden, MA: Polity Press, 2004.

LANGA, Adriano. **Questões Cristãs à Religião Tradicional Africana (Moçambique)**. 2ª edição, Editorial Franciscana, Braga, 1992.

LANDER, Edgardo (Org). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais**. Perspectivas latino-americanas. Colección sur sur, Argentina: CLACSO, 2005.

LAST, Murray. Introduction: The professionalisation of African medicine: Ambiguities and definitions. In: LAST, Murray and CHAVUNDUKA, G.L (org). **The Professionalisation of African Medicine**. Manchester: Manchester University Press. International African Seminar studies, 1986.

LOYOLA, Maria Andréa. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. DIFEL-Difusão editorial, São Paulo, 1984.

LOURENÇO, Vitor Alexandre. **Moçambique: Memórias sociais de ontem, dilemas políticos de hoje**. 2ed., Lisboa: Edições Gerpress, 2009.

OIM. **Análise da Situação sobre os Direitos Humanos e proteção de Pessoas com Albinismo em Moçambique**: Especial Enfoque no Tráfico de Seres Humanos. Maputo, 2019.

OMS. **Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional. Serie de Informes Técnicos**. Genebra, 1978a.

OMS/UNICEF. **Cuidados Primários de Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 1978b.

ORNELLAS, Ayres de. **Raças e Línguas Indígenas em Moçambique. Memória apresentada ao Congresso Colonial Nacional**. Lisboa: A Liberal - Officina Typographica, 1906.

Oro, Ari Pedro. Neopentecostais e Afro-Brasileiros: Quem vencerá esta guerra? **Debates do NER**, Porto Alegre, ano 1, n 1, p. 10-36, Novembro de 1997.

\_\_\_\_\_. Intolerância Religiosa Iurdiana e Reações Afro no Rio Grande do Sul. In: SILVA, Vagner Gonçalves da (org.). **Intolerância religiosa**. Impactos do neopentecostalismo no campo religioso afro-brasileiro. São Paulo, Edusp, 2007 (p.119-147)

PAREDES, Marçal de Menezes. A construção da identidade nacional moçambicana no pós independência: sua complexidade e alguns problemas de pesquisa. anos 90, porto alegre, v.21, n.60, Dez, pp.131-161, 2014.

PEREIRA, Rui Mateus, «A «Missão etnográfica de Moçambique». A codificação dos usos e costumes indígenas» no direito colonial português. Notas de Investigação», **Cadernos de Estudos Africanos** [Online], 1 | 2001, posto online no dia 22

agosto 2014, consultado o 20 maio 2022. URL: <http://journals.openedition.org/cea/1628>; DOI: <https://doi.org/10.4000/cea.1628>

\_\_\_\_\_. **Conhecer para dominar: O desenvolvimento do conhecimento antropológico na política colonial portuguesa em Moçambique, 1926-1959**. Dissertação pra Obtenção Doutorado em Antropologia, sub orientação do Prof. Doutor Augusto Guilherme Mesquita Lima, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Lisboa, 2005.

PEEK, Philip M. La “adivinación”: una forma de conocimiento? In: EZE, Emmanuel Chukwudi (ed.). **Pensamiento Africano: Filosofía**. Barcelona: Bellaterra, p. 169-171, 2002.

PEIXE, Júlio dos Santos. **Ligeiros apontamentos sobre a curanderice espírita entre o povo ba-twa**. 1961.

PINA, Luiz de, **“Bruxas e medicina: folclore de Guimarães”**. Trabalhos de Antropologia e Etnologia IV. 1929.

PINA, Luiz de “A medicina indígena da África Portuguesa”. **Memórias e Comunicações ao IX Congresso Colonial do Mundo Português**. Lisboa, 1940.

PORTO-GONÇALVES, Carlos Walter. Apresentação da edição em português. In: LANDER, Edgardo (Org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino americanas**. Argentina: Colección Sur, CLACSO, 2005. p.3-5.

POLANAH, Luis Domingues, “A Possessão e exorcismo em Moçambique”. **Memórias do Instituto de Investigação Científica de Moçambique**, 9 (C). 1967-68.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas**, Colección sur sur, Argentina: CLACSO, 2005, 33-49.

\_\_\_\_\_. Colonialidade e modernidade/racionalidade. *Perú Indígena*, 13 (29), pp. 11-20, 1992.

REGO, Antônio da Silva. **Missão para o Estudo da Missionologia africana: Alguns problemas sociológico-missionários da África negra**, Lisboa: Junta de Investigação do Ultramar, Centro de Estudos Políticas e Sociais, 1960.

REIS, Carlos Santos. A Arte Indígenas de Curar em terras de Zavala. Moçambique: **Documentário Trimestral**, N.º71, Imprensa Nacional de Moçambique, Lourenço Marques, 1952, p. 39-60

RITA-FERREIRA, Antônio. Crenças e Práticas Mágicas em Homóine. **Boletim do Instituto de Investigação Científica de Moçambique**. Lourenço Marques, vol 1, nº 1º, 1960., pp 80-88.

\_\_\_\_\_. **Os africanos de Lourenço Marques**. Memórias do Instituto de Investigação científica de Moçambique. 9, Série C, Lisboa: 1967/1968

\_\_\_\_\_. **Os “Azimba”**: Monografia Etnográfica, Lourenço Marques, 1954.

SAID, Edward W. **Orientalismo: o oriente como invenção do ocidente**; tradução Tomas Rosa Bueno, São Paulo: Companhia das Letras. 1990

SANTANA, Jacimara Sousa. **A experiência dos tinyanga, médicos-sacerdotes, ao sul de moçambique: identidades, culturas e relações de poder (C. 1937-1988)**. Tese

(Doutorado em História), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2014.

SANTANA, Jacimara Sousa. História da Saúde na África: perseguição e resistência às tentativas de proibição dos saberes e práticas de cura exercidas por nyangas em Moçambique. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH** • São Paulo, julho 2011.

SANTANA, Jacimara Sousa. **Médicas-Sacerdotisas: Religiosidade Ancestrais e Contestação ao Sul de Moçambique (c.1927-1988)**, Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2018.

SANTOS, Boaventura; MENESES, Maria Paula; E Nunes, João. Introdução: Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (Org). **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Gramática do Tempo: Para Uma Nova Cultura Política**. 2ª Edição, São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. Um discurso sobre as ciências. 5 edição, São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: Boaventura de Sousa Santos e Maria Paula Meneses (Org). **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Edições Almedina, 2009.

\_\_\_\_\_. **Do Pós-Moderno ao Pós-Colonial**. E para além de um outro. Centro de estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. 2004.

SANTOS, Frei João dos. **Ethiopia Oriental: Varia Historia de cousas notaveis do Oriente**. Primeiro Volume, Biblioteca de Clássicos Portugueses, Lisboa: 1891.

\_\_\_\_\_. **Ethiopia Oriental: Varia Historia de cousas notaveis do Oriente**. Segundo Volume, Biblioteca de Clássicos Portugueses, Lisboa: 1892.

SERRA, Carlos. **Como a penetração estrangeira transformou o modo de produção dos camponeses moçambicanos**. 1 edição, Maputo: Núcleo Editorial da Universidade Eduardo Mondlane. 1986.

SHIVA, Vandana. **Biopirataria: a pilhagem da natureza e do conhecimento**. Tradução de Laura Cardellini Barbosa de Oliveira. Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. Biodiversidade, direitos de propriedade intelectual e globalização. In: SANTOS, Boaventura de Souza. (Org.) **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Coleção Reinventar a Emancipação Social: para Novos Manifestos, v. 4. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de Identidade: Uma Introdução às Teorias do Currículo**. 3ª edição, Belo Horizonte: autentica, 2013.

SILVA, Calane da. Medicina Tradicional: Liquidar o obscurantismo, mas aproveitar o que há de positivo. **Revista Tempo**, N 229, 16 de fevereiro de 1975.

SILVA, Vagner Gonçalves da. Prefácio ou Notícias de uma Guerra Nada Particular: Os ataques Neopentecostais às Religiões Afro-brasileiras e aos Símbolos da Herança Africana no Brasil. In: SILVA, Vagner Gonçalves da (org.). **Intolerância Religiosa:**

impactos do neopentecostalismo no campo religioso afro-brasileiro. São Paulo: Edusp. 2015.

SOUZA, Jacqueline de et all. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago.2011.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty, “Foreword: upon the reading the companion to postcolonial Studies, In: SCHWARZ, Henry & RAY, Sangeeta (eds.), A companion to postcolonial studies, Oxford, Blackwell, 2000, p. xv-xxii

\_\_\_\_\_. Pode o Subalterno Falar?. Trad. Sandra Regina Goulart Almeida, Marcos Pereira Feitosa, André Pereira Feitosa. Editora UFMG, Belo Horizonte, 2010, p. 133.

TAVARES, Júlio Afonso da Silva (1909). A arte indígena de curar. **Moçambique: documentário trimestral**. - N.º 53, Imprensa Nacional de Moçambique, Lourenço Marques, 1948, p. 111-132.

TEMPELS, Placide. **A Filosofia Bantu**. Paulinas editora, Maputo-Moçambique, 2019.

TIVANE, Fernando Félix. **A etnografia da “batalha” contra a tradição, a feitiçaria e os espíritos dos ancestrais entre os evangélicos de Maputo**. Moçambique. Tese, São Carlos, 2022

THIONG’O, Ngugi wa. **Descolonização Mental: A política da Linguagem na Literatura Africana**. 1ª edição, Diáspora Africana: Editora Filhos da África, 2021.

TOMA, Maristela. A pena de degredo e a construção do império colonial português. **MÉTIS: História e Cultura**, Caxias do Sul – RS – Brasil, V.5, N 10, p. 61-76, 2006.

TOMÉ, Bartolomeu. Medicina Tradicional: Estudar as plantas que curam. **Revista Tempo**, N 460, 5 de outubro de 1979, p.13-17

XEBA, Thokozani. Prática médica marginalizada: a marginalização e transformação das medicinas indígenas na África do Sul. In: SANTOS, Boaventura de Sousa (org). **Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

ZAMPARONI, Valdemir. Da Escravatura ao trabalho Forçado: Teoria e Prática. Edição da Faculdade de Letras da Universidade de Porto. **Africana Studia**, Portugal, N 7, pp. 299-325, 2004.

### Referência da Legislação e/ou códigos

Código ou Regulamento dos Milandos Cafreas do Governo de Inhambane, (Feito em 29 de setembro de 1852) – Não chegou a obter aprovação do governador.

Boletim Oficial do Governo Geral da Província de Moçambique. Código dos Milandos Inhambanenses (Litígios e pleitos), nº 19, 11 de maio de 1889

Boletim da República, Ministério da Saúde, I Série-Número 11, 2010, p. 82

Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde, 2017, p.511, 512

Boletim da República, Ministério da Saúde, I Série – Número 45, 2002, p. 345

Boletim da República. Ministério da Saúde, 2004, I Série-Número 19, diploma ministerial n 89/2004 de 12 de maio, 2004a, p.151, 152

Boletim da República. Política Nacional de Medicina Tradicional. Resolução N 11/2004 de 14 de abril, série 1, Número 15, 2004b, p.130-134

Boletim da República. Programa Quinquenal do Governo 2000-2004, aprovado pela resolução n° 4/2000 de 22 de março

Conselho de Ministros. Estratégia da Propriedade Intelectual 2008-2018. República de Moçambique. Aprovado na XXIII Sessão ordinária do Conselho de Ministros de 28 de Agosto de 2007.

Boletim da República. Número 44, Série III, Suplemento Número 2, 2014

### **Jornal Notícias**

“Constituída Associação da Medicina Tradicional”, Notícias [Maputo], edição 22326, segunda-feira 31 de agosto de 1992a, p.2

“Médicos Tradicionais Reúnem-se em Conferencia”, Noticias [Maputo], Edição 22313, 15/8/1992b, p.8

“Diretiva Ministerial sobre Evacuação das Cidades”. Notícias [Maputo], 20 de junho de 1983a. p.3

“A partir de amanhã: Operação Produção em 2ª fase”, Noticias [Maputo], 4 de julho de 1983b

“Curandeiros Querem Cartão de Trabalho!”, Notícias, Maputo [Maputo], 11 de agosto de 1982, p.2

“Operação Produção: Desempregados afluem aos Grupos Dinamizadores (GD)”. Notícias [Maputo], 2 de julho de 1983c

### **Revista Tempo**

A Reunião dos Grupos Dinamizadores da Província de Nampula: “Evitar desvios em questões internas e secundárias através duma definição correcta dos objetivos fundamentais” – Revista Tempo, N° 264, 24 de outubro – 1975b

“Para uma História de Moçambique: Secção de Pré-História do I.I.C.M” –Revista Tempo, N°266 – 9 de novembro de 1975, p.49-55

“II Conferência da O.M.M : Engajar a mulher na tarefa principal”. Revista Tempo, N 323, 12 de dezembro de 1976a, p.29

“A Juventude na Revolução: Encontro com Quadros da OJM em Gaza”. Revista Tempo, 470, 14 de outubro de 1979, p.18

“Hulene: Prioridade para a Educação”. Revista Tempo, N° 277, 21 de dezembro de 1975d, p. 57-59

“Ministro de Educação e Cultura na abertura do 1º Seminário Nacional do Ensino Técnico” – Revista Tempo, Nº 271, p.49-54 - 14 de Dezembro de 1975c

“A Verdadeira Cultura é a Revolução: Ministra da Educação e Cultura na abertura do Seminário da UNESCO”, Revista Tempo, Nº 303 – 25 de julho – 1976b.

“Sergio Vieira. O Homem Novo é um Processo”. Revista Tempo N 398, 21 de maio de 1978, p.38

“Para uma definição de cultura Moçambicana”, Revista Tempo, Nº 266, 9 de Novembro de 1975a

“Operação Produção”: Até aonde é que devemos intervir? Revista Tempo, N 672, 1983

Funções e tarefas dos Ministros de Moçambique “Primeiro decreto da república popular de Moçambique”, Revista Tempo, Nº 253, 10 de agosto de 1975e, p.36-42

Medicina Tradicional: Conhecer os pontos positivos. Revista Tempo, N 553, 17 de maio de 1981.

### **Arquivos e Documentos oficiais**

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, Guia n 383 E/13/IV, Caixa 83, A/40, de 16 de setembro de 1944

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, Processo de averiguação n 49/957, Caixa 83, A/25, de 6 de agosto de 1957

Arquivo Histórico de Moçambique, Guia n 404/E/13/IV, Caixa 83, de 25 de setembro de 1944

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, “Autos de Averiguações”, Caixa 83, A/25, 1946

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, “Acusação de prática de curandeismo”, Caixa 83, A/25; 1954

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, Caixa 83, “Assunto: Fixação de residência, por 3 anos, na Província do Niassa, ao Indígena Chigangane Matsine, por se dedicar ao mister de curandeiro”, A/25, 8 de julho de 1946

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, Caixa 83, “Comunicado de deportação”, A/25, 1946

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, Caixa 83, Processo 118 “distribuição de Murimi/ rapé milagroso”, A/25, 3 de outubro de 1916



Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, “Mudumela e Guéje, acusados por adivinhação e feitiço”, Caixa 83, A/25, 1922

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, “Requerimento”, caixa 83, A/25, 1 de outubro de 1947

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, Caixa 83, “Ref. à nota n 1191/1206/P.I.” e “auto de declarações”, A/25, dezembro de 1954

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, Processo n 118, “Acusados de Feitiçaria, Duma e Macuia”, A/25, 1916

Arquivo Histórico de Moçambique, processo n 118, “Chaly Oloza Shingoma: acusado de distribuição do rapé milagroso”, Caixa 83, Secção A/25, 1917

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, Cota 83, Documento A/25, de 1949

AHM, Fundo da Direção dos Serviços Indígenas, Caixa 606, Lourenço Marques 4 de novembro de 1940

AHM, Fundo da Direção dos Serviços Indígenas, Caixa 606, 1934-1952

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, cota 89, Documento A 25, de 1922.

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, secção A, Caixa 83, “*Processo contra curandeiro*”, de 1945.

Arquivo Histórico de Moçambique – FDSNI, Secção A, Caixa 83, “*Auto contra dois indígenas*”, de 1954.

Fundo da Direção dos Serviços dos Negócios Indígenas (FDSNI), Secção A, “*Feiticeiros e Curandeiros*”, Processo n 118, cota 83.

Documento A/25, 1916: “*Feitiçaria Indígena Praticada pelos Indígenas Ndhleia e Wantshakene*”, Fundo da Direção dos Serviços dos Negócios Indígenas, Secção A, Processo n 118, cota 83, Arquivo Histórico de Moçambique (AHM).

Documento 603, 1917: “Zulu” FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. Documento 7/3/1946: “*Djane Nyamposse*” FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM.

Documento 1960: “*Dinheiro apreendido a curandeiros e feiticeiros*” FDSNI, Secção A, Processo n118, cota 83, AHM. FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM.

Documento 297, 1916: “*Prisão de régulos e indunas por distribuição do rapé milagroso murrime*”, FDSNI, Secção A, Processo n 118, cota 83, AHM. FDSNI (Fundo da Direção dos Serviços dos Negócios Indígenas – FDSNI)

Estatuto dos Indígenas Portugueses das Províncias da Guiné, Angola e Moçambique, 1954, P.201

## Notícias

STV. Jornal da Noite. Youtube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WPzOhAuRPes> . acesso em: 14 de Junho de 2016.

“Protestos em Maputo contra a perseguição de Albinos”, RTP Notícias, Portugal, 02 de julho de 2016. Disponível em: <[https://www.rtp.pt/noticias/mundo/protesto-em-maputo-contr-a-perseguiacao-de-albinos-em-mocambique\\_n930855](https://www.rtp.pt/noticias/mundo/protesto-em-maputo-contr-a-perseguiacao-de-albinos-em-mocambique_n930855). > Acesso em: 02 de novembro de 2021

<https://www.folhademaputo.co.mz/pt/noticias/nacional/centenas-de-pessoas-marcharam-hoje-contr-a-perseguiacao-de-albinos-no-pais/>.> Acesso em: 02 de novembro de 2021.

Voa Português, “Obscurantismo e ignorância, causas da perseguição a albinos em Moçambique”, Moçambique, 06 de julho de 2016. Disponível em: <<https://www.voaportugues.com/a/obscurantismo-ignorancia-albinos-perseguiacao/3406054.html>. > Acesso em: 02 de novembro de 2016.

DW Made for minds, “Feitiço e Preconceito: Albinos em Moçambique” Moçambique, 02 de Setembro de 2016. Disponível em: <<https://www.dw.com/pt-002/mo%C3%A7ambique-albinos-continuam-a-ser-perseguidos-e-discriminados/a-49172640>. > Acesso em: 02 de novembro de 2016.

STV, Narciso Mahumana, entrevista STV, Youtube, 2015

Jornal Rigor. Eleições Gerais 2024. Frelimo Agradece Curandeiros pela Colaboração na sua Vitória em Nampula. 01 de Novembro de 2024. Disponível em: <<https://jornalrigor.co.mz/frelimo-agradece-curandeiros-pela-colaboracao-na-sua-vitoria-em-nampula/>> Acesso em: 15 de Novembro de 2024.

## 10 ANEXOS

## Anexo 1: Carta de Apresentação



Recife, 05 de abril de 2021.

## Carta de apresentação

Por meio desta apresentamos o estudante GREGÓRIO ADÉLIO MANGANA, do Curso de Doutorado em Sociologia deste Programa, devidamente matriculado nesta Instituição de ensino, bolsista do Programa-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES-MEC.BR, que está realizando a pesquisa intitulada “Governança, diversidade epistêmica e (des) colonialidade: o lugar da “medicina tradicional” em Moçambique”. O objetivo do estudo é analisar epistemologicamente a dinâmica da medicina tradicional no contexto moçambicano, procurando identificar seus deslocamentos e efeitos no desenvolvimento da sociedade contemporânea. Ou seja, analisar a partir de categorias como governança e descolonialidade, o lugar da “medicina tradicional”.

Solicitamos autorização e apoio para que o estudante concretize a pesquisa por meio da realização de entrevistas relativas ao debate pertinente à pesquisa proposta. Queremos afirmar que o caráter ético dessa pesquisa assegura a preservação da identidade das pessoas participantes, isto é seu anonimato.

Uma das metas para a realização deste estudo é o comprometimento do pesquisador em possibilitar, aos participantes, um retorno dos resultados da pesquisa. Solicitamos, ainda, a permissão para a divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões em forma de pesquisa, preservando sigilo ético, conforme termo de consentimento que será assinado pelo entrevistado. Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição para posterior análise.

Agradecemos vossa compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento deste futuro profissional. Em caso de dúvidas procurar pela Coordenação do PPGS pelo e-mail [ppgs.ufpe@gmail.com](mailto:ppgs.ufpe@gmail.com)

Atenciosamente,

Prof. Dr. Cristiane Araújo  
Departamento de Sociologia  
Programa de Pós-Graduação  
em Sociologia  
UFPE  
SIAPE 2323 516

Coordenação

Prof. Remo Mutzenberg  
Professor orientador

## Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_ portador do BI Nº \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa intitulada **“Governança, diversidade epistêmica e (des) colonialidade: o lugar da “medicina tradicional” em Moçambique”**, desenvolvida pelo acadêmico/pesquisador **GREGÓRIO ADÉLIO MANGANA** e permito a gravação de minha entrevista para os fins da pesquisa proposta. Tenho conhecimento sobre a pesquisa e seus procedimentos metodológicos.

Autorizo que o material e informações obtidas possam ser publicados na elaboração da Tese de Doutorado e/ou em artigos científicos. Porém, não deve ser identificado por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As gravações de voz ficarão sob a propriedade do pesquisador pertinente ao estudo e, sob a guarda do mesmo.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

\_\_\_\_\_  
 Nome completo do pesquisado

**Anexo 3:** Carta de solicitação para a realização de pesquisa dirigida para a Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa

1

EXMA. SENHORA DIRETORA DO INSTITUTO DA MEDICINA TRADICIONAL DE MOÇAMBIQUE

Assunto: Solicitação para a realização de pesquisa e entrevista

Gregório Adélio Mangana, Moçambicano, filho de Adélio Gregório Mangana e Luísa Pedro, natural de Maputo, nascido aos 23 de Junho de 1987, titular do BI Nº110100099091S, emitido aos 12-05-2016 pelo arquivo de Identificação Civil de Maputo, estudante do Curso de Doutorado em Sociologia no programa de pósgraduação em sociologia pela universidade Federal de Pernambuco - Brasil, Bolsista no Programa estudante-convenio de pós-graduação (PEC-PG), encontra-se a realizar a pesquisa intitulada "Diversidade Epistémica e Governança em Contextos Pós-coloniais: o estatuto da 'medicina tradicional' em Moçambique". Sendo o Ministério da Saúde, em particular o Instituto da Medicina Tradicional de Moçambique, partes importantes para a realização deste trabalho, venho por este meio solicitar a V.Excia que se digne a autorizar a realização de pesquisa e entrevistas. Pelo que

Pede Deferimento

Maputo, aos 29 de março de 2021

*Gregório Adélio Mangana*  
(Gregório Adélio Mangana)

29 49 03 2021  
Fingei

**Anexo 4:** Carta para a solicitação do acesso ao Arquivo Histórico de Moçambique

*Autoriza  
respeitando as  
regras do  
Protocolo Civil  
Esqueto  
29.03.2021*

**SENHOR DIRECTOR DO ARQUIVO HISTORICO DE MOÇAMBIQUE**  
Maputo

**Assunto:** Solicitação de acesso a biblioteca do arquivo histórico de Moçambique

**Gregório Adélio Mangana**, Moçambicano, filho de Adélio Gregório Mangana e Luisa Pedro, natural de Maputo, nascido aos 23 de Junho de 1987, titular do BI Nº110100099091S, emitido aos 12-05-2016 pelo arquivo de Identificação Civil de Maputo, estudante do **Curso de Doutorado em Sociologia no programa de pós-graduação em sociologia pela universidade Federal de Pernambuco - Brasil**, Bolsista no Programa estudante-convenio de pós-graduação (PEC-PG), encontra-se a realizar a pesquisa intitulada **“Diversidade Epistémica e Governança em Contextos Pós-coloniais: o estatuto da ‘medicina tradicional’ em Moçambique”**. A natureza da pesquisa, exige uma compreensão da governabilidade das medicinas que se encontram fora do campo oficial no contexto colonial, razão pela qual, a necessidade de visitar o acervo do período colonial para melhor entendimento contemporâneo da temática em pesquisa. Deste modo, venho por este meio **solicitar a V. Excia se digne a autorizar o acesso à biblioteca do arquivo histórico de Moçambique**. Pelo que

Pede Deferimento  
Maputo, aos 29 de março de 2021

*Gregório Adélio Mangana*  
.....  
(Gregório Adélio Mangana)

823879806

79  
29 03 2021  
052.7



**Anexo 5:** Aprovação para a realização da pesquisa emitida pelo Comité Nacional de Bioética para a Saúde



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE  
IRB00002657

Exmo. Senhor

Dr. Gregório Adélio Mangana

Universidade Federal de Pernambuco

Ref:654/CNBS/21

Data 25 de Outubro de 2021

Assunto: Aprovação do Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) ao Protocolo de estudo intitulado: **"Diversidade Epistêmica e Governança em Contextos Pós-Coloniais: Estatuto da "Medicina Tradicional, no sul de Moçambique"**

O Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) analisou as correcções efectuadas no Protocolo de estudo intitulado: **"Diversidade Epistêmica e Governança em Contextos Pós-Coloniais: Estatuto da "Medicina Tradicional, no sul de Moçambique"**

, Registado no CNBS com o número 57/CNBS/2021, conforme os requisitos da Declaração de Helsínquia.

Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo, o CNBS dá a sua devida aprovação aos seguintes documentos:

- *Protocolo de estudo e versão 3.0 de 15 de Outubro de 2021;*
- *Consentimento Informado, versão 3.0 de 15 de Outubro de 2021.*

Todavia, o CNBS informa que:

- 1- Qualquer alteração a ser introduzida no protocolo, incluindo os seus anexos deve ser submetida ao CNBS para aprovação.
- 2- A presente aprovação não substitui a autorização administrativa.
- 3- Não houve declaração de conflitos de interesse por nenhum dos membros do CNBS.

**Endereço:**  
Ministério da Saúde - 2º andar dto  
Av. Eduardo Mondlane / Salvador Allende  
Maputo - Moçambique

C.Postal: 264  
Telefone: +258 82 406 6350  
E-mail: cnbsmocambique@gmail.com

- 4- A aprovação terá a validade de um ano, terminando esta a 25 de Outubro de 2022. Os investigadores deverão submeter o pedido de renovação da aprovação um mês antes de terminar o prazo.
- 5- Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.
- 6- A lista actualizada dos membros do CNBS esta disponível na secretaria do Comité.

Sem mais do momento, queiram aceitar as nossas mais cordiais saudações.



Dr. João Fernando Lima Schwalbach



**Anexo 6: Jornal notícias de 1992, informando a criação, naquela data, da Ametramo (Associação de Medicina Tradicional de Moçambique).**

2 Segunda-feira, 31 de Agosto de 1992 notícias



## Constituída Associação da Medicina Tradicional

Foi constituída, sábado, em Maputo, a Associação de Medicina Tradicional de Moçambique, AMETRAMO, tendo sido eleito para o cargo de Presidente Banú Idrisse. O Ministro da Cultura e Juventude, Mateus Katupa, disse na cerimónia de encerramento da conferência constitutiva que o reconhecimento do papel da medicina tradicional pelo Governo e pelo Estado significa a valorização da personalidade cultural moçambicana.

Mateus Katupa, referiu na ocasião, ser tarefa da organização ora criada contribuir numa forma organizada e decisiva no processo de desmistificação da sociedade moçambicana, física e mentalmente traumatizada pela guerra.

O processo de reconstrução nacional e os actos concretos de reconciliação, segundo o Ministro da Cultura e Juventude, só serão possíveis se os desequilíbrios mentais causados pela guerra foram sanados.

«Acreditamos que no seio da vossa associação existem grandes psicólogos, psicanalistas e conhecedores dos segredos da natureza, que utilizados não de forma charlatanista poderão contribuir na solução dos problemas comunitários», disse Katupa.

O Ministro da Cultura e Juventude, mencionou como tarefas prioritárias que poderão ser desenvolvidas pela organização, o levantamento e classificação das plantas, do seu valor curativo, as doenças alvo, bem como a determinação das dosagens a serem ministradas aos pacientes.

Katupa sublinhou, na sua alocução, a necessidade da sistematização do conhecimento multissécular sobre as técnicas do restabelecimento do equilíbrio mental na relação do homem com a sociedade.

Advertiu à AMETRAMO dos perigos de vulgarização e esvaziamento do sentido cultural das práticas da medicina natural que poderão advir da corrida para «modernismos falsos e traçóides».

O presidente da organização, Banú Idrisse, disse falando na ocasião que a sua associação está apostada a criar farmácias de venda de medicamentos tradicionais e também na instalação de clínicas.

A conferência constitutiva da associação decorreu desde a passada quinta-feira, reunindo representantes de todas as províncias excluindo a de Tete e entre outros assuntos esteve em discussão os estatutos da associação, para além do anteprojecto de lei sobre a prática da medicina tradicional no país.

**PRIMEIROS DIAS DE TRABALHO**

A AMETRAMO é igualmente conhecida pela designação do «Tinyanga» o que em português significa curandeiros. Segundo defenderam os delegados à conferência, é mais dignificante que sejam conhecidos pelo nome o qual a sociedade os trata, em vez dos que não se identificam com a sua realidade cultural.

Esta proposta foi apresentada enquanto se discutiam os estatutos que regem a associação, numa sessão caracterizada por intensos debates à volta da designação da associação.

Anteriormente, havia sido apontado que a estrutura devia ser chamada Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique, o que veio a ser rejeitado porque, contrasta com o anteprojecto de lei sobre a prática da medicina tradicional, que reserva o título de médico a «todo aquele que tende frequentemente o curso superior, tenha obtido um diploma do reconhecimento de licenciatura em medicina».

Por outro lado, segundo sustentaram, aquela designação não é englobante para além de deixar lacunas em termos de interpretação. Ainda sobre este aspecto, foi referido o facto de a medicina tradicional ser composta por diversas especialidades, havendo os que utilizam raízes e os que recorrem a ervas, a magia, entre outros métodos.

Os estatutos da associação que estiveram em debate durante a conferência indicam como objecto de acção da associação, entre outros aspectos, a promoção de actividades de pesquisa tradicional de métodos e técnicas curativas e ainda a troca de experiências entre os praticantes, bem como deles em relação à medicina moderna.

Entretanto, no decurso dos trabalhos, o Ministro da Saúde, Leonardo Simão, disse que os conhecimentos existentes sobre a medicina tradicional devem ser registados por escrito, de forma a permitir que os valores nela contidos não se percam com o andar do tempo.

Segundo Simão, por razões históricas, os conhecimentos da medicina tradicional se transmitem geralmente por via oral, de geração em geração e, nesta forma de transmissão, muita matéria se perde ou se deforma, por imprecisões ou defeitos de assimilação.

Até ao momento, legalmente a medicina tradicional é proibida visto existir uma Lei nesse sentido, que data do tempo da dominação colonial, que só deverá ser revogada pela Assembleia da República, com a aprovação do anteprojecto ainda em debate.

Leonardo Simão disse na ocasião que o Governo vê a medicina tradicional como «um conjunto de conhecimentos técnicos, de preparação e utilização de substâncias naturais, medidas e práticas que têm como base os fundamentos sociais e culturais de todo o povo e que servem para diagnosticar, prevenir ou eliminar um desequilíbrio de bem-estar físico, mental ou social».

**Ladrões de h detidos no V**

Três indivíduos indicados de roubar nas propriedades dos agricultores do Vale do Infuene encontram-se em custódia policial, desde segunda-feira passada. Dois dos gatinhos foram apanhados em flagrante delito roubaram alfafa de um campo enquanto que um outro leva que conduziu aos Serviços de Urgência já gravemente ferido, espantamentos da multidão, e de frustrada a tentativa de roubo, o roubo, no referido vale.

Trata-se de Pedro Sítio, Henrique Mabunda e Vicente Mavota. Os primeiros, utilizavam durante os assaltos uma arma de tipo «AK» tinha sido confiada à Sítio para a machamba de Quilane Macuácia, um dos lesados. M era patrão de Sítio.

Pedro Sítio, que de que machamba virou ladrão de h mobilizava toda a sua família incursões que eles, as machambas. Segundo conta Reportagem, a sua família é por cinco pessoas uma de Henrique Mabunda a sua evacuar o produto do roubo. Segundo uma fonte da TI local onde os ladrões se aquela não era a primeira Sítio e família, as machambas. Segundo rev no dia 7 e no dia 12 do roubaram naquele vale a caneleiros que, segundo efectuos, correspondem melancas.

Antes da sua detenção, a família, servindo-se da

Pedro Sítio


## agenda

FARMÁCIAS DE SERVIÇO

08.15 — Programa da Criança  
08.30 — Boletim de Câmbios do Banco C. de Moçambique — repetição

Na educação sanitária

**Anexo 7:** Carta da Direção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa, informando a aprovação para a realização da pesquisa ao Comité Nacional para a Saúde



**REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE**  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
 Direcção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa

Ao  
 Comité Nacional da Bioética  
 de Saúde  
  
 Local

N/Ref 1131024/DNMTA/2021

Maputo, 16/07/2021

**Assunto:** Carta de cobertura Institucional

Está deviamente autorizado a realizar a pesquisa e entrevista o Sr. **Gregório Adélio Mangana** na Direcção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa.

No entanto orientou -se o estudante a submeter o protocolo para ser Aprovado pelo Comité Nacional da Bioética de saúde com o protocolo intitulado " **Diversidade Epistémica e Governança em Contextos Pós- coloniais: o estatuto da medicina tradicional em Moçambique** " .

Cordias Saudações



A Directora Nacional  
**Dr. Tânia Vuyeya Sitoie**  
 Farmacêutica Especialista, MSC, SN

ENDEREÇO:  
 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
 C. POSTAL  
 Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende  
 MAPUTO – MOÇAMBIQUE  
  
MS – DR 4 – Formato A4 (210x297 mm) C.I.

Telefones: 21305463  
 Telex: 21305463 MISAU MO





República de Moçambique  
Ministério da Saúde  
Direcção Nacional De Medicina Tradicional e Alternativa

Áo

Comite Nacional da Bioética

de saúde

Local

N/Ref./ 53/024/ DNMTA / 2021

Data / 27/04 / 2021

**Assunto :** Carta de Cobertura Institucional

Esta deviamente autorizado a realizar a pesquisa e entrevista o Sr. Gregorio Adélio Mangan na Direcção Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa.

No entanto orientou -se o estudante a submeter o protocolo para ser Aprovado pelo Comité Nacional da Bioética. de saúde.

Cordias Saudações

REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Direcção Nacional  
  
Dra. Felisbela Gaspar  
(Bióloga/Botânica, MIH)

### Apêndice 1 : Algumas Fotografias do campo



**Figura 3: Sede da Associação de Medicina Tradicional de Moçambique.**



Figura 4: Terreno onde funciona a Associação dos Ervanários de Moçambique, médicos tradicionais reunidos em seus encontros habituais de trabalhos.



Figura 5: Mercado de Xipamanine na cidade de Maputo





Figura 6: Mercado de Xipamanine, venda de artigos e remédios de medicina tradicional



Figura 7: Mercado central da cidade de Xai-Xai, onde entrevistamos os vendedores de remédios tradicionais.





Figura 8: Mercado de Xai-Xai, venda de artigos e remédio de medicina tradicional.



**Figura 9: Nos estúdios em plena gravação do programa “Coisas de Tradição”. O apresentador Daniel Covane no meio, acompanhado de dois convidados médicos tradicionais.**



Figura 10: Mercado da Maxixe, venda de remédios e artigos de medicina tradicional