



**UNIVERSIDADE  
E D U A R D O  
MONDLANE**

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA

**DESAFIOS PARA REGULAMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS DA MEDICINA  
TRADICIONAL E ALTERNATIVA NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE EM  
MOÇAMBIQUE**

**“documento provisório”**

TIBÚRCIO JOZANE

Maputo

2020

**UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE**

**DESAFIOS PARA REGULAMENTAÇÃO DAS PRÁTICAS DA MEDICINA  
TRADICIONAL E ALTERNATIVA NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE EM  
MOÇAMBIQUE**

Dissertação apresentada como requisito  
parcial para obtenção do grau de Mestre  
em Antropologia Social pela  
Universidade Eduardo Mondlane

**JÚRI:**

**Orientadora**

---

Prof<sup>a</sup>. Doutora Esmeralda Mariano

**O Presidente**

---

**A Arguente**

---

## **Declaração de Originalidade**

“Eu Tibúrcio Jozane, declaro que esta dissertação de Mestrado em Antropologia Social, nunca foi apresentada para obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ele constitui o resultado do meu labor individual, feito com base nas fontes mencionadas na bibliografia e nos métodos descritos no texto.

**Autor**

---

(Tibúrcio Jozane)

**Maputo**

**2020**

## **Dedicatória**

“Dedico especialmente este trabalho aos meus avós paternos e maternos, “In Memoriam”, pela existência de meus pais, família, amigos e, pois sem eles este trabalho e muitos dos meus sonhos não se realizariam.”

## Agradecimentos

Este trabalho, originalmente concebido como dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Mestrado em Antropologia Social na Universidade Eduardo Mondlane, não teria sido concretizado sem o incentivo e apoio de várias pessoas e instituições com que tive a sorte e oportunidade de interagir. Pela natureza deste trabalho, é quase impossível nomear todas as pessoas que, de alguma forma, me apoiaram no processo de pesquisa e de redação. Ainda assim, agradeço a todos e a cada um dos que, eventualmente, vierem a reconhecer-se nas estampas desta empreitada, mesmo que não compactuem com a minha reflexão.

À DEUS, que todos os dias da minha vida me deu forças para nunca desistir, não sei mais que dizer senão diante de uma oração profunda.

De forma especial, meus agradecimentos vão para três importantes instituições com destaque para o pessoal de atendimento das bibliotecas do Departamento de Arqueologia e Antropologia da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), Ministério da Saúde (MISAU) e Instituto Camões (IC) pelo bom ambiente de estudo e investigação que me proporcionaram.

À Prof<sup>a</sup> Doutora Esmeralda Mariano, que foi uma orientadora com paciência monumental, que soube incentivar e apoiar-me em todas as etapas desta empreitada, não tenho palavras à altura da gratidão que gostaria de deixar expressa a quem muito agradeço pelos seus comentários críticos, que foram decisivos para que, em certos momentos cruciais, a investigação seguisse o rumo acertado, possibilitando a presente dissertação final. Estarei sempre assaz grata professora. Na mesma senda deixo de forma indelével especiais agradecimentos a Arguente constituída ao Júri para realização da defesa pública a Prof<sup>a</sup> Doutora Margarida Paulo, pelos questionamentos, sugestões de correção para depósito da versão final da dissertação.

Agradeço, de forma extensiva, a todos os que tive conversas em torno desta temática, com quem tive a oportunidade de partilhar essa rica experiência. Gostaria de agradecer muito a enorme disponibilidade manifesta pelos meus interlocutores em especial a mãe Alda, que se prestaram à realização das minhas entrevistas, assim como, a tolerarem, nalguns casos, a minha presença nos seus locais de trabalho. Sem eles esta tese teria sido impossível. E, por isso mesmo, agradeço-lhes profundamente o seu contributo, mas, também, a sua enorme simpatia e, até mesmo, o entusiasmo que demonstraram relativamente à realização da minha investigação.

Sou muitíssimo grato particularmente a todos docentes do Mestrado em Antropologia Social (MAS), nomeadamente: ao Prof. Dr. Cristiano Matsinhe, mais uma vez a Prof<sup>a</sup>. Dra. Esmeralda Mariano, Prof<sup>a</sup>. Dra. Carla Braga e a Prof<sup>a</sup>. Dra. Sandra Manuel, pela ministração das secções de aulas, e o que considero indiscritível para verter neste espaço formal de agradecimento e mais.

Especiais agradecimentos, aos Professores Paulo Granjo e Maria Paula Meneses, por ter estabelecido com ambos mais um contacto estratégico aquando do IV Seminário do Centro de Estudos Africanos realizado em 2017, pelo apoio fornecido nas etapas finais de recolha de dados e submissão do trabalho e cuja orientação foi essencial para que, no período de pesquisa em Maputo, alcançasse os resultados pretendidos. Ao Professor Fernando Florêncio pela inspiração e conversa tida em 2017 aquando do ciclo de palestras promovidas pelo Instituto Camões, aquele instante aprendi. Fica um especial agradecimento no mesmo sentido ao Prof. Dr. Elísio Jossias, que vem-me acompanhando, porque positivamente sobrepôs-se nos papéis de orientador, tutor numa relação que sempre primou e pautou pelo respeito.

Aos colegas do Mestrado em Antropologia Social, com quem passámos óptimos momentos em sessões de aulas ao longo de dois anos que levámos para concluir este curso, muita coisa se passou! Sou grato particularmente aos calorosos colegas do curso Jeremias Messias, Juvenal Chinde, Agostinho Neves, Edson Mugabe, Laurinda Sikota, Márcia Manhique, Efraime Nhabanga, Ludomilo Fumo, Cândido Chume, Fernando Chiconela, Emília Mapóíssa, Victorino e Lucílio.

A minha querida mãe Laurinda Armando Bila por tudo na vida, aos teus amorzinhos seus netinhos Marshall, Monalisa, Kirsy, Kalysia e Tibério Júnior, aos meus tios Renúgio, Armandinho, Félix e a tia Ana, ao saudoso tio Venâncio, exemplo de firmeza, a todos Bila, aos meus irmãos mano Tibério, Alfredo, Rachel, Gito e Thomas, às concunhadas Patrícia, Clotilde e a Nilza. A família em geral e amigos do cotidiano Ramiro, Dálíio, Helder, Dionério aos colegas da escola Nyoxani, a Sara Abubacar, Clemente, Sambo, Célio e Magnus e ainda em especial para o amigo Isac Guilengue pela ajuda ímpar que me concedeu, pela disponibilidade em ler com cautela e comentar as versões preliminares desta dissertação, embora das nossas reflexões algumas vezes com posições antagónicas, e obrigado mesmo por teres fornecido valiosas contribuições que ajudaram a enriquecer e esmerar alguns tópicos deste trabalho.

A todos/as que directa e indirectamente contribuíram para o sucesso da minha formação. O meu muitíssimo obrigado.

## **Resumo**

Esta dissertação procura-se analisar as dinâmicas e interações entre agentes e instituições que se articulam para a regulamentação das práticas da Medicina Tradicional e Alternativa (MTA) no Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique, tendo em conta a exortação dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é um novo paradigma sustentado pelas políticas públicas dos estados membros a respeito da integração da MTA no SNS nos países “ditos em via de desenvolvimento.”

Com base nos dados recolhidos através da realização de uma etnografia multi-situada, efectuada em quatro instituições – Ministério da Justiça Assuntos Constitucionais e Religiosos (MJCR), Ministério da Saúde (MISAU), OMS e Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO), em Maputo – argumentámos que a regulamentação das práticas e da MTA no SNS deve ser pensada em função de uma análise dos factores sócio-culturais e de forma holística.

A dissertação constatou que, um dos principais obstáculos para a regulamentação da MTA está na elaboração de um consenso sobre a delimitação do campo de atuação dos Praticantes da Medicina Tradicional e Alternativa (PMTA) reconhecendo-se os papéis de ambas as profissões, aceite pelas diversas instituições envolvidas. Percebeu-se a construção de duas formações discursivas com entendimentos distintos sobre a institucionalização da MTA e que se rivalizaram ao longo do tempo. Contudo, a regulamentação da MTA em Moçambique é marcada por “jogos de poder” entre os reguladores, entidades profissionais da saúde referentes ao direito a sua prática e os PMTA.

Aponta-se principalmente os conflitos e intercâmbios entre os saberes da biomedicina e dos terapeutas tradicionais, mostrando a importância da antropologia da saúde/doença neste debate. Os dilemas ético-legais das delimitações do campo de atuação, a criação de diretrizes para ensino e pesquisa e o estabelecimento de parâmetros de biossegurança, qualidade e eficácia se mostram como desafios para a regulamentação das práticas da MTA no SNS em Moçambique.

**Palavras-chave:** Medicina Tradicional Alternativa; Representações sociais; Regulamentação; Sistema de Saúde; Maputo; Moçambique.

## **Abstract**

This dissertation analysis the dynamics and interactions between the agents and institutions that articulate to regulate the practices of Traditional Alternative Medicine (PMTA) in the National Health System (SNS) in Mozambique, taking into account the exhortation given by the World Health Organization (WHO) and has alluded to the proposal of a new paradigm that should support the public policies of member states regarding the integration of the MTA in the NHS “in the so-called developing countries”.

On the basis of the data collected through a multi-site ethnography carried out in four institutions, namely the Ministry of Justice, Constitutional and Religious Affairs (MJCR), the Ministry of Health (MISAU), the World Health Organization (WHO) and the Mozambican Association of Traditional Doctors (AMETRAMO) are considered to be useful, health promoters, freedom of choice, but some consider the MTA to be doubtful as it lacks scientific evidence of MTA in the NHS should be considered based on an analysis of socio-cultural factors and in a holistic way among other determinants of health.

We find that one of the main obstacles to the regulation of the MTA is in the elaboration of a consensus on the definition of the field of action of the PMTA recognizing the roles of both professions, accepted by the various agents and entities involved. We perceive the construction of two discursive formations with distinct understandings about the integration of the MTA and that have been rivaled over time. In addition, the MTA has been defined by its emphasis on health promotion and broadening coverage of health services. However, MTA regulation in Mozambique is conflictive and marked by "power games" between regulators, health professional entities regarding the right to practice and PMTAs.

We point mainly to the conflicts and exchanges between the knowledge of biomedicine and popular therapists, showing the importance of health / illness anthropology in this debate. The issue of establishing guidelines for teaching and research and the establishment of safety, quality and efficacy parameters are presented as challenges for the regulation of MTA practices in the NHS in Mozambique.

**Palavras-chave:** Traditional Alternative Medicine; Social representations; Regulation; Health system; Maputo; Mozambique.

## **Siglas e Acrónimos:**

AMETRAMO	Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique
AHM	Arquivo Histórico de Moçambique
AMM	Associação dos Médicos de Moçambique
ARVs	Anti - Retrovirais
CEA	Centro de Estudos Africanos
CBS	Cuidados Básicos de Saúde
CRM	Constituição da Republica de Moçambique
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DAA	Departamento de Arqueologia e Antropologia
DNMP	Direcção Nacional de Medicina Preventiva
FLCS	Faculdade de Letras e Ciências Sociais
FRELIMO	Frente de Libertação de Moçambique
GEMT	Grupo de Estudos de Medicina Tradicional
HCM	Hospital Central de Maputo
HIV/SIDA	Vírus de Imunodeficiência humana
I.C	Instituto Camões
INIA	Instituto Nacional de Investigação Agronómica
IMT	Instituto de Medicina Tradicional
MAS	Mestrado em Antropologia Social
MJCR	Ministério da Justiça, Assuntos Constitucionais e Religiosos
MISAU	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MTA	Medicina Tradicional e Alternativa

MCA	Medicina Complementar e Alternativa
MC	Medicina Convencional
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PT	Parteiras Tradicionais
PMTA	Praticantes de Medicina Tradicional e Alternativa
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
US	Unidade Sanitária

<b>Índice</b>	<b>pág.</b>
Declaração de Originalidade.....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	v
Abstract.....	vi
Siglas e Acrónimos: .....	vii
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1.CONTEXTO DE EMERGENCIA DA MEDICINA TRADICIONAL EM MOCAMBIQUE.</b>	
1.1.1.Sistema de Saúde .....	6
1.1.2.Trajectória da Medicina Tradicional.....	7
1.1.3.Contexto colonial.....	7
1.1.4.Contexto contemporâneo .....	10
<b>1.2. ESTADO DA ARTE: DEBATE TEÓRICO</b> .....	<b>12</b>
1.2.1.Papel das Políticas Públicas .....	12
1.2.2.Racionalidades versus Pluralismo Médico .....	14
1.2.3.Abordagem Antropológica da Saúde e da Doença .....	16
<b>1.3.Estrutura da dissertação</b> .....	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>20</b>
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	<b>20</b>
2.1. Aspectos metodológicos: .....	20
2.1.1. Justificativa, problematização e objecto de estudo .....	20
2.1.2. Pergunta de partida .....	21
2.1.3. Questões de investigação.....	21
2.1.4. Itinerário da Pesquisa.....	22
2.1.5. Contextualização da Investigação: local de estudo e participantes .....	23
2.1.6. Espaços Multisituados: Agentes e Instituições envolvidas.....	23
2.1.7. Realização das entrevistas.....	24
2.1.8. Acesso ao campo: Como um Neófito.....	24
2.1.9. Tratamento de dados .....	28

2.1.10. Considerações éticas .....	30
CAPÍTULO III.....	31
3. RUPTURAS E CONTINUIDADES SOBRE MEDICINA TRADICIONAL EM MOÇAMBIQUE.....	31
3.1.Consolidação e Vitalidade da Medicina Tradicional .....	31
3.1.1. Papel e importância da Medicina Tradicional .....	33
3.1.2. Institucionalização da Medicina Tradicional e Alternativa .....	34
3.1.3. Legitimação da Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique .....	35
CAPÍTULO IV .....	39
4. DINÂMICAS E PROCESSOS DE REGULAMENTAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL E ALTERNATIVA NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE .....	39
4.1. Integração da Medicina Tradicional no Sistema Nacional de Saúde.....	39
4.1.1. Discurso e estratégias da OMS para a integração da Medicina Tradicional.....	40
4.1.2. Desafios para regulamentação da Medicina Tradicional e Alternativa no SNS.....	42
4.1.3. Organização Mundial da Saúde e as implicações do desenvolvimento.....	43
CAPÍTULO V .....	47
5. DISCURSOS E REPRESENTAÇÕES DOS REGULADORES E DOS PRATICANTES DA MEDICINA TRADICIONAL E ALTERNATIVA.....	47
5.1. Perspectiva etic dos reguladores versus perspectiva emic dos praticantes da MTA .....	47
5.1.1. A Medicina Tradicional “ <i>É baseada em produtos naturais</i> ” .....	48
5.1.2. Vantagens da Medicina Tradicional e Alternativa: “ <i>Não tem efeitos colaterais</i> ” .....	53
5.1.3. Medicina Tradicional “ <i>Há doenças que curámos e que a MC não resolve</i> ” .....	55
5.1.4. Integração das práticas da MTA no S.N.S: “ <i>Não vai abarcar a parte espiritual</i> ” .....	58
5.1.5. Os intitulados de tinyanga “ <i>Prometem que tratam esta ou aquela doença</i> ”.....	59
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71

# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO

É uma série de muitas reflexões sobre as raízes da nossa identidade e a libertação africana, tendo o colonialismo como ponto de partida [...] a África sofreu e ainda sofre dois tipos de usurpação: a usurpação do ser e do ter (Chiziane e Martins 2015:25).

Com a presente dissertação desenvolve-se uma análise dos desafios para regulamentação das práticas da Medicina Tradicional e Alternativa (MTA) no Sistema Nacional da Saúde (SNS) em Moçambique.

Evidências indicam que no cenário nacional moçambicano surgem cada vez mais iniciativas voltadas para o fortalecimento e a valorização de conhecimentos e práticas da Medicina Tradicional em contextos socioculturais particulares. Se por um lado, o Estado, nas últimas décadas, estimulado pelas tendências do desenvolvimento mundial, começa a elaborar normativas e políticas públicas<sup>1</sup> que utilizam a noção de “tradicional” para qualificar seus objectos, por outro, iniciativas de “revitalização cultural” também passam a ser tomadas por povos e comunidades, localmente situados, no intuito de contribuir para a sua reprodução social e económica.

A Medicina Tradicional constitui um desses objectos que está sendo pautado pelas políticas públicas, particularmente a de saúde ao nível dos cuidados básicos, e pela luta da população na conquista do reconhecimento oficial dos saberes, práticas e praticantes identificados a ela associados. Apesar de atualmente não haver uma política nacional específica sobre este tema, existe um conjunto de políticas públicas que usa a noção de “tradição” para qualificar os objectos

---

<sup>1</sup> Não existe uma única, nem melhor definição sobre o que seja política pública. Na presente dissertação adoptamos por políticas públicas aquele campo que compreende os programas de acção governamental voltados para realizar objectivos e metas previamente estabelecidas. As políticas públicas são instituídas por diferentes suportes legais (leis, medidas provisórias, decretos, portarias) (Bucci e Meneses 2006). Acrescenta referindo: como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em acção’ e ou analisar essa acção e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas acções. (Souza 2006:26).

e o público-alvo a quem se destina, de modo a configurar uma formação discursiva própria da qual fazem parte, inclusive, os discursos oficiais sobre a medicinal tradicional<sup>2</sup>.

Nesse momento se poderia perguntar porquê abordar as políticas da Medicina Tradicional, se o foco desta dissertação recai sobre a emergência da integração da Medicina Tradicional e Alternativa no campo das políticas públicas? Faz todo sentido que os discursos que falam sobre este tema estão situados em um contexto discursivo mais amplo, configurado nas relações estabelecidas entre o Estado moçambicano e os organismos internacionais.

Em outras palavras, é importante analisar o campo das políticas públicas da Medicina Tradicional e Alternativa, por este se constituir no contexto oficial em que acontecem os discursos sobre Medicina Tradicional e Alternativa. Os discursos veiculados pelos organismos internacionais e pelas políticas públicas moçambicanas, ao perpassarem o campo da saúde tendo em conta os saberes locais, contribuem assim para configurá-lo.

Em 1978 na Conferência de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>3</sup> dada a importância da Medicina Tradicional (MT), exortou os países membros a dar máxima prioridade ao uso desta e interagir aspectos de comprovada eficácia, promovendo sistemas tradicionais de saúde, incluindo o desenvolvimento local de medicamentos tradicionais, cultivo e conservação de plantas medicinais disponibilizando assim uma fonte de cuidados de saúde universalmente aceite e acessível às comunidades. Outro tanto é o facto de os praticantes da MT estarem culturalmente mais próximos das suas comunidades.

Desde a data, tem-se constatado a expansão crescente e persistente da utilização da Medicina Tradicional, não tão quão somente pela população, como também por um número considerável de profissionais que vêem nessas medicinas uma alternativa diante de problemas de saúde a que a medicina convencional não responde<sup>4</sup>.

Moçambique, tal como em outros países africanos, iniciou acções de modo a fazer face a citada exortação. É assim que para dar cobro as restrições legais e para que a diversa legislação colonial dispersa, ainda vigente, que impunha restrições e proibições fosse revogada. Em 1993 foi

---

<sup>2</sup> Ibidem.

<sup>3</sup> Projecto Lei.MT.n.º189/CM/2017-Rev.1.

<sup>4</sup> Idem.

elaborado um anteprojecto de Lei de Medicina Tradicional que no seu artigo 1, enfatiza a autorização da prática da medicina tradicional. Contudo este instrumento legal nunca foi submetido às autoridades competentes para decisão final<sup>5</sup>.

Na contemporaneidade, a política do governo preconiza a valorização da Medicina Tradicional, associada a Medicina Convencional (MC). De acordo com o Programa Quinquenal do Governo (2000-2004), o governo reconhecendo o papel importante que é desempenhado pela medicina tradicional, principalmente nas zonas rurais, começa a desenvolver mecanismos para uma colaboração efectiva com os seus praticantes, tendo em vista a utilização de forma mais segura dos serviços da Medicina Tradicional.

Problematizo para além da ausência da regulamentação das praticas da MTA no SNS, igualmente a questão da ininteligibilidade do acesso ao invisível, espiritualidade no campo de atuação dos praticantes da Medicina Tradicional detentoras da linguagem do poder, mais ainda a (im) posição de adopção de critérios que não tomam em conta os sentidos e lógicas que operam no substrato, os riscos inerentes a processos de reificação da “tradição” obedecendo de forma acrítica às lógicas das agendas políticas internacionais, no enquadramento institucional e jurídico.

Na presente dissertação, resultante de uma investigação no âmbito da Antropologia Social, na sua vertente de Antropologia da Saúde e Doença, procuramos compreender quais os desafios e dinâmicas que propiciam para regulamentação das práticas da Medicina Tradicional e Alternativa no campo das políticas públicas de saúde como uma categoria discursiva. Acredita-se que é por meio dos enunciados dos múltiplos agentes sociais que essa categoria se consolida como objecto de políticas públicas. Assim sendo, nossa investigação, concentrou-se nas representações sociais, discursos, cosmovisões dos reguladores (Estado) e praticantes da MTA em relação aos desafios colocados no processo de regulamentação das práticas da MTA.

Segundo (Uchôa e Vidal 1994 *apud* Scheper-hugues e Lock 1987), a doença é ora vista como um problema físico ou mental, ora como biológico ou psicossocial, mas raramente como fenómeno multidimensional. A fragmentação do objecto gera a fragmentação das abordagens. A

---

<sup>5</sup> Resolução n.º.11/2004 de 14 de Abril, Série n.º15,pág.131.

descontinuidade entre as diferentes abordagens retarda a apreensão multidimensional do objecto (Uchôa e Vidal 1994:500).

Por sua vez, argumenta-se que o fenómeno saúde-doença não pode ser entendido à luz unicamente de instrumentos anatomofisiológicos da medicina (Minayo 1991), mas deverá considerar a dimensão social e contextual. Secundada esta posição não obstante na abordagem de (Uchôa e Vidal 1994 *apud* Scheper-hugues e Lock 1987), que o dualismo cartesiano entre corpo e espírito seria o precursor imediato das concepções biomédicas contemporâneas do organismo humano e do pensamento materialista radical que caracteriza a biomedicina. Descartes teria legado às ciências naturais e sociais uma concepção mecanicista do corpo e de suas funções que sustentam uma visão reducionista dos fenómenos saúde e doença.

A contribuição da antropologia é aqui extremamente importante dado que (re) situa as premissas básicas no horizonte epistemológico ocidental, tornando possível uma perspectiva crítica frente a nossas verdades mais fundamentais e favorecendo a construção de um novo paradigma para a abordagem da saúde e da doença.

Ao longo da história das políticas públicas de saúde em Moçambique, ocorreram avanços e retrocessos nas acções de saúde, devido a interesses diversos que favoreceram ou não o processo de construção de um sistema de saúde pública para a qualidade de vida. Por outro lado, a Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO), lutou contra interesses hegemónicos no campo da saúde, conseguindo o seu parcial reconhecimento e inserção no debate, através do exemplo de participação na Conferência Nacional de Saúde de 1990, que culminou com a criação do Instituto da Medicina Tradicional (Misau 1997).

Partindo da proposta conceptual de Foucault (1998) que permitiu compreender que as interações entre os agentes e instituições envolvidas no processo da regulamentação o fenómeno da violência simbólica patente nos discursos é influenciado pela mediação de aparelhos culturais, económicos e políticos que actuam sobre a conduta humana e sobre a ordem social expressa em um campo de disputa, marcado por “*relações de poder que influenciam comportamentos e permeiam as interações entre os grupos e as classes*” (Foucault 1998:38-39). Deste modo exercendo o controlo por parte do Estado como legítimo detentor.

O olhar antropológico nesta pesquisa atravessou dois campos: o da antropologia das políticas públicas e da antropologia médica na abordagem do pluralismo médico. Esta opção prende-se pelo facto de que a regulamentação é uma política pública e esta apresenta-se em três formas nomeadamente: forma de lei, estratégia e programa, e sendo assim, hoje desenvolveu-se na Antropologia um campo de estudo que analisa as políticas públicas. Wedel *et al.* (2005) demonstram o quão é pertinente que os antropólogos estudem hoje as instituições poderosas, organizações burocráticas e os seus sistemas de redes, pois, tais sistemas e políticas internas e externas adoptadas pelas instituições afectam a vida das pessoas (Shore 2010).

Neste contexto a presente dissertação orienta-se pelas sugestões analíticas refletidas na base do referencial teórico metodológico da Teoria das Representações Sociais (TRS) de Moscovici 1978 e Jodelet 2001, baseada no modelo de análise dos “*Sistemas de Signos, Significados e Acções*” elaborado por Corin *et al.* (1989; 1990; 1992<sup>a</sup>; 1992<sup>b</sup>; 1993), que visa precisamente ao conhecimento sistemático das maneiras de pensar e de agir das instituições envolvidas junto às quais se quis intervir; ele constitui-se num instrumento privilegiado para a investigação antropológica das representações e comportamentos (cf. Uchôa e Vidal 1994).

Há a destacar os trabalhos feitos no contexto anglo-africano no período colonial que buscavam entender a organização social dos grupos e etnias sem presença do sistema político formal, isto é, sem Estado. É nesta direcção que surgem reflexões sobre o impacto das políticas coloniais sobre as populações, tendo como referência os trabalhos de Rivers 1924; Evans-Pritchard 1937; Gluckman 1956; Levi-Strauss 1970; Goffman 1974; Turner 1977; Geertz 1989; Queiroz e Canesqui 1986. Mais ainda recentemente trabalhos de Souza 2006; Muela *et al.* 2006; Granjo 2011; Santos 2010; Shore 2010; Mitano 2016 e Meneses 2004.

## 1.1. CONTEXTO DE EMERGÊNCIA DA MEDICINA TRADICIONAL EM MOÇAMBIQUE

### 1.1.1. Sistema de Saúde

Antes de adentrar ao percurso em que emerge a Medicina Tradicional em Moçambique importa abordar sobre sistema de saúde que é descrito como o conjunto de tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos da população reúnem para organizar a prestação generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde. Os sistemas de saúde existentes são habitualmente considerados do tipo misto quando a responsabilidade da sua organização e funcionamento não é inteiramente do Estado, e são suportadas pelos próprios beneficiários por contribuições de pré-pagamento; do tipo nacional quando as despesas são cobertas por verbas do orçamento do Estado, sem a quotização directa das pessoas (cf. Ferreira 1998:26).

O Sistema de Saúde Moçambicano (SSM) compreende o sector privado e o sector público. Este último, que é o Serviço Nacional de Saúde (SNS), constitui o principal provedor de serviços de saúde convencional a nível nacional. Estes serviços cobrem somente cerca de 40 por cento da população no que diz respeito aos cuidados hospitalares<sup>6</sup>. O provimento dos cuidados de saúde primários à população foi definido como a principal prioridade do SNS. Devido a fraca rede de cobertura do SNS estima-se que os restantes 60 por cento da população utilizam os serviços fornecidos pela Medicina Tradicional. Apesar desta carga assistencial e o reconhecimento implícito da sua importância a MT não é um serviço oficialmente estabelecido no país<sup>7</sup>.

A Constituição da República Moçambicana garante a saúde como um dos direitos humanos básicos, que explicita no artigo 49 a responsabilidade do Estado pelo acesso aos serviços de saúde a todos moçambicanos: “ todos os cidadãos têm direito a assistência médica e sanitária, nos termos da lei bem como o dever de promover e defender a saúde pública”<sup>8</sup>. Mais ainda, refere que o facto da Medicina Tradicional ter sido reconhecida como partícipe do SNS, sem dúvida, agrega valor ao direito a saúde e respeito a cultura local, na medida em que as pessoas podem consultar livremente os médicos tradicionais (Mitano *et al.* 2016).

---

<sup>6</sup> Idem.

<sup>7</sup> Idem.

<sup>8</sup> CRM 2004.

### 1.1.2. Trajectória da Medicina Tradicional

O reconhecimento da Medicina Tradicional emerge em Moçambique numa conjuntura administrativa sociopolítico-colonial sob égide da coroa Portuguesa, marcada pela continuidade subterrânea de um discurso onde a oposição entre medicina e magia é reinscrita através da divisão entre biomedicina e medicina tradicional. Onde tal como hoje a Medicina Tradicional surge associada ao saber localizado, nativo, indígena (Batalha 1985; Green 1996; Green *et al.* 1999). Evidencia-se notavelmente o modo hostil como o sistema colonial avaliava negativamente as práticas médicas, ao tentar estabelecer uma equivalência entre feiticeiro e médico tradicional.

Ademais, a evolução das formas e mecanismos de revitalização, legitimação, são percebidas face ao processo de negação do saber da Medicina Tradicional desenvolve-se com a mudança de conjuntura e da situação político de Moçambique, nos anos pós-independência, como se verá ao longo desta dissertação.

Desde os primórdios que o homem existe, tem sido confrontado com problemas de saúde, e sabe-se que a sua atitude em tais situações, foi de recorrer ao que a natureza ou a sociedade lhe oferece com vista a encontrar algo que o ajudasse a resolver<sup>9</sup>. A prática da Medicina Tradicional está intrinsecamente ligada à vida do Homem e das comunidades, e o território moçambicano não constitui excepção.

### 1.1.3. Contexto Colonial

Durante o tempo colonial em Moçambique (1885-1974), nunca foi definida uma política em relação à Medicina Tradicional o que levou a que se verificassem dois fenómenos. Um dos fenómenos que ocorreu, foi o de surgirem iniciativas individuais de investigação científica da Medicina Tradicional, por serem isoladas e não enquadradas em qualquer programa, poucos resultados conseguiram alcançar e nem mesmo dar continuidade. O outro, foi o facto de o ocidente transmitir uma visão reducionista<sup>10</sup> sobre essas práticas e considerá-las essencialmente como não

---

<sup>9</sup> Cadernos de Saúde, Série n.º1, junho 1981. pág. 3.

<sup>10</sup> Entende-se reducionismo a tendência de limitar o valor de uma cultura a um seu aspecto parcial. Normalmente se identificam traços culturais superficiais, isolados e geralmente negativos, como

saberes, ou práticas superficiais e supersticiosas e de índole folclórico. De tal modo que ficou reduzida as ditas práticas obscurantistas, onde os praticantes da Medicina Tradicional eram perseguidos e confundidos com feiticeiros<sup>11</sup>.

O acesso dos chamados indígenas aos serviços de saúde foi durante todo o período colonial cerceado por questões raciais e sociais, o que implica afirmar que o acesso aos serviços de saúde coloniais foi bastante precário. Mas o não reconhecimento, pelo Estado colonial, de práticas populares de cura como saber legítimo também foi um factor que marcou as políticas de saúde em Moçambique.

A cultura, como espaço colonial de intervenção e agonismo, como traço do deslocamento de símbolo, pode ser transformada pelo desejo imprevisível e parcial do hibridismo. Destituídos de sua presença plena, os saberes da autoridade cultural podem ser articulados com as formas de saberes ‘nativos’ ou confrontados com aqueles sujeitos discriminados que eles têm de governar, mas que já não podem representar. [...] A exposição do hibridismo – sua ‘replicação’ peculiar aterroriza a autoridade como o ardid do reconhecimento, sua imitação, seu arremedo (Bhabha 2005:166-167).

Essa perspectiva, embora admitisse uma certa flexibilidade das fronteiras entre a medicina europeia e a africana, pressupunha uma hierarquia dos saberes e uma exclusão absoluta dos rituais que integravam as práticas de cura em Moçambique.

A título exemplificativo, a Reforma Administrativa Ultramarina (RAU) aprovada pelo Decreto-lei n.º 23 de 15 de Novembro de 1993, sobre a atribuição de competências aos auxiliares de administração civil nas colónias portuguesas, num dos seus artigos, postulava que, aos regedores indígenas aos régulos, competia “opor-se à prática de bruxarias e adivinhações e muito especialmente das que representavam violência contra pessoas”. Contudo em várias zonas do país, não era raro ver os próprios colonos consultar um terapeuta local, quer para resolver certos problemas de saúde, quer para alcançar soluções sobre problemas espirituais ligados à vida quotidiana<sup>12</sup>.

---

denominador comum de uma determinada cultura, usando-os seguidamente para descrevê-la e interpretá-la (cf. Martinez 2009:23).

<sup>11</sup> Resolução n.º.11/2004 de 14 de Abril, Série n.º15,pág.131.

<sup>12</sup> Idem.

“O “*nyanga*”<sup>13</sup> cuida do corpo, sara as feridas, elimina os padecimentos do organismo utilizando os conhecimentos que tem sobre a natureza, e, em simultâneo, trata as perturbações da cabeça e do espírito, causada pelos desajustes socioeconómicos por traumas profissionais. Esta abordagem implica a criação do “outro” pelo não-saber, pela sua inclusão no mundo natural e exclusão do mundo civilizado” (Meneses 2005:433).

Os conhecimentos sobre saberes e práticas terapêuticas vão sendo decompostos em função da sistemática classificatória da ciência moderna. Esta compartimentação de saberes vai permitir a apropriação, por parte do sistema colonial, dos princípios farmacológicos de produtos conhecidos pelos terapeutas locais, conforme atestam vários comentários de conhecedores da matéria, portugueses em missão de serviço em Moçambique:

“Os remédios empregados pelos doutores indígenas são numerosos, por eles largamente utilizados em múltiplas doenças e, às vezes, com assinalado êxito. Na flora indígena muito há a estudar e, possivelmente, algumas coisas a aproveitar” (cf. Santos e Barros 1952:615).

Em simultâneo, ao se localizar os saberes e posteriormente restringir o conhecimento apenas ao seu conteúdo simbólico, as comunidades ganham uma aura de exotismo, possuindo interesse com a mercadoria para o turismo étnico, bem como para o estudo antropológico desta diferença. Para Meneses (2000), ao identificar o saber local com o sagrado desvia-se o foco da acção para longe dos autores, ao mesmo tempo que se reinscrevem continuamente as barreiras entre o mesmo e o outro, barreiras estas que sustentam o conhecimento com a colonização (Idem).

Como se pode depreender com este breve recuo a trajetória da Medicina Tradicional o processo de colonização portuguesa em Moçambique, para além de mostrar que os praticantes da medicina tradicional atravessaram momentos de perseguição e que achavam que a Medicina Tradicional constituía uma forte concorrência a medicina privada.

---

<sup>13</sup> Significa curandeiro, plural *tinyanga*, por outra, médico tradicional, aquele que cura, o que conhece a força dos remédios e como curar com o auxílio do saber dos espíritos ancestrais (Meneses 2005:88). No mesmo sentido refere que é o terapeuta, sábio, sacerdote que tem domínio sobre um assunto. Sábio da arte de cura Distinto do *nyanga rhume* ou seja o terapeuta que não faz intervir os espíritos nas técnicas curativas usando simples remédios caseiros (Desrosiers 2011:49-54).

Por sua vez também, passaram a ser rotulados por praticantes de bruxaria, feitiçaria e adivinhações e ainda subalternizaram as práticas dos médicos tradicionais, ao que propiciou a emergência de conflitos entre a medicina convencional e tradicional que no entanto estão postos ainda hoje em território Moçambicano e que se enquadram num contexto mais amplo de evolução e desafiante ao processo de institucionalização da Medicina Tradicional nos países membros e liderados pela OMS e que têm contribuído para criação de condições de possibilidade de integração da MTA no SNS.

#### 1.1.4. Contexto contemporâneo

Durante a luta armada de libertação nacional (1964 - 1974), nas zonas libertadas novas situações surgiram e com estas novas solicitações entre as quais a resolução de problemas de saúde em locais onde a ajuda nem sempre era possível<sup>14</sup>.

Então, o património de conhecimento popular sobre plantas medicinais existentes foi utilizado para resolver muitos problemas de saúde. Só com a criação do Ministério da Saúde (MISAU) e da definição das suas atribuições, após a independência nacional em 1975, é que foi definida uma política em relação a Medicina Tradicional. Aliás com a nacionalização da Medicina, a tarefa de prevenir e curar doenças passou a ser um dever exclusivo do Estado<sup>15</sup>

Nas últimas décadas há um interesse crescente em múltiplos sectores sociais no ocidente dirigido às chamadas medicinas alternativas e complementares. Além de ser fomentada pelas frustrações, insatisfações e limites vividos com a biomedicina e suas dificuldades relativas ao acesso e custo, a valorização das medicinas complementares e alternativas deve-se, também, a seus méritos próprios. Tal valorização é reconhecida internacionalmente na saúde pública.

“Actualmente, apesar da biomedicina ainda se justificar como saber hegemónico, foi com o fortalecimento da antropologia da saúde e da doença nas últimas duas décadas no Brasil que se passou a defender um relativismo relacionado ao processo saúde/doença e às práticas de saúde, onde os saberes e práticas de qualquer sistema médico são percebidos como construções socioculturais” (Langdon 2009).

---

<sup>14</sup> Cadernos de Saúde. Série n.º1, Junho-1981.pág.4.

<sup>15</sup> Idem. pág. 5.

Em outras palavras, o fenómeno saúde-doença não pode ser entendido à luz unicamente de instrumentos anatomofisiológicos da medicina (Minayo 1991), mas deve considerar a visão do mundo dos diferentes segmentos da sociedade, bem como suas crenças e cultura. Significa dizer que nenhum ser humano deve ser observado apenas pelo lado biológico, mas percebido em seu contexto sociocultural.

Cada sociedade apresenta um leque de interpretações aplicáveis ao corpo individual e aos processos sociais. Sendo que segundo Langdon (2009) seja “preciso ouvir o outro, possibilitando através da comunicação, o conhecimento das reais necessidades dos indivíduos, considerando que eles são sujeitos de sua própria história, e que, portanto, exercem agência sobre suas próprias vidas, percebendo e agindo segundo suas experiências na vida coletiva”.

A doença tem uma capacidade de evocação da ordem social, provocando uma redefinição da pessoa, das forças a ela vinculadas conforme sugerido por Kleinman (1980), devido à variedade de opções terapêuticas que são oferecidas aos indivíduos que estão inseridos nele.

Reforça mais ainda Desrosiers:

“A sabedoria tradicional consiste em elementos culturais que se transmitem de geração em geração através de meios orais, e que é considerada a herança social do povo. Assim o povo para de viver quando seus elementos culturais são por qualquer força impeditiva” (Desrosiers 2011:8).

Particularmente em Moçambique apesar dos esforços de integração dos dois campos em sistemas integrados de cuidados de saúde, existe uma resistência por parte dos praticantes de biomedicina em incluir as práticas de superstição, magia e feitiçaria (Granjo 2009). A questão da ausência de regulamentação do exercício da profissão dos praticantes da Medicina Tradicional e Alternativa, por outro lado a circulação de produtos, plantas medicinais dentre outros, suscita a promoção de palestras, debates e entrevistas nos Órgãos de Comunicação Social em torno desta matéria.

Refira-se que, no que concerne as preocupações do Estado moçambicano centram-se naturalmente no regime de seguros na perspectiva do prestador de cuidados de saúde, ou seja, na regulamentação da contratação do seguro de responsabilidade civil que cubra riscos por responsabilidade legal por acto negligente, erro ou omissão, garantindo o pagamento de indemnizações devidas por danos

patrimoniais e não patrimoniais resultantes de lesões corporais e/ou materiais, em decorrência de reclamações. Sem deixar de lado a responsabilidade penal e administrativa havendo lugar<sup>16</sup>.

Aludem os autores abaixo que as rivalidades de saber, com um valor activo, refletem a presença de distintas formas de poder (Santos 1995), contribuindo para o questionar constante de uma realidade afinal composta de tantas realidades paralelas (Nathan e Stengers 1995), que frequentemente se cruzam e interpenetram. Para Santos (2004:21), a vitalidade cognitiva do Sul global não deixou de ter consequências para o saber científico moderno, obrigando a reconhecer a existência de outros saberes, mesmo quando procura circunscrever a sua relevância, apelidando-os de conhecimentos locais ou de etnociências. Tal facto permite que possa mergulhar no debate que se segue.

## 1.2. ESTADO DA ARTE: DEBATE TEÓRICO

Neste sub-capítulo, analisa-se a revisão teórica sobre o papel das políticas públicas, abordagem das racionalidades versus pluralismo médico, e abordagem antropológica da saúde e da doença com enfoque especial para a análise dos processos de regulamentação das práticas da MTA.

### 1.2.1. **Papel das Políticas Públicas**

Diferentes definições enfatizam o papel da política pública na solução de problemas. Segundo Souza (2006), refere que críticos dessas definições, que superestimam aspectos racionais e procedimentais das políticas públicas, argumentam que elas ignoram a essência da política pública, isto é, o embate em torno de ideias e interesses. Pode-se também acrescentar que, por concentrarem o foco no papel dos governos, essas definições deixam de lado o seu aspecto conflituoso e os limites que cercam as decisões dos governos. Deixam também de fora possibilidades de cooperação que podem ocorrer entre os governos e outras instituições e grupos sociais.

No entanto, as definições de políticas públicas guiam o nosso olhar para o locus onde os embates em torno de interesses, preferências e ideias se desenvolvem, isto é, os governos. Apesar de optar

---

<sup>16</sup> Projecto de Lei.MT. n.º189/CM/2017 REV 1.MISAU.

por abordagens diferentes, as definições de políticas públicas assumem, em geral, uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes e que indivíduos, instituições, interações, ideologia e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa destes factores (Souza 2006: 20).

No tocante a outros campos de estudo, a política pública em geral e a política social em particular são campos multidisciplinares e seu foco está nas explicações sobre a natureza da política pública e seus processos. Por isso, uma teoria geral da política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da antropologia, sociologia, da ciência política e da economia.

As políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, daí que qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade. Tal é também a razão pela qual pesquisadores de tantas disciplinas como a economia, ciência política, sociologia, antropologia, geografia, planeamento, gestão e ciências sociais aplicadas partilham um interesse comum na área e têm contribuído para avanços teóricos e empíricos.

Entretanto, se admitirmos que a política pública como um campo holístico, isto é, uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas, isso tem duas implicações. A primeira é que, como referido acima, a área torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos.

Assim, apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, embora seja formalmente um ramo da ciência política, a ela não se resume, podendo também ser objecto analítico de outras áreas do conhecimento, inclusive da antropologia, ao que parece-me uma possibilidade de uso desta ferramenta conferindo-lhe viabilidade para o tratamento do objecto de estudo proposto. A segunda é que o carácter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários olhares.

De uma forma abrangente, os desdobramentos das abordagens das políticas públicas permitirão compreender como é que os formuladores de políticas públicas desenham-nas e relacionam com as experiências ao nível local.

### 1.2.2. Racionalidades versus Pluralismo Médico

O quadro teórico que orienta a reflexão sobre racionalidades versus antropologia médica, na abordagem do pluralismo médico e no que nos interessa os desafios para integração das práticas da MTA no SNS e intermedialidade, está entendida como espaços contextualizados de medicinas híbridas tendo em conta a realidade sociocultural na contemporaneidade.

Em suas palavras Santos refere que:

A hegemonia intrínseca do paradigma científico presume a legitimidade discursiva acerca dos factos humanos e sociais. E confere a si mesma, assim, o direito de designar todas as formas de conhecimento que não estão circunscritas em seu domínio de acção como “alternativo”, “tradicional”, “étnico” e outras nomenclaturas classificatórias que carregam uma noção implícita de subalternidade, num exercício do poder onde é definida a ordem hierárquica dos diferentes saberes (Santos1998:78).

Assim sendo, as tensões entre as promessas e o impacto real da biomedicina e os pressupostos em que se baseia parecem sugerir que conhecimento e crença não são entidades separadas mas formam um espaço contínuo de contextos e significados, que podem ser (des) construídos.

Não se opõe que a ciência ocidental proporcionou conhecimentos relevantes, inclusive na própria área da medicina, o argumento da necessidade e imposição do conhecimento ocidental como o único, legítimo. No acto da colonização portuguesa, estes cometeram epistemicídios ou seja perpetraram, em nome da visão científica do mundo, contra outros modos de conhecimento, com o conseqüente desperdício e destruição de muita da experiência cognitiva humana (Santos 2005:25).

Assume-se aqui que eles tentaram derrubar a nossa cultura com o projecto de indígenas livres de obscurantismo em nome da ciência ocidental. É preciso portanto observar a história da ciência não somente a partir dos benefícios proporcionados, mas também das suas contrapartidas sobretudo em Moçambique.

Na perspectiva de Meneses (2005), no concernente a Medicina Tradicional alude que o discurso predominante confere à ciência moderna um estatuto hegemónico de conhecimento, reforçado com o estatuto de “saber oficial”, (re) produzido e transmitido através de vários instrumentos. Não obstante, às formas de conhecimento nativas, locais, atribuí-lhe um carácter secundariamente situacional.

Ora, em Moçambique, a procura de uma definição de ‘medicina tradicional’, para além da diversidade e da heterogeneidade das práticas terapêuticas, está inscrita na ordem social resultante do processo de colonização do próprio saber o que constitui estas práticas em objecto e simplesmente a negação do reconhecimento pelo Estado e seus organismos (Meneses 2005:435).

Esta abordagem teve como implicação a criação do “outro”<sup>17</sup> (Batalha 1998), pela sua inclusão no mundo natural e exclusão do mundo civilizado. Deste modo a ideia do etnocentrismo é patente.

Neste sentido, defende o autor supra, a Medicina Tradicional constitui um conjunto heteróclito de práticas e saberes negativamente delimitados. A partir de finais do séc. XIX e durante o período colonial, a medicina tradicionalizada passou a ser considerada essencialmente como não saber, ou como saber superficial e supersticioso e de índole folclórica. Assim, a “medicina tradicional” foi reduzida, às práticas ditas:

a) Obscurantistas e à capacidade de influenciar a sorte de outras pessoas, inclusivamente de provocar o mal, o que iria conduzir a uma desqualificação através de vários mecanismos deste terapeuta. Junod (1952), quase ou mesmo por vezes identificando a personagem do curandeiro à do feiticeiro (Pina 1940).

b) Os seus aspectos folclóricos, aos objectos simbólicos que identificavam os curandeiros esquecendo-se ou oprimindo-se, o seu valor como forma de saber (Polanah 1967:68).

Após uma leitura atenta da abordagem do pluralismo médico, como Muela *et al.* (2006) argumentam no seu capítulo pluralismo médico em África “é regra e não a excepção; e a exploração das intercepções e interações entre diferentes tradições de cura e representações da doença. Estes autores convidam-nos a (re) pensar de modo diferente: a examinar a lógica cultural

---

<sup>17</sup> O termo êmico é utilizado na antropologia para descrever categorias e valores internos próprios às sociedades e grupos em estudo, e tomados segundo a lógica e coerência com que aí se apresentam; o termo tem origem na linguística, mas actualmente é utilizado predominantemente na antropologia. E ético é seu antónimo. *Emic* e *etic* são termos usados em ciências sociais e comportamentos, cunhados pelo linguista Kenneth L. Pike, emprestando-os dos terminais de fonemas e fonética em inglês. Os dois termos são geralmente traduzidos para o italiano com a expressão emo-ética. Na antropologia, o termo *emic* se refere ao ponto de vista dos actores sociais, suas crenças e seus valores. A *ética* refere-se a representação do mesmo fenómeno pelo pesquisador. Disponível em: <https://educalingo.com/pt/dic-it/emico> [Acessado em: 3 de Agosto de 2017].

que articula elementos num processo complexo de procura de saúde, em vez de rejeitar, de forma simplista, a cura tradicional como obstáculo a cuidados médicos efectivos ou a realçar estritamente um conjunto de factores causais que se combinam para produzir um determinado desfecho” (Idem 2006:19).

### 1.2.3. Abordagem Antropológica da Saúde e da Doença

Para a compreensão da teoria que envolve o sujeito e o processo saúde-doença buscou-se os vários teóricos que estudam e dominam os temas da saúde-doença na actualidade e, após selecção da literatura, como forma de nortear a discussão na análise das categorias do estudo.

Na abordagem de (Uchôa e Vidal 1994 *apud* Scheper-hugues e Lock 1987), referem que o dualismo cartesiano entre corpo e espírito seria o precursor imediato das concepções biomédicas contemporâneas de organismo humano e do pensamento materialista radical que caracteriza a biomedicina. Descartes teria legado às ciências naturais e sociais uma concepção mecanicista do corpo e de suas funções que sustenta uma visão reducionista dos fenómenos saúde e doença. A doença é ora vista como um problema físico ou mental, ora como biológico ou psicossocial, mas raramente como fenómeno multidimensional. A fragmentação do objecto gera a fragmentação das abordagens. A descontinuidade entre as diferentes abordagens retarda a apreensão multidimensional do objecto.

A contribuição da antropologia é aqui extremamente importante porque (re) situa nossas premissas básicas no horizonte epistemológico ocidental, tornando possível uma perspectiva crítica frente a nossas verdades mais fundamentais e favorecendo a construção de um novo paradigma para a abordagem da saúde e da doença.

Com o desenvolvimento da corrente interpretativa em antropologia, surge uma nova concepção da relação entre indivíduo e cultura e torna-se possível uma verdadeira integração da dimensão contextual na abordagem dos problemas de saúde. Geertz, que se situa na origem dessa corrente, concebe a cultura como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas acções (Geertz 1989).

Segundo Geertz (Idem), a cultura fornece modelos para a construção das realidades sociais e psicológicas. Para Geertz, a cultura é o contexto no qual os diferentes eventos se tornam

inteligíveis. Essa concepção estabelece ligação entre as formas de pensar e as formas de agir dos indivíduos de um grupo, ou seja, entre os aspectos cognitivos e pragmáticos da vida humana e ressalta a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano. Nessa perspectiva considera-se que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo no campo da saúde, são culturalmente construídas.

Os trabalhos desenvolvidos pelo grupo de Harvard e, em particular, pelos professores Arthur Kleinman e Byron Good, que se situam entre os principais representantes da corrente interpretativa em antropologia médica, fornecem os elementos-chave de um quadro teórico e metodológico para análise dos factores culturais que intervêm no campo da saúde. Esses trabalhos ressaltam a importância de considerar que as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, só nos são acessíveis por meio da mediação cultural; *“a desordem é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pelas famílias”* (Kleinman e Good 1985).

Kleinman (1980), inspirando-se em Geertz (1989), afirma que a cultura fornece modelos de e para os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença. Segundo Kleinman, todas as actividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural. Todo *“sistema de cuidados em saúde”* seria constituído pela interação de três sectores diferentes (profissional, tradicional e popular). Cada sector veiculando crenças e normas de conduta específicas e legitimando diferentes alternativas terapêuticas.

O modelo de análise de redes semânticas (*semantic network analysis*), desenvolvido por Good (1977) Good e DelVecchio Good (1980, 1982), abre o caminho para a compreensão dos diferentes factores que participam da construção de realidades médicas. Esses autores enfatizam a diversidade de modelos que suportam, em uma sociedade, a construção cultural dos problemas de saúde e os esforços terapêuticos para resolvê-los. Eles ressaltam que toda prática terapêutica é eminentemente interpretativa e implica constante trabalho de tradução, de (des) codificação e de negociação entre diferentes sistemas semânticos.

O modelo de análise dos *“sistemas de signos, significados e ações”* elaborado por Corin *et al.* (1989; 1990; 1992<sup>a</sup>; 1992<sup>b</sup>; 1993) se inscreve, em linhas gerais, como um prolongamento dos trabalhos do grupo de Harvard, já descritos. Todavia, permite maior sistematização dos diferentes elementos do contexto (dinâmica social, códigos culturais centrais, conceito de pessoa) que

intervêm efectivamente na identificação do que é problemático, na decisão de tratar ou não um problema e na escolha do terapeuta apropriado.

Embora o modelo de análise dos sistemas de signos, significados e acções tenha sido inicialmente empregado na área da saúde mental, sua contribuição potencial para outras áreas da saúde, parece indiscutível. Muito pouco se conhece sobre sinais e sintomas considerados relevantes por populações específicas ou sobre interpretações culturalmente associadas a um determinado problema e menos ainda se conhece sobre os comportamentos característicos nos quais se traduzem essas percepções e interpretações.

O modelo de análise dos “*sistemas de signos, significados e acções*” visa precisamente ao conhecimento sistemático das maneiras de pensar e de agir de populações junto às quais se quer intervir; ele constitui um instrumento privilegiado para a investigação antropológica das representações e comportamentos predominantes no campo das grandes privilegiando tal ou tal explicação e encorajando certos tipos de reacções e acções (Corin *et al.* 1990).

A proposta metodológica de Corin *et al.* (Idem) é de inverter o procedimento geralmente utilizado nos estudos sobre representações e partir do nível pragmático para remontar ao nível semântico. Os comportamentos concretos de indivíduos servem de ponto de partida para um estudo que tenta identificar as lógicas conceituais subjacentes a esses comportamentos e os diferentes factores que intervêm na concretização destas lógicas em situações particulares (Idem).

A experiência anterior dos autores (Corin *et al.* 1992b) revela que existe grande distância entre os discursos que descrevem uma doença em termos gerais e a maneira pela qual são percebidas e interpretadas as ocorrências concretas dessa doença; daí a escolha de focalizar as acções concretas de indivíduos particulares, frente a problemas específicos, e, por essa via, remontar ao universo de percepções e representações.

### 1.3. Estrutura da dissertação

#### **A dissertação é constituída por seis partes:**

No primeiro capítulo apresentamos a “Contextualização” da presente dissertação, a qual debruça-se sobre os sistemas de saúde, onde buscamos situar e abordar sobre normas, organização e funcionamento dos serviços de saúde e a trajetória da Medicina Tradicional. Adiante aborda-se o “estado da arte” ou seja o debate teórico sobre como se discute a antropologia das políticas públicas, racionalidades versus pluralismo médico e antropologia da saúde e doença.

O segundo capítulo explana aspectos metodológicos para a realização deste estudo, identifica o problema, objecto e os objectivos de estudo, a pergunta de partida, universo de estudo, o itinerário do processo de produção de dados, os instrumentos e procedimentos aplicados.

O terceiro capítulo com o título “ Rupturas e Continuidades sobre Medicina Tradicional em Moçambique mostra os caminhos percorridos para a sua institucionalização, legitimação da AMETRAMO, através do reconhecimento estabelecido pelo Estado.

O quarto capítulo com o título “ Dinâmicas e Processos de Regulamentação da MTA no SNS” apresenta uma discussão teórica sobre as relações que o Estado mantém com os organismos internacionais em um contexto mundialmente conectado. Aponta-se os desafios para a sua regulamentação, reflectindo sobre a urgente tomada de consciência e mudança de viés para a materialização deste projecto e mostrando as nuances daí advenientes.

O quinto capítulo é especificamente reservado aos depoimentos recolhidos durante as entrevistas realizadas aos agentes e instituições ou seja, ao universo de estudo envolvido no processo de regulamentação da MTA que acederam a participar no estudo entrosando-os à luz dos quadros analíticos e conceptuais eleito neste estudo, onde procura-se pontes e caminhos para desenvolver e aprofundar a análise que aqui é enquadrada de forma exploratória entrelaçada com os dados empíricos.

No sexto capítulo e último, seguem as considerações finais em que procurámos sintetizar as ideias sobre as dinâmicas possíveis avenidas que propiciam a regulamentação da Medicina Tradicional e Alternativa no Sistema Nacional de Saúde em Moçambique, que se insere num contexto de mudança conjuntural, político-ideológico com a promoção (in) directa de instituições internacionais que disputam espaço no mercado sociológico de circulação de saberes e paradigmas.

## CAPÍTULO II

### 2. METODOLOGIA

#### 2.1. Aspectos metodológicos:

Neste capítulo apresenta-se a fundamentação metodológica da investigação realizada. Para isso, começa-se por definir o problema, pergunta de partida, objectivos que nortearam a realização desta investigação, itinerário da pesquisa. De seguida, justifica-se a metodologia utilizada e as opções tomadas. Tendo em atenção os objectivos propostos para este estudo, optou-se por realizar uma investigação qualitativa. São ainda enunciados os procedimentos de recolha de dados durante a investigação, e feita a análise dos dados através da interpretação das respostas obtidas, após o respectivo tratamento e tendo sempre como referência o quadro conceptual que o suporta.

##### 2.1.1. Justificativa, problematização e objecto de estudo

A concepção do problema deste estudo resulta da necessidade de contribuir para incrementar o conhecimento científico. É intenção essencialmente explorar as representações sociais que os agentes e instituições envolvidas detêm, de modo que se compreenda as dinâmicas (não) acionadas para regulamentação das práticas da MTA no SNS.

A negação da MT constituir-se numa dimensão social ao reduzi-la, no seu campo de actuação a sua farmacopeia dada a pretensão de ser integrada as suas práticas no SNS. Ao defender a formalização da Medicina Tradicional em função da Medicina Moderna, a primeira é circunscrita a um conjunto de conhecimentos empíricos, plantas medicinais, farmacopeias, técnicas corporais, epidemiologias (Tomé 1979; Marrato,1995; Lambert 1997). O saber do médico tradicional só é válido como complementar à biomedicina; o terapeuta tradicional é visto como aquele que precisa de ser treinado, mas que não participa no treino dos biomédicos (Nordstrom 1991; Cunningham 1995).

Acresce que, nesta conjuntura o estudo ganha pertinência e relevância as investigações que, como esta, se preocupam em desenvolver um foco teórico e metodológico coerente de abordagem ao tema que possa contribuir para a orientação de estudos futuros.

### 2.1.2. Pergunta de partida

Institui-se como questão norteadora: Quais dinâmicas e processos propiciam a elaboração da regulamentação para integração das práticas da Medicina Tradicional e Alternativa no Sistema Nacional de Saúde em Moçambique?

Esta investigação tem em vista contribuir para uma compreensão do universo simbólico dos agentes e instituições envolvidas neste processo, as interações, concepções, experiências, significados socioculturalmente apreendidos, representações sociais sobre saúde-doença, submissão a tratamentos e cuidados tradicionais e alternativos na perspectiva dos reguladores e dos praticantes da MTA tendo por objecto regulamentar as práticas tradicionais e alternativas.

Ademais, o objectivo desta pesquisa concerne mormente antes demonstrar como os fazedores de políticas públicas as formulam e com que linha de orientação e artefactos as mesmas se materializam, e por outro lado, rever de forma crítica as principais linhas teóricas desenvolvidas na Antropologia Médica, tendo como referência numa primeira fase a Inglaterra, os EUA, França e adiante África.

### 2.1.3. Questões de investigação

Ao considerar a interação, os discursos entre os agentes e instituições envolvidas no processo de regulamentação e tendo por base esta realidade foram definidos os objectivos do estudo:

- (I) Captar os discursos, experiências, as interações entre os principais agentes e instituições envolvidas no processo de regulamentação das MTA no SNS em Moçambique.
- (II) Perceber quais os aspectos benéficos e prejudiciais das práticas da MTA, o que é importante que os praticantes da MTA e os profissionais de Medicina Convencional devem aprender entre si, sobre ambas formações médicas.
- (III) Analisar como o contexto legal das práticas da MTA afecta a forma e o campo de atuação da MTA, na área da saúde.
- (IV) Discutir como a (des) articulação, (des) integração a MTA tendo em linha de conta o que os reguladores e praticantes da MTA pretendem ver regulado no SNS em Moçambique.

A hipótese alternativa que gostaria de discutir neste trabalho está centrada no argumento que a regulamentação das práticas da MTA no SNS deve ser pensada em função de uma análise dos factores sócio-culturais e de forma holística.

As práticas da Medicina Tradicional, apesar das repetidas tentativas de epistemicídio, se quisermos assumir, de que estas formas de saber sobre saúde têm sido alvo, tal facto poderá ajudar a explicar a enorme vitalidade e persistência dessas práticas, quer no período colonial, quer nos dias de hoje.

Mas muitos outros aspectos têm de ser explorados. O que será uma medicina alternativa? Alternativa em função de quem e de quem? O que deverá ser considerado conhecimento legítimo? É legítimo na óptica de quem? Para que o saber se transforme em solidariedade que garanta a libertação e a igualdade de cada cultura, é preciso dar a essa cultura, ao “outro”, o estatuto de sujeito.

Para avaliar as percepções dos diferentes intervenientes no processo de regulamentação existentes em relação a integração dos distintos sistemas médicos no SNS presentes foram realizadas entrevistas a agentes e instituições envolvidos na elaboração das políticas públicas de saúde no país (a nível do Estado e de uma ONG) e os praticantes da Medicina Tradicional e Alternativa.

#### **2.1.4. Itinerário da Pesquisa**

Em 2016, após o cumprimento dos requisitos parciais que me habilitavam a progredir e prosseguir ao segundo ano lectivo a frequência no primeiro semestre do ano lectivo de 2017 no âmbito das cadeiras de “Seminário de Pesquisa I e II”<sup>18</sup> orientado para os mestrandos em Antropologia Social, na FLCS/DAA da Universidade Eduardo Mondlane, para identificação de uma temática relevante para pesquisa, formulação do projecto, produção de dados, discussão, análise de dados e por fim a elaboração da dissertação.

O trabalho de campo para este estudo foi realizado em duas fases: a primeira fase realizou-se entre Julho e Agosto de 2017, e a segunda entre Setembro do mesmo ano a Janeiro de 2018.

---

<sup>18</sup> O Seminário de Pesquisa I e II é uma cadeira criada para dar oportunidade aos Mestrandos do MAS para, na elaboração do projecto e na realização do trabalho de campo, testarem os instrumentos teóricos que aprenderam ao longo do semestre.

### **2.1.5. Contextualização da Investigação: local de estudo e participantes**

A investigação qualitativa é um tipo de investigação sistemática, preocupada em analisar os seres humanos e a natureza, enquanto em interação e inseridos em determinado meio ambiente. Envolve uma recolha de dados empíricos que geralmente descrevem o dia-a-dia e os momentos problemáticos da vida dos participantes, que são seleccionados tendo em conta a sua experiência, cultura, convívio social ou um fenómeno específico com interesse (Carpenter e Streubert 2002).

### **2.1.6. Espaços Multisituados: Agentes e Instituições envolvidas**

A etnografia em espaços multisituados surge como resultado das transformações sociais é a capacidade do antropólogo captar e compreender as práticas e os discursos dos sujeitos de pesquisa à partir de múltiplos espaços de observação (Marcus 1995). Entretanto conduzir uma pesquisa em múltiplos espaços é um desafio porque exige do etnógrafo captar as múltiplas informações manifestas nesses espaços, compreendê-las tendo em conta esta multiplicidade espacial (Hammersley e Atkinson 2007).

Primeiramente estabeleceu-se contactos com o MISAU após a recomendação da orientadora do projecto na pessoa da Directora do gabinete jurídico desta instituição do Estado e ao longo das conversas que trocava-se ficou perceptível que a tarefa implicava interagir com diferentes instituições governamentais e não-governamentais e especialmente da AMETRAMO, que de alguma forma, contribuem para a temática eleita como objecto de estudo. Achámos que aquela fosse uma boa porta de entrada para conhecer o meio, os actores, estabelecer e passar alguma credibilidade para as eventuais ‘pessoas-chave’ que viesse a identificar ao longo da ‘missão’. Requereu-se então na segunda fase as credenciais ao departamento a que encontro-me vinculado e encaminhou-se as instituições eleitas, os pedidos de processo de produção de dados (entrevista etnográfica).

### 2.1.7. Realização das entrevistas

As fases de produção e análise de dados realizaram-se com base em entrevistas abertas e em profundidade a cerca de 10 entes (sujeitos pesquisados), cujas idades variam entre os 37 anos aos 82 anos. Na maioria dos casos as pessoas foram entrevistadas separadamente. Primeiramente aos agentes e entidades estatais (MISAU e MJCR) e organizações não governamentais concretamente a OMS, o que permitiu compreender a perspectiva *étic*. Parte das informações aqui apresentadas e discutidas provêm de entrevistas realizadas a membros médicos tradicionais da AMETRAMO, os quais partilharam reflexões sobre as suas práticas e sabedorias, os seus problemas, e inquietações que se mostraram relevantes para captar a perspectiva *émic* dos entrevistados sobre o seu cotidiano profissional.

As entrevistas foram realizadas num ambiente informal, descontraído e sem pressões, procurando sempre deixar os entrevistados responderem à vontade. Bogdan e Biklen (1994) referem a este propósito que as boas entrevistas caracterizam-se pelo facto de os indivíduos estarem à vontade e falarem livremente dos seus pontos de vista.

Cada um destes agentes e instituições detem formas específicas de discursos e modos de operar. Possuem “fórmulas” próprias de abordar e tratar os assuntos, derivadas da sua natureza e do seu carácter que as define como tal. Existem preocupações distintas e mecanismos diferentes de atuação. Uma prática transversal entre estes agentes e instituições é a sua intervenção a nível psicológico.

No local, apenas estavam presentes o entrevistador e o entrevistado a quem se pediu a permissão para gravar a entrevista em áudio. Este procedimento permitiu transcrever na íntegra todo o conteúdo dos discursos e efectuar adequadamente a codificação dos dados recolhidos para uma análise posterior. A duração global de cada entrevista foi variável, de acordo com o tempo que cada entrevistado necessitava para se expressar, oscilando entre 25 e os 45 minutos.

Por outro lado a revisão de literatura que permitiu-me (ad) entrar em contacto com as obras que tratam sobre pluralismo médico, com realce para sistemas de saúde e antropologia das políticas públicas.

### 2.1.8. Acesso ao campo: Como um Neófito

“A entrada em campo é crucial na etnografia, porque um dos seus objectivos centrais como método interpretativo e o estabelecimento de um estatuto participante e uma perspectiva interna” (Corsaro e Molinari 2005).

O acesso aos entrevistados foi relativamente fácil por tratar-se de instituições estatais, porém dada a agenda dos agentes o processo de marcação das entrevistas teve contratempos. A Directora do Gabinete Jurídico do MISAU, pela sua indisponibilidade indicou-me outros funcionários colegas, no curso das conversas seguidamente, referiram-me que podia ter mais detalhes junto do IMT (técnica de bola de neve), e foi então que após concedido a credencial dirigi-me a pessoa responsável embora mais uma vez encontrava-se indisponível e remeteram-me a substituta responsável na matéria de estudo. No entanto ao longo da entrevista foi-me indicando o local onde está sediada a AMETRAMO, por sua vez, assumi que as conversas com os sujeitos pesquisados poderiam realizar-se fora daquele espaço porque os locais onde os praticantes da MT se encontram são, em suas residências.

Refira-se, que a técnica anunciada foi influenciada por esses agentes até a chegada ao bairro do Xipamanine em Maputo-Cidade, distrito Municipal Kanhlamanculu, tendo inicialmente me dirigido ao mercado e seguia perguntando onde se localizava a AMETRAMO, até que mostraram-me a casa de uma *nyanga* de nome Ivone (nome este fictício) que embora eu insistia pacientemente e em observância aos aspectos éticos, perguntei onde se localizava a associação. Dado que a mesma referia-se que melhor era falar com ela e não com as instâncias superiores pois referia que aqueles olhavam para interesses próprios, embora tive o cuidado de referir que o estudo era exclusivamente para fins de estudo e meramente acadêmico.

Perguntei pessoas trausentes nos caminhos do bairro até que lá chegado encontrei uma mulher de nome Marta (nome fictício de 43 anos de idade), que reside ao lado da sede. Granjeei simpatia ao ponto de aconselhar-me e encorajar-me a falar com a vice presidente da AMETRAMO.

Junto a sua companhia encaminhou-me ao círculo do bairro onde submeti a credencial e indicaram-me a residência da presidente da AMETRAMO sendo que recebeu-me carinhosamente conversámos e marcámos um dia para conversarmos, embora os contratempos que foram surgindo ao que se estendeu até finais de Janeiro de 2018.

No segundo encontro dada a relação de proximidade, apresentei-me também como Jurista de formação na graduação explicando a minha motivação e meu interesse em compreender o processo de regulamentação, sendo que durante a conversa a mesma viu oportunidade para tratar por exemplo de assuntos de revisão dos estatutos da AMETRAMO e possíveis vias para financiamento e soluções práticas de reabilitação da infraestrutura da sede da AMETRAMO que pretendia ver resolvido. No entanto, sempre que possível, explicou-se a mesma novamente que a pesquisa tinha propósitos meramente acadêmicos o que pensava-se ter sido facilmente entendido anteriormente.

Assim, por antecedência preparava algumas perguntas para as entrevistas a título de esquema, que incluíssem informações sócio-demográficas, tais como idade, ocupação. Incluiu-se também perguntas abertas, como “ fale da sua experiência profissional”. As mesmas serviam para orientar a conversa dentre outras que serviam de lembrete em caso de necessidade, respeitando a dinâmica da entrevista.

Nas palavras de Sardan (2017) “o esquema de entrevista é mais um “lembrete” pessoal só se consultando em caso de necessidade e permite simplesmente não esquecer os temas importantes respeitando, contudo, a dinâmica própria duma discussão” (Idem 2017:28). No entanto outras perguntas foram surgindo ao longo da entrevista etnográfica.

Referir, que a forma de questionar e o tipo de questões levantadas, os diferentes aspectos associados a regulamentação das práticas da MTA com o fito de integrar no SNS em Moçambique, asseveraram-me finalmente, a plausibilidade e garantia para crer e estar (con) invicto que os meus levantamentos de “campo” já haviam sido exaustivamente e indubitavelmente suficientes para compor a narrativa embasada em uma reflexão crítica em torno dos problemas essenciais que o projecto levantava.

Entretanto o material que se reuniu inicialmente, era relativo as representações sociais, significados, aspectos sócio-culturais sobre saúde-doença, ao que inicialmente previa, após o refinamento continuado do tema da pesquisa, decidimos tomar um novo rumo que consistia em investir mais atenção para a condução do trabalho de pesquisa virado a questão da regulamentação incisivamente e com acutilância dos meandros relativos a opção metodológica procurou-se concentrar na análise dos aspectos contextuais e conjunturais, ao levantamento dos desafios e superação dos constrangimentos.

Tendo em conta a possibilidade de reflectir sobre os enunciados que nos são fornecidos através do olhar antropológico treinado que no decurso da minudência e inteção dos factores que concorrem para a materialização da investigação.

A empatia, a humildade, vontade de aprender a partir das experiências foi se constituindo como um passo importante para o acesso ao campo de pesquisa. Tive oportunidade de conhecer uma *nyanga* que ao explicar que pretendia para além da conversa obter algum suporte visual, vivência dessas práticas da MTA que sustentam o que os demais PMTA relatam, foi possível através da confiança estabelecida, permitiu-me captá-las e pusesse a disposição pública conforme ilustram as imagens abaixo:



**Foto 1:** Imagem “*Tinhlolo*” segundo a participante é um conjunto de ossos, búzios, pedras, moedas, sementes e por vezes dados, que é complementado por dois outros conjuntos de adivinhação, pele queimada de crocodilo, leão e o outro por seis cascas de sementes. Segundo os *tinyanga*. Este é o nosso genuíno estetoscópio, raio X que usamos aqui no nosso hospital para diagnosticar doenças.

**Foto 2:** Imagem consulta pessoal do autor em participação directa na pesquisa. Segundo a *nyanga*, após o lançamento do *tinhlolo* o objectivo que a adivinhação assume no processo terapêutico é triplo: (1) descobrir qual o problema do paciente, seja ele uma doença ou não; (2) descobrir a causa subjacente a esse problema e, se esta for de carácter espiritual, quem a provocou e o que deseja; (3) definir a terapia a ser aplicada.

Como se pode depreender, o quadro de práticas terapêuticas desenvolvidas pelos *tinyanga* é demasiado vasto e diversificado para poder ser exposto nesta dissertação. Limita-se aqui meramente a enunciar as principais fases por que poderá passar um tratamento nomeadamente:

O primeiro passo é o diagnóstico, feito neste caso por adivinhação. O percurso de descoberta é também um processo de diálogo com o paciente, que terá de reagir as informações que lhe são dadas e as perguntas que lhes são feitas, (in) confirmando as linhas de leitura e interpretação do *nyanga* e permitindo dessa forma o progressivo aprofundamento, até o próprio *tinhlolo* se tornar secundário na consulta. Para além dos produtos com potencial terapêutico que são prescritos pelos PMT outras formas de aplicação são a ingestão, inalação, os banhos e a aplicação em incisões na pele (Granjo 2009:577).

#### **2.1.9. Tratamento de dados**

Este sub-capítulo destina-se à apresentação de como foi efectuada a análise e interpretação de dados obtidos. A informação foi organizada de acordo com o Modelo Interactivo de Análise de (Miles e Huberman 1984 *apud* Léssard-hébert *et al.* 1990), e tratada através da análise de conteúdo. A síntese da informação foi agrupada em quatro categorias extraídas das unidades de registo formuladas no guião de entrevistas.

A análise de dados foi feita com base na análise de conteúdo das entrevistas e conversas informais e aprofundadas combinadas com a análise teórica e documental. Neste contexto, os resultados destas três formas de análise foram cruzados com os dados da observação directa e participante e análise documental. Sendo que retomou-se, então a visitar os materiais accionados nomeadamente documentos, relatórios, artigos científicos, planos, legislação, acumulados durante o percurso da elaboração do projecto e outros que fez-se recolha no âmbito da produção de dados.

Em relação à análise de dados, esta teve em conta o contexto em que os entrevistados se situavam e o conteúdo de suas entrevistas. Entende-se que a entrevista acoplada a levantamentos paralelos sobre o contexto social e sobre os conteúdos históricos que informam os indivíduos enquanto sujeitos sociais, numa análise centrada na totalidade do conteúdo, mesmo que utilizando poucos sujeitos, aqui chamados sujeitos genéricos, devidamente contextualizados, tem o poder de representar o grupo no indivíduo (Spink 1998).

A análise dos dados colectados se deu com base no referencial teórico metodológico da teoria das representações sociais baseada no modelo de análise dos “*sistemas de signos, significados e acções*” elaborado por Corin *et al.* (1989; 1990; 1992<sup>a</sup>; 1992<sup>b</sup>; 1993), Moscovici 1978 e Jodelet 2001, e na análise de conteúdo utilizando Spink (1998).

A escrita das notas de campo constitui-se como parte da análise de dados pelo facto desta ser uma representação e descrição sobre o fenómeno em estudo. Este processo foi feito em forma de notas consolidadas, conforme sugere Madden (2010), fazendo descrições sustentadas pelo modelo de análise dos “*sistemas de signos, significados e acções*” que visa precisamente ao conhecimento sistemático das maneiras de pensar e de agir das instituições envolvidos junto às quais se quis intervir; ele constitui-se num instrumento privilegiado para a investigação antropológica das representações e comportamentos (cf. Uchôa e Vidal 1994).

Após a realização e transcrição das entrevistas procedeu-se à análise dos dados recolhidos, de acordo com os principais pressupostos da técnica de análise de conteúdo, com o objectivo de aumentar a nossa percepção e compreensão relativa aos dados recolhidos. Segundo Richardson (1999), a análise de conteúdo é, particularmente, utilizada para estudar material de tipo qualitativo.

Desse modo, deve-se fazer uma primeira leitura para organizar as ideias incluídas para, posteriormente, analisar elementos e regras que as determinam. Pela sua natureza científica, a análise de conteúdo deve ser eficaz, rigorosa e precisa. Trata-se de compreender melhor um discurso, de extrair os momentos mais importantes.

Assim, esta técnica permite a sistematização e explicitação da informação contida nas entrevistas, com o objectivo de elaborar categorias e classificações pertinentes para a construção e interpretação de um campo conceptual. Bardin (1995) salienta que a análise de conteúdo oferece a possibilidade de tratar, de forma metódica, informação e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e complexidade.

Neste processo de categorização tivemos em atenção as regras apontadas por Bardin (Idem): exaustividade - cada categoria estabelecida deve permitir a inclusão de todos os elementos levantados relativos a um determinado tema; exclusividade, nenhum elemento pode ser classificado em mais de uma categoria; adequabilidade ou pertinência - termos abstratos são complexos, terão diversos significados.

Desta forma, a triangulação de dados é uma via importante para a validação de estudos qualitativos. Segundo Newman (2000), a triangulação é a combinação de vários métodos de pesquisa para reduzir lacunas na recolha e análise de dados. Este método é, todavia, uma combinação de revisão de literatura sobre o tema vertido nesta pretensa empreitada, das entrevistas-chave. Ademais, Sardan (2017:47), alude simplificando que a triangulação é o princípio básico de qualquer pesquisa. Seja policial, seja etnográfica, é necessário cruzar as informações! Qualquer informação que provém de uma só pessoa deve ser verificada; é verdadeiro para um álibi como para uma representação ritual (Idem).

#### 2.1.10. Considerações éticas

A ética antropológica realça e enaltece a importância de proteger os informantes de possíveis represálias ou aspectos negativos decorrentes da pesquisa. Neste campo, Caplan (2003) e Gill (2003) apresentam discussões úteis sobre questões éticas na antropologia que também foram importantes neste trabalho como, por exemplo, a importância do anonimato e da honestidade, fiabilidade que adoptamos na recolha e análise de dados.

Embora os entrevistados não tivessem, realmente, a necessidade da ‘autorização formal’ para contar as suas experiências, assinaram o formulário de consenso que revela não terem sido forçados a colaborar na pesquisa. O facto do pretense investigador ser Jurista, permitiu manter um diálogo aberto com os representantes das entidades envolvidas.

Contudo não pretendemos dizer que o estudo não tenha as suas limitações e constrangimentos. Mormente ter a ver com as restrições de fundo associadas com as pesquisas qualitativas em geral. Estudos qualitativos não produzem, necessariamente, soluções para os problemas encontrados no campo, mas como alternativa, oferecem novos desafios que apelam para a consideração dos fazedores de políticas públicas. Na pesquisa qualitativa não existem regras para formular ou interpretar as conclusões, apenas há directrizes de acordo com cada caso específico (Denzin 1998).

Descritos os aspectos procedimentais e metodológicos desenvolvidos ao longo deste sub-capítulo segue-se o capítulo que descreve os caminhos percorridos desde a resistência a sua vitalidade, institucionalização, papel e importância, medicina tradicional e alternativa versus biomedicina.

## CAPÍTULO III

### 3. RUPTURAS E CONTINUIDADES SOBRE MEDICINA TRADICIONAL EM MOÇAMBIQUE

#### 3.1. **Consolidação e Vitalidade da Medicina Tradicional**

As várias tentativas de supressão da Medicina Tradicional, ou pelo menos de delimitação das suas práticas aos sujeitos indígenas considerados, não civilizados, implicaram redimensionamentos da atuação destes praticantes, acções estas que constituem um exemplo da extraordinária capacidade desta medicina em adaptarem-se, no apropriar dos mecanismos criados pelo Estado em benefício dela (Meneses 2000). Este tipo de interferência tem provocado crises periódicas de vulnerabilidade.

Com a implantação do sistema colonial, o Estado português tentaria eliminar estes terapeutas, desclassificando a sua actividade como se tratando de casos de superstição, de magia. (Meneses 2004:95).

Como consequência, e com especial incidência durante os anos 1920 e 1930, vários curandeiros foram presos e condenados ao degredo. Todavia, rapidamente, mercê da ausência de médicos e enfermeiros nos territórios, o Estado colonial aceitou a presença de curandeiros, por não ter alternativa ao sistema de cuidados de saúde presente no terreno:

A medicina indígena tem sido tolerada e deverá continuar a sê-lo, enquanto a assistência médica não puder chegar plenamente a todos os povos do interior [...]. Se a medicina gentílica deve ser tolerada em determinados pontos da Colónia, não será lógico usar do máximo rigor punitivo para os infortúnios clínicos dos *nyangas* não reincidentes. Além disso eles, decerto modo, devem ser considerados pessoas úteis no seu meio social, porque, à falta de melhor medicina, a que exercem não é de todo abominável (Meneses 2004:96).

Fruto da fragilidade do sistema colonial português, os médicos tradicionais vão mesmo solicitar e obter autorização formal por parte do Estado, para actuar como terapeutas em locais onde não existiam praticantes da medicina moderna ou onde a confiança nestes não era grande.

No período imediatamente posterior à independência (anos 70-80), o primeiro movimento dos terapeutas tradicionais em Moçambique que emergiu foi no sentido de obter mais espaço público de atuação. De entre os objectivos solicitados por um grupo de médicos tradicionais à Comissão de reestruturação dos serviços de saúde do governo de transição, referia-se a necessidade de criar uma Escola de Medicina Tropical, para formar mais terapeutas tradicionais. Este pedido foi recusado, já no período pós-independência. Porque as práticas médicas tradicionais resumem-se a conhecimentos empíricos mesclados de obscurantismo. O reconhecimento oficial de uma organização de curandeiros significava a institucionalização do obscurantismo. Isto implicava a prática de medicina privada, que então não era legal.

Porque importava “recuperar o conhecimento, mas não o homem, pois que a atitude deste é obscurantista”, e fruto da pressão exercida por vários praticantes da medicina tradicional junto a órgãos do governo e do partido Frente de Libertação de Moçambique (Frelimo), a Direcção Nacional de Medicina Preventiva (DNMP) no Ministério da Saúde, foi encarregada de criar os instrumentos necessários para se proceder à recolha e pesquisa de plantas utilizadas pelos praticantes de medicina tradicional (Meneses 2004).

Numa altura em que o campo de atuação dos curandeiros era severamente limitado, a recolha de plantas e a discussão sobre a sua utilidade juntamente com o Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional (GEMT) e o Instituto Nacional de Investigação Agrária (INIA) constituíam uma das poucas possibilidades para a continuação da sua prática com um carácter de semi-legalidade.

Embora tivessem esperado maior abertura em relação às suas actividades, “já que o país agora era nosso”, quer os médicos quer os magistrados do período pós-independência, em função da sua educação ocidental e também religiosa e dos objectivos políticos da altura, olhavam a feitiçaria e as práticas dos curandeiros como um fenómeno vergonhoso, que deveria ser abandonado como condição para a construção de um conhecimento novo, livre de misticismo e de obscurantismo.

Se no período colonial ainda algumas formas de actuação dos médicos tradicionais eram permitidas, agora a sua proibição instaurou-se, perseguindo-se todos os que eram considerados curandeiros até mesmo os que curavam pessoas e resolviam casos de feitiçaria. Neste ambiente abertamente hostil, os “terapeutas tradicionais” passaram a ser apelidados de obscurantistas, de detentores de mentalidades retrógradas. (Meneses 2004), sendo punido se não mesmo condenados.

### 3.1.1. Papel e importância da Medicina Tradicional

Impõe-se uma análise do papel do actor privilegiado que é o Estado, árbitro que se atribui um estatuto especial, ao elaborar as regras e, em simultâneo, participar no jogo. Ao estudar quem são os actores autorizados e/ou favorecidos pelo Estado, que saberes são tolerados ou reprimidos, que atuações reconhecidas, ou, mesmo, o que se ignora, é possível obter uma noção mais forte e profunda das lógicas de acção do Estado. Isto implica ir mais longe, requerendo a análise dos campos de força em função do reconhecimento social das diferentes categorias de praticantes de saúde, num jogo complexo entre a concorrência e a complementaridade (Meneses 2004:94).

Para o Estado, hoje, tal como ontem, a delimitação do que é saber e magia, do que é considerado oficial e do que não o é, é feita em função de práticas normalizadas que este mesmo Estado controla. Numa perspectiva de legitimação racional que se impõe como sistema colonial, só quem estudou nos centros formalizados de saber é que está autorizado a praticar medicina. Terá sido esta uma das razões de fundo que levou, no início da década de 1990, muitos dos médicos tradicionais a constituírem-se em associação, a AMETRAMO (Idem).

Os praticantes da MT jogam um papel importante na promoção da saúde com enfoque aos aspectos de complementaridade relevantes dos sistemas convencionais e tradicionais de saúde, dado que deverá se promover respeito profissional mútuo de ambas classes e portanto eles devem estar desde cedo envolvidos e empenhados na elaboração de protocolos de pesquisa.

Outro tanto, os organismos e instituições de investigação deverão envolver os PMT em projectos de pesquisa desde as fases inicial até final. É necessário garantir que os resultados e os lucros resultantes de pesquisa cheguem as comunidades onde os dados foram gerados. Torna-se igualmente imperioso que o governo para além de formular a legislação atinente a matérias de MTA, deverá envidar esforços no sentido de criar mecanismos para reconhecer, assegurar a protecção dos direitos de propriedade de conhecimentos locais, tendo em conta os conhecimentos individuais do PMT<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Resolução n.º 11/2014 de 14 de Abril.

### 3.1.2. Institucionalização da Medicina Tradicional e Alternativa

No que concerne a promoção e desenvolvimento da MT há acções estratégicas a engendrar, percorrer a sua regulamentação, é uma delas, sendo que a Medicina Tradicional e Alternativa no contexto contemporâneo e no mundo, e com particular destaque para Moçambique onde a cobertura da rede sanitária está aquém das necessidades da comunidade em geral, neste âmbito ela é vista como uma solução para a melhoria dos cuidados de saúde primários. Sendo que uma das abordagens dentro da prática da MT é a criação, elaboração de um quadro legal que permita regular todos os aspectos ligados a esta actividade<sup>20</sup>.

Do artigo 2 do Diploma Ministerial n.º 78/92, de 10 de Junho, retira-se que “só os indivíduos com cursos reconhecidos podem prestar assistência domiciliária aos doentes”. Por outro lado o n.º 2 do artigo 5, do mesmo diploma, de forma expressa estabelece que “o diagnóstico e prescrição de medicamentos são da competência exclusiva dos médicos e dos profissionais devidamente autorizados”. Os praticantes da MT, não sendo reconhecidos, como provedores do serviço de saúde estão, assim legalmente, impedidos de fazer diagnóstico, prescrição de medicamentos e prestar assistência sanitária ao domicílio. Neste contexto torna-se necessário legislar a Medicina Tradicional<sup>21</sup>.

Antes de mais, o MISAU criou o Instituto de Medicina Tradicional para promover o conhecimento e o recurso à Medicina Tradicional e Alternativa, melhorar as práticas dos MT, promover os cuidados de saúde primários através desta medicina, legislar e orientar a prática da MTA no País. Não obstante, cabe referir que, a área caracteriza-se ainda por falta de uma legislação específica da prática da Medicina Tradicional que regule o sector, incipiente investigação na área das plantas medicinais e na área sócio-antropológica, dificuldade por parte do pessoal de saúde em colaborar com os PMT, aliada à limitada afiliação dos PMT em associações.

---

<sup>20</sup> Diploma Ministerial n.º 78/92, de 10 de Junho.

<sup>21</sup> Política Nacional da Medicina Tradicional, pág. 10.

### 3.1.3. Legitimação da Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique

No que concerne a AMETRAMO, esta é a primeira associação de terapeutas tradicionais, fundada em 1990 com apoio do MISAU<sup>22</sup>. De imediato se nota que a medicina moderna não está representada nesta associação, embora seja sobre patrocínio do Ministério da Saúde através do GEMT que se opera este sincretismo, o qual tem por objectivo colocar sob seu controle e garantia estes terapeutas.

Um dos objectivos desta Associação é a verificação da capacidade científica dos seus futuros membros, pois que “é necessário encontrar critérios que tornem possível reconhecer os verdadeiros curandeiros de entre os inúmeros charlatães”<sup>23</sup>. A partir do momento em que o candidato a membro satisfaz os requisitos (i.e., demonstra ser capaz de curar com exemplos) passa a poder afirmar que é membro desta Associação e a utilizar o símbolo da mesma no seu receituário.

Na altura da sua criação, reclamar o reconhecimento da Medicina Tradicional significava reforçar a sua legitimidade, a sua força de existência, apelidada pelo Estado de práticas obscurantistas. O que se verifica aqui é uma situação paradoxal: a réplica do papel duplo jogado pelas Faculdades de Medicina e pelo Estado, imitando o trabalho experimental da ciência e o trabalho jurídico do poder. À medida que a legitimidade tradicional estava cada vez mais ameaçada pelos projectos de modernidade do governo, maior era o sentido de necessidade de reconhecimento oficial por parte dos praticantes da medicina tradicional. Hoje, com a liberalização da medicina sob as suas várias formas<sup>24</sup>, diminuiu consideravelmente o número de pessoas que procura afiliar-se nesta Associação.

Vejamos, seria a capacidade do médico tradicional reconhecido a nível da comunidade, de actuar como mediano na resolução de problemas que terá levado, em grande medida, o Estado a tentar controlar estes terapeutas, usando como mecanismo a formação de uma Associação.

A AMETRAMO é, pois, um encontro de vontades centrífugas, simultaneamente uma tentativa de controlo por parte do Estado, e mesmo de alguns partidos políticos é um espaço de reivindicação

---

<sup>22</sup> Idem.

<sup>23</sup> Estatutos da AMETRAMO (1991).

<sup>24</sup> A liberalização da medicina privada (i.e., quer da biomedicina, quer da etnomedicina) ocorre em 1991.

plural dos médicos tradicionais. Neste sentido, para os *tinyanga*<sup>25</sup>, a Associação é imprescindível como espaço de legitimação racional, ao sentir o risco constante presente na sua área de atuação profissional, reprimida por um Estado que defende e promove a biomedicina, discriminando a Medicina Tradicional.

Os seus dirigentes da AMETRAMO, através dos formalismos burocrático-legais (emissão de cartões e diplomas) “reconhecemos verdadeiros curandeiros”, separando - os dos charlatães.

Tal como defendemos seus estatutos, a AMETRAMO pretende estender o método de certificação e a fiscalização dos médicos tradicionais ao nível do país inteiro, para que possam trabalhar com mais segurança, participando na luta pela melhoria da saúde do povo moçambicano.

Conforme a AMETRAMO tem vindo a declarar repetidas vezes, “gostaríamos de trabalhar mais estreitamente com o Gabinete de Estudos da Medicina Tradicional do Ministério da Saúde, no Instituto Nacional de Saúde, bem como com outras instituições que se dediquem a actividade de prevenção e cura de doenças”<sup>26</sup>.

No final da década de 80,e com a introdução das políticas neoliberais, a abertura em relação à medicina tradicional alargou-se até que, em 1991, foi liberalizada a prática de toda a medicina privada. Isto tornou possível constituição da AMETRAMO (Idem 2004:98).

---

<sup>25</sup> Plural de curandeiro (cf. Desrosieres 2011).

<sup>26</sup> Extrato de uma mensagem da Direcção da AMETRAMO, por altura da comemoração do segundo aniversário da celebração da escritura jurídica da Associação (0 1 de Setembro de 2000) *apud* (Meneses 2004:99).

### 3.1.4. Medicina Tradicional e Alternativa versus Biomedicina.

Revisitando a problematização, a questão permanece: será que a medicina tradicional é realmente alternativa à biomedicina? Todo o quadro desenhado até agora leva a sugerir que, no fundo, a luta da biomedicina por um enquadramento reducionista da medicina tradicional apenas no sentido restrito dos remédios e técnicas de saúde, bem como a resistência da biomedicina em aceitar o amplo espectro de eficácia da medicina tradicional é o reconhecimento da força desta outra medicina, apelidada, por oposição, de tradicional (Meneses 2004).

O enfoque principal da interpretação consiste em demonstrar que a modernidade não acabou e que ela não cessa de amplificar o ruído do tradicional. Se o tratamento da doença passa necessariamente pela eficácia terapêutica de procedimentos simbólicos e interpretativos, outras formas de intervenção garantem-lhe uma maior amplitude (Idem).

Neste sentido, o médico tradicional assegura o desenvolvimento, instalando-se no seio de uma modernidade que, pelas suas aspirações e estratégias individuais, tenta romper com as lógicas anteriores. É por isso que a medicina tradicional continua atraindo não apenas pacientes de zonas rurais, nem apenas pessoas provenientes de camadas economicamente mais desfavorecidas; outrossim, assiste-se cada vez mais a problemas e expectativas de pacientes oriundos do meio urbano, em busca de tratamento, de protecção, de sucesso, de algo que todos crêem ser possível e praticável. Pode-se, pois, legitimamente falar de uma forma de saber e de poder contra-hegemónico, onde esta medicina representa as dinâmicas e os pólos de poder utilizados localmente.

Para responder à questão de início será que a medicina tradicional é uma alternativa à biomedicina? Meneses (Idem) entende ter conseguido demonstrar que é a capacidade de se apoderar da modernidade e de a modificar consoante as suas necessidades que faz acreditar na força deste campo de saber. A alternativa não reside nos conhecimentos dos outros, classificados de complementares, mas numa complexa relação entre diferentes conhecimentos, todos eles legítimos na perspectiva de quem a eles recorre e os consagra como forma de poder.

A intermedicina é, portanto, sinónimo de uma miríade de medicinas, umas preferidas a nível da família, outras da comunidade, outras do trabalho e outras ainda no espaço público da cidadania, o que lhe consagra um carácter emancipatório (Idem).

Acrescenta ainda que o reconhecimento da AMETRAMO por parte do Estado, através da sua legalização, não se traduzirá afinal na tentativa vã de imposição de uma versão de modernidade exógena à que se desenvolve no terreno? No que concerne aos poderes públicos, nacionais e internacionais a aposta política parece ir no sentido de valorizar e pseudo-legitimar a medicina tradicional, negando porém a dimensão social desta medicina, ao reduzi-la, no seu campo de atuação, à sua farmacopeia, aceitando-a apenas devido à sua implantação no terreno (Idem).

As constantes tentativas por parte do Estado de promover e valorizar a medicina tradicional como complementaridade alternativa à biomedicina, desembocam num outro pólo de tensão e conflitos, fruto dos esforços para controlar politicamente as comunidades onde este conhecimento é produzido. Todavia, o reconhecimento da complexidade, da fluidez, e da ambiguidade dos meandros que compõem o campo social da medicina tradicional torna esta tentativa de controlo bastante difícil, senão mesmo impossível de alcançar.

Ao normalizar estes processos, e, cristalizar o conhecimento sob formas escritas, repetidas e pouco inovadoras, não se estará a pôr em causa a ambiguidade tão essencial à dinâmica de transformação e apropriação criativa da modernidade pela medicina tradicional?

Meneses (Idem), refere que o carácter emancipatório da inter-medicinidade deriva do seu estatuto em construção, pelo qual a medicina tradicional experimenta uma travessia conturbada no processo de produção de uma outra modernidade.

A constelação de saberes distintos que se vão constituindo entre as várias realidades terapêuticas possibilita um reforço da sua atuação e da sua legitimidade e, em simultâneo, um maior controlo mútuo. Este mosaico de conhecimentos heterogéneos emerge, assim, com o garante da permanência de um diálogo aberto e em construção, como forma de exercício democrático de saber/poder, o que lhe atribuía sua qualidade emancipatória. Daí a necessidade de a partir das formas de resistência locais, apresentar os distintos atores e os seus universos de luta, construir ligações entre estes atores, mobilizando-os e apoiando as suas campanhas por uma inclusão cada vez mais igualitária na diversidade de saberes, pela conquista de mais espaço de atuação, pela possibilidade do alargar dos campos de saber partilhados. Tal unidade assente na diferença constituirá um dos pilares na elaboração de uma nova perspectiva global contra-hegemónica (Idem:106).

## CAPÍTULO IV

### 4. DINÂMICAS E PROCESSOS DE REGULAMENTAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL E ALTERNATIVA NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Analisa-se nesta parte, as influências que particularmente a OMS exerce no processo de elaboração das políticas públicas nacionais, bem como os poderes simbólicos e administrativos exercidos por essas instituições para ampliar o monitoramento reflexivo tanto sobre as populações adstritas ao território do Estado quanto sobre o mundo, no caso dos organismos internacionais. Por outro lado aborda a (des) necessidade da integração, estratégias, desafios para integração.

#### 4.1. **Integração da Medicina Tradicional no Sistema Nacional de Saúde**

Antes de mais, a integração<sup>27</sup> significa ir além de encontrar uma posição agregada ou um meio-termo em que os dois sistemas de conhecimento entrarão em um diálogo histórico. Ele apresenta a crítica e análise do poder e do conhecimento da hegemonia dos conhecimentos gerais em termos de seus efeitos silenciadores, prestando atenção à sua natureza, potenciais, omissões e consequências (Odora 2002).

A integração da Medicina Tradicional no SNS inclui as práticas e os medicamentos tradicionais. Muitos produtos da medicina tradicional têm base na biodiversidade local. Os médicos tradicionais usam os seus conhecimentos para formular várias receitas para o controle das doenças prevalentes dentro das suas comunidades. Torna-se por isso que o governo promova um diálogo permanente de forma a assegurar a implementação de instrumentos internacionais para identificação de elementos essenciais para o registo do conhecimento da medicina tradicional, com vista a garantir a sua protecção.

Torna-se igualmente imperioso que o governo formule leis de protecção de direitos da protecção de direitos da propriedade de conhecimentos de medicina tradicionais tendo em conta os

---

<sup>27</sup> A integração dos sistemas conhecedores é a necessidade de explorar mais profundamente a interface entre epistemologia, diversidade e democracia e explorar o potencial de troca verdadeira e o que Houtondji se refere como a valorização recíproca entre sistemas de conhecimento. *Idem* (2002).

conhecimentos individuais dos praticantes da medicina tradicional ou das comunidades com vista a assegurar a equidade na partilha de benefícios ou procedimentos resultantes da utilização comercial de produtos baseados nos conhecimentos desta medicina. É importante também que as leis sobre a proteção da biodiversidade considerem o facto de que muitas plantas medicinais ocorrem em zonas ecológicas que abarcam outros países<sup>28</sup>.

#### 4.1.1. Discurso e estratégias da OMS para a integração da Medicina Tradicional

Tendo como objectivo incentivar os países membros a integrar a Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) aos sistemas sanitários nacionais, através da criação de políticas nacionais que regulem o seu uso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2002 o documento “Estratégia da OMS sobre a Medicina Tradicional 2002-2005” e mais adiante Estratégia da OMS sobre a Medicina Tradicional 2014-2023. Por Medicina Tradicional, a OMS entende que são:

“As práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades” (OMS 2002:7).

Para a OMS as medicinas tradicionais se transformam em medicina complementar e alternativa quando as mesmas são integradas no sistema sanitário oficial. Aos olhos da OMS, a ampla disponibilidade; o custo relativamente pequeno e o baixo nível de inserção tecnológica fazem das MT/MCA recursos com grande potencial econômico que devem ser explorados, de modo a aumentar o acesso de pacientes e consumidores a diferentes tipos de atenção sanitária.

A OMS, em seu discurso biomedicamente orientado, acredita que as MT/MCA estão fortemente influenciadas por contextos culturais e históricos, o que se constitui em um obstáculo à sua integração nos sistemas formais de saúde, na medida em que não possuem validação científica; ao contrário da medicina alopática, que detém um enfoque científico estando livre de valores e de

---

<sup>28</sup> Ainda segundo esta resolução a integração da Medicina Tradicional, esta é tida como o aumento da cobertura dos cuidados de saúde, promoção da colaboração e comunicação, harmonização e estabelecimento de parcerias entre o sistema de medicina tradicional e o convencional. Resolução n.º 11/2004 de 14 de Abril, Série n.º 15, pág. 132-133.

influências culturais (OMS 2002:4). Por isso, a OMS recomenda que sejam realizadas pesquisas, baseadas em evidências, de modo a respaldar cientificamente as medicinas tradicionais como fonte legítima e regulada de cuidados em saúde.

A criação de mecanismos que permitam o desenvolvimento da cooperação entre os serviços de saúde biomédicos e a MT/MCA é incentivada, a fim de aumentar possibilidades de escolha por parte dos pacientes/utentes e ampliar o acesso equitativo às mesmas. A ideia vigente é a de que, através do trabalho com os especialistas da medicina tradicional, “pode-se facilitar a disseminação eficaz de mensagens sanitárias importantes entre as comunidades, além de fomentar a prática segura da medicina tradicional” (Idem: 28).

A política voltada para a integração da medicina tradicional se constitui num discurso normativo que, ao incentivar o “uso racional” de produtos e práticas das MT/MCA, busca controlar os conhecimentos, as práticas e os praticantes das medicinas tradicionais, transformando-os em produtos do mercado da saúde.

#### 4.1.2. Desafios para regulamentação da Medicina Tradicional e Alternativa no SNS

Como forma de enfrentar os desafios para regulamentação<sup>29</sup> da MTA no SNS em África no séc XXI<sup>30</sup> haverá que se ter em linha de conta que se não houver uma mudança de atitude por parte dos fazedores de políticas públicas e investigadores moçambicanos, nesta nova década da MTA em Moçambique que vai até 2020, será um fracasso como foi a primeira, porque:

- ✓ Até ao momento os estudos científicos realizados são uma abordagem que tenta forçosamente enquadrar a MTA nos preceitos da MC alopática. Estes estudos dirigem-se mais sobre as práticas de uso das plantas medicinais, e a relação com saberes médicos tradicionais e modernos. Sendo minimamente explorada como objecto de pesquisa. Sob o ponto de vista científico, a MTA é interdisciplinar e envolve a biologia, farmacologia, química, bioquímica, biomedicina, justiça e religião, reduzindo deste modo, a complexidade de saberes tradicionais a uma lista de áreas científicas, através da compartimentação e da produção de conhecimento científico;
- ✓ Promover a legitimação legal desta medicina de modo a ocupar o seu lugar oficial nos sistemas nacionais de saúde nos países em que ela seja obrigatória;
- ✓ Reivindicar que as práticas e os medicamentos convencionais resultantes de estudos com base em conhecimentos tradicionais, façam parte das suas farmacopeias, e os médicos tradicionais sejam autorizados a fazer a sua prescrição;
- ✓ Fazer uso de recursos científicos e tecnológicos disponíveis para atingir o nível académico ultrapassando todos os limites de analfabetismo, ressentimentos e medos dos seus praticantes;
- ✓ Fomentar a criação e financiamento de Institutos de investigação em MTA, industrialização e mercado como os medicamentos da medicina oficial;
- ✓ Os médicos tradicionais devem beneficiar-se de condições de trabalho e salários justos, pois pelas estatísticas elas cobrem mais a rede sanitária do que a medicina convencional;

---

<sup>29</sup> Regulamentar significa disciplinar e colocar essas práticas, praticantes e produtos, sob a supervisão directa do Estado. Dessa forma, a validação científica está para as terapêuticas e produtos das medicinas tradicionais, assim como a qualificação, o credenciamento e o licenciamento estão para os seus praticantes.

<sup>30</sup> Disponível em: <https://2012congressomz.files.wordpress.com/2013/08/t09c01.pdf>. [Acessado em: 17 de Janeiro de 2017].

- ✓ Os médicos tradicionais devem beneficiar-se legalmente de direitos da propriedade dos seus conhecimentos tradicionais;
- ✓ Estabelecimento de parâmetros de segurança, qualidade e eficácia

Nessa perspectiva, os desafios lançados devem ser objecto de criação de meios que viabilizem através de políticas públicas, meios de garantia de que a MTA o seu devido reconhecimento e daqueles que dela utilizam para cura de várias doenças e males.

#### 4.1.3. Organização Mundial da Saúde e as implicações do desenvolvimento

A OMS, ao publicar o documento Estratégias sobre a Medicina Tradicional 2002-2005, tem como objectivo estimular os Estados nacionais e membros a regular, disciplinar e controlar as medicinas tradicionais, integrando-as aos seus sistemas de saúde oficiais. O discurso aqui veiculado é uma forma de exercício do poder biomédico<sup>31</sup> que informa dos organismos internacionais sobre a medicina tradicional (Green 1998). Neste contexto discursivo, a medicina científica (biomedicina) torna-se um instrumento do desenvolvimento econômico dos países pobres, além de se constituir na instância capaz de validar a MTA de modo a regulamentá-la e torná-la universal, seja como objecto de políticas nacionais, seja como produto e serviço a ser disponibilizado no mercado mundial.

O interesse médico sobre as medicinas tradicionais se ampliou como uma possibilidade de desenvolvimento dos países pobres durante a década de 70. Com o reconhecimento de que a biomedicina não é o único sistema médico viável e com a pluralidade dos sistemas terapêuticos, instaurou-se a possibilidade de exploração da MTA como cuidado alternativo de saúde. A partir desse momento, a ideia de integração ou colaboração entre a MTA e a biomedicina passou a ser fomentada. Se por um lado, a colaboração pode ser entendida como uma maneira de legitimar

---

<sup>31</sup> Para os fins desta dissertação, entende-se o poder biomédico como uma das faces do poder simbólico-administrativo exercido pelos Estados e pelos organismos internacionais. Green (Idem) estabelece uma diferença entre recursos biomédicos - serviços, produtos, biotecnologias; medicina biomédica, enquanto medicina científica-ocidental sustentada sobre o paradigma biológico; e influência política internacional biomedicamente orientada (política de saúde, organização e pesquisa) entendida aqui como poder biomédico. Enquanto o acesso à primeira pode ser limitado devido ao seu alto custo (caso dos países sul-americanos), a última continua em expansão (Idem).

práticas das medicinas tradicionais e utilizá-las para ampliar a cobertura da atenção primária nos países em desenvolvimento; por outro, sob a ideia de colaboração, existem interesses econômicos do desenvolvimento médico<sup>32</sup>, na medida em que elas se apresentam como alternativas terapêuticas de baixo custo.

A OMS, ao auto-delegar-se o papel de autoridade dirigente e coordenadora dos esforços para unir as etnomedicinas aos sistemas sanitários nacionais, recomenda que as medicinas tradicionais sejam sujeitas a uma minuciosa avaliação científica, visando o aprimoramento desses recursos terapêuticos de forma a atender aos requisitos da segurança, eficácia e qualidade dos seus produtos e de suas práticas preconizados pelos sistemas oficial de saúde.

Esse esforço de cientificizar a etnomedicina desloca conhecimentos e práticas dos seus contextos de origem, transformando-os em produtos e serviços que passam a integrar outros contextos criados pelas políticas oficiais e pelo mercado da saúde.

O aumento das possibilidades de escolhas entre os produtos terapêuticos disponíveis no mercado é um dos resultados desse empreendimento (Frankenberg 1980). De tal maneira que as políticas oficiais têm, sistematicamente, descontextualizado os conhecimentos, as práticas e os praticantes das medicinas tradicionais. Sendo assim, torna-se um desafio construir programas governamentais que entendam as medicinas tradicionais indígenas como contextos locais, reconhecendo as mesmas como sistemas de cuidados de saúde que podem beneficiar, antes de mais nada, a própria população que opera com determinada tradição médica. Outro tanto a OMS, ao ter publicado o documento Estratégias sobre a Medicina Tradicional 2014-2023 trouxe mais alento a primeira estratégia.

O conceito de “colaboração”, do ponto de vista do desenvolvimento, expressa a ressurgência da oposição entre progresso cultural representado pela ciência, pelos Estados desenvolvidos e pela

---

<sup>32</sup> “Em 1978 a WHO declarou a política da ‘Saúde para todos antes do ano 2000’”, citando a necessidade para o acesso mundial a um sistema de cuidados em saúde primário (Bryant 1980). Implícita nesta política está a asserção de que o macrossistema do cuidado em saúde primário seria fornecido sobre a supervisão da burocracia biomédica. Debaxo dessa política, o avanço do desenvolvimento médico seria organizado, dirigido, regulado e controlado por uma sistematização (internacional e nacional) extensiva dos recursos de cuidado em saúde em países em desenvolvimento com a OMS como superintendente definitivo” (Green 1998).

cultura ocidental, em oposição às culturas estáticas, representadas pela tradição, pelas nações subdesenvolvidas e pelas culturas indígenas. Aqui, a MTA é compreendida como um conjunto de práticas estáticas e passivas que se perpetuam desde tempos imemoriais e que, portanto, estão arraigadas a credences populares.

Além de ter como função a identificação das práticas úteis, a ciência médica também deve contribuir para aprimorar os recursos terapêuticos da MTA de forma a integrá-los aos sistemas de cuidados primários de saúde, depurando-os de seus aspectos culturais. Esse esforço para cientificizar as medicinas tradicionais está impregnado pela ideia ocidental hegemônica de explorar os potenciais que elas encerram, mesmo quando ele se apresenta sob o rótulo da “colaboração”. Nesse sentido, a cooperação entre a biomedicina e a MTA está informada por diferentes interesses que, ao subordinar as medicinas tradicionais à racionalidade científica, encerram a pretensão de universalizá-las.

A relação entre MTA e medicina moderna, como aparece nos discursos oficiais, coloca a ciência biomédica numa posição hierárquica superior, estabelecendo-a como o agente que detém o poder da mudança para ativar e aprimorar os recursos terapêuticos passivos e estáticos da MTA. Na visão desenvolvimentista, as medicinas tradicionais estão destituídas de agência, cabendo à biomedicina ativá-las. Dessa forma, para cooperar com os sistemas de saúde nacionais, a MTA precisa primeiramente ser atualizada e aprimorada, ou seja, transformada (Green 1998).

Ideias de desenvolvimento sobre a integração das etnomedicinas estão imersas em um pântano de construções ocidentais que apagam a agência social dos praticantes das etnomedicinas. A habilidade para realizar mudanças sociais, culturais, enfim médicas. A manutenção de sua ideologia que define o estático como a contraparte negativa do progresso.

Segundo Green:

Essa ideologia, por sua vez, valoriza o desenvolvimento como o único representante do progresso em si mesmo. [...] Embora a etnomedicina esteja, em certa medida, legitimada como um recurso médico útil e alternativo, isso é somente na extensão que ela é manipulada pelo governo, pela economia da pesquisa biomédica científica ocidental e pela comunidade política de saúde. A etnomedicina é útil ao desenvolvimento somente na medida em que ela é cientificizada por intermédio de meios biomedicamente validados (Idem).

As políticas da tradição têm, sistematicamente, descontextualizado os conhecimentos, as práticas e os praticantes da MTA. Dificilmente a visão desenvolvimentista perceberá as práticas da medicina tradicional como instituições socioculturais. A tentativa, por exemplo, de avaliar as medicinas tradicionais indígenas, que são sistemas médicos xamânicos, nos termos objectivos da medicina baseada em evidências, descontextualiza e fragmenta o xamanismo ao reduzi-lo a uma prática terapêutica e não dar conta dos múltiplos papéis desempenhados pelos xamãs nas sociedades indígenas.

As mensagens e recomendações contidas nas estratégias e políticas são os operadores lógicos que prescrevem sobre a sociedade, contribuindo para alimentar, (in) consciente, o repertório de noções, (re) significações, conceitos e (pre) conceitos que povoam o imaginário social moçambicano sobre a regulamentação da MTA no SNS.

Após ter terminado este subcapítulo apresentar-se-á a análise de dados da pesquisa realizada entre agentes e instituições envolvidas.

## CAPÍTULO V

### 5. DISCURSOS E REPRESENTAÇÕES DOS REGULADORES E DOS PRATICANTES DA MEDICINA TRADICIONAL E ALTERNATIVA

A dicotomia oficial/não oficial é definida pelo Estado, sendo este quem restabelece pelo direito, no seio da multiplicidade do pluralismo terapêutico, presente em Moçambique uma distinção mais ou menos explícita entre o que é legal e o que é ilícito, senão mesmo ilegal. No caso da medicina tudo o que é reconhecido como medicina oficial é alvo de apoio por parte do Estado. Toda medicina que não é reconhecida como “estatal”, é tolerada, mas continua sendo mais frequentemente ignorada, porque pouco permeável a imposições e controle por parte da biomedicina (Meneses 2005:430).

#### 5.1. Perspectiva *etic* dos reguladores versus perspectiva *emic* dos praticantes da MTA

Os dados analisados neste capítulo referem-se aos discursos recolhidos durante as entrevistas realizadas aos agentes e instituições envolvidas no processo de integração da MTA que acederam a participar no estudo.

A reflexão sobre essas narrativas é analisada com base na noção de “jogos de poder” e “interação” tomando em conta a ideia de violência como disputa de espaço de poder na perspectiva de Foucault (1999) defende que a violência “*se produz na dinâmica dos jogos de poder e se mostra cada vez mais difusa na sociedade, envolvendo cada vez mais um número maior de pessoas, estruturando-se cada vez mais em terrenos incertos da vida social e transitando entre fronteiras do legal e ilegal, lícito e ilícito, formal e informal, ampliando a gravidade de dramas sociais como a exclusão social*”

Para iniciar, apresento de forma cruzada os discursos (oficiais estatal e não oficiais não estatal), permitindo que haja diálogo. Estes relatos mostram como as interações se constroem, as imagens e percepções sobre violência no universo simbólico dos agentes envolvidos, como se processam em uma campo de acusação entre a medicina convencional classificada como ciência, oficial e medicina tradicional tida como fruto de superstição e desprovida de evidência científica.

### 5.1.1. A Medicina Tradicional “É baseada em produtos naturais”

Através das entrevistas realizadas aos participantes deste estudo conseguimos extrair informação importante que nos permitiu perceber o nível de (des) conhecimento assim como o posicionamento destes profissionais relativamente a esta nova abordagem da saúde proposta pela corrente holística. Assim, constatámos que o conhecimento dos entrevistados sobre a MTA diverge de acordo com a formação académica ou experiência de vida, profissional que lhe subjaz.

Dentro desta lógica, verificámos que o conhecimento sobre MTA chegou a estes profissionais de diversas formas tais como formação académica, via estudo ou leituras sobre a temática, conversas entre colegas, familiares, médico/utente ou ainda porque em alguns episódios da vida foram confrontados com a necessidade de recorrer a este tipo de práticas para complementar e/ou substituir tratamentos já iniciados pela medicina dominante a dita oficial. O ser humano durante a sua vida vivencia diversas experiências na área da saúde e cria perceções ou representações sobre a saúde, a doença e os cuidados de saúde. Estas perceções são influenciadas pelos processos histórico-culturais e simultaneamente influenciam a tomada de decisão e orientam comportamentos. Procurámos com este tema analisar as perceções dos entrevistados sobre a medicina convencional versus medicina tradicional e alternativa. As seguintes passagens discursivas corroboram isso mesmo:

*“Tive conhecimento sobre a MTA através de leituras efetuadas sobre a matéria. Tive necessidade de recorrer a um tratamento complementar devido a um problema de saúde de difícil resolução”* (Médica-funcionária do HCM, Outubro 2017).

*“É um assunto que tem vindo a ser muito discutido nos últimos anos e por vezes até são mencionadas pelos utentes nas minhas consultas”* (Médico Generalista AMM, Novembro 2017).

Em relação às entrevistas podemos inferir que, a Medicina Convencional, está em oposição à definição dada pelos entrevistados relativamente a medicina tradicional é referida a falta de estudos que comprovem a eficácia da MTA como garantia da sua cientificidade. Os seguintes excertos de entrevistas constituem exemplo desta condicionante:

*“Tem a ver com os antepassados, baseia-se em produtos naturais e técnicas naturais que não são comprovadas como na convencional, para os praticantes deste tipo de medicina o saber empírico dos antepassados é muito importante”* (Psicóloga-funcionária do IMT, Novembro 2017).

*“A medicina tradicional faz parte dos métodos que não são cientificamente provados embora os outros também não tenham acesso à parte do cientificamente provado, em que no fundo acredito neles mas sem ser só uma questão de crença”* (Médica-funcionária no HCM, Outubro 2017).

Da análise dos discursos abaixo verificámos que em ambos existe tendência para associar a medicina convencional à cientificidade. Ao longo das entrevistas, manifestaram a associação da medicina convencional ao conhecimento científico, isto é, à prática baseada em estudos comprovados e testada de acordo com princípios científicos:

*“Para mim a medicina convencional é a medicina praticada pelos médicos, baseada em estudos científicos e também comprovados que têm conclusões e que resulta num conhecimento mais ou menos aprofundado do corpo humano”* (Jurista-funcionária do MJCR, Novembro 2017).

*“Eu acho que a medicina ocidental é a medicina que é baseada no modelo científico, o que significa que tem sido testada de acordo com os princípios científicos de validade, credibilidade e fiabilidade. Os resultados podem ser replicados com outras pessoas e em alturas diferentes, isto é, se eu tomar um paracetamol hoje, este vai funcionar da mesma maneira amanhã e se resulta comigo também vai resultar contigo, é válida no sentido em que aborda o problema que eu tinha, que era uma dor de cabeça ”* (Jurista-funcionário do MISAU, Novembro 2017).

Ambos os discursos evidenciam uma percepção dominante de que o método científico está na base da formação e prática da medicina convencional. A aplicação do conhecimento científico parece resultar de uma concepção do ser humano centrada no seu funcionamento biológico.

Estas percepções resultam do facto de a medicina convencional sustentar a sua legitimidade enquanto prática convencional precisamente no conhecimento científico especializado. Como salienta Queiroz (2000), a medicina convencional assenta num paradigma científico apoiado numa consistência lógica e epistemológica. Acrescenta, ainda, que este paradigma deve basear-se na adaptação à comunidade científica e à sociedade, tendo em conta os seus interesses sociais e culturais. No entanto, esta parece ser uma dimensão da medicina convencional que não se encontra nos discursos dos entrevistados.

A análise da informação possibilitou constatar que tem uma concepção do conceito da MTA está genericamente presente nos entrevistados, isto é, apresentam uma noção do conceito muito próxima da conceitual. Apesar de alguns participantes não estarem diretamente ligados a estas práticas conseguem defini-las. A base de suporte deste dado tem a sua origem nas passagens discursivas que se seguem:

*“São tratamentos na base de naturais, ervanários, recorrendo a produtos naturais ou terapias não convencionais. São um complemento à medicina convencional. Penso que é uma medicina que complementa e que, por vezes, serve de alternativa para a medicina dita convencional. Passa também por outras formas de encarar a medicina oficial e os problemas de vária dimensão, bem como formas diferentes de os resolver, curar. Conheço e procuro tratamento alternativo porque ajuda a ultrapassar vários dos problemas de saúde”*(Médica-funcionária da OMS, Novembro 2017).

*“O termo integração da MTA no SNS remete-me para necessidade de parceria junto à medicina convencional que emana do ocidente, uma vez que no oriente é precisamente ao contrário e a MTA são a base do tratamento e da prevenção das doenças. Conheço a acupuntura, a massagem de relaxamento. Trata-se de um conjunto de tratamentos alternativos à medicina convencional que criam benefícios à saúde de forma natural, ou seja, prescindem do uso de fármacos, produtos químicos”* (Psicóloga-funcionária do IMT, Novembro 2017).

Embora o conhecimento da MTA pelos entrevistados seja consciente e limitada, este não é transversal ao universo de estudo. Aludem que “existe pouca informação partilhada, tanto vinda dos médicos convencionais como dos utentes e ainda são pouco recomendadas pelos médicos.”

A escassez de informação e o desconhecimento traduz-se na maior partes dos casos numa atitude de retraimento por parte de alguns dos médicos convencionais limitando o direito de liberdade, opção de escolha dos seus utentes.

*“Os médicos convencionais que os assistem não demonstram colaboração. Em casos mais graves dizem aos utentes, que se consultarem médicos não convencionais deixaram de os seguir. Casos há em que os utentes fazem tratamento em simultâneo”* (Médico Generalista AMM, Novembro 2017).

Este posicionamento fomenta o estigma e a passividade que se reflete em comportamentos de resistência por parte da comunidade médica fruto de uma ideia de supremacia da classe e médica, sendo comum que o receio por parte dos utentes em optarem pela MTA sem o consentimento dos médicos oficiais por outras abordagens de cura. Esta ideia encontra-se patente nas passagens discursivas que se seguem:

*“Por exemplo: as gestantes não partilham informações desta natureza porque ainda não há abertura sobre estes assuntos e a procura a essas alternativas na MTA, muitas vezes pensam duas vezes antes de o fazer, porque sabem que nem todos os médicos aceitam e compreendem os pacientes”* (Médico Generalista AMM, Novembro 2017).

*“Os utentes ocultam as consultas e tratamentos que fazem na MTA, pois têm algum receio (e muitas vezes com fundamento), de que o seu médico(a) exerça retaliação”* (Médico Generalista AMM, Novembro 2017).

*“Em alguns casos os médicos sabem e não manifestam qualquer tipo de contrariedade. Noutros casos não, isto deve-se à resistência que os pacientes vêem nos médicos relativamente à MTA e ao medo de serem censurados por estarem a utilizar estas práticas. As unidades de saúde na sua maioria não estão preparadas em termos de equipamento e estruturalmente para todas estas terapias e tratamentos, porém ainda temos a resistência dos profissionais de saúde que no local laboram”* (Médico Generalista AMM, Novembro 2017).

A resistência em relação às práticas da MTA leva a que alguns profissionais que acreditam nestas medicinas como método terapêutico se sintam constrangidos em tornar públicos os seus

posicionamentos. Como exemplo, temos o testemunho de um dos participantes do estudo que no exercício da sua profissão aconselha em certos casos seus pacientes a recorrer à MTA.

Este comportamento é sustentado pela seguinte declaração:

*“Quando deparo-me com situações de género aconselho junto de familiares a consultas de médicos tradicionais”* (Médico Generalista AMM, Novembro 2017).

Apesar dos constrangimentos e da limitada informação referida pelos entrevistados, começam paulatinamente a surgir excepções que são indicadores de uma crescente abertura e receptividade tanto no seio dos médicos oficiais como dos utentes, o que contrasta com a argumentação supracitada.

*“Cada vez mais há informação fidedigna destas terapias complementares e, em Moçambique, neste momento, estão a ser reconhecidas e está em curso o Projeto-lei para regulamentação das práticas da MTA. Por isso, chegam a nós recomendados por terceiros e até por médicos de outras especialidades ou por conhecimento próprio do utente”* (Praticante da MT e Membro da AMETRAMO, Novembro 2017).

Assim, contribuindo para o reconhecimento e aceitação destas terapias. Afirmam ser importante que esta aceitação se verifique tanto a nível profissional como pessoal. Dois dos entrevistados afirmaram que:

*“Alguns médicos e enfermeiras do [identificado Hospital Central de Maputo], já experimentaram e começam a encaminhar mais utentes para a consulta de acupuntura, representando assim uma mudança de paradigma, abrindo caminho à mudança e à integração destas medicinas nos cuidados primários de saúde”* (Médica acupuntor – Unidade da dor HCM, Janeiro 2018).

*“Corre informação nas mídias de que a integração da medicina tradicional e alternativa nos sistemas de saúde é, cada vez mais, uma realidade nos países ocidentais pelos bons resultados apresentados aumentam a procura e despertam consciências. Qualquer terapia não invasiva em que o objectivo é claro promover o bem-estar da forma mais natural possível é sempre promotora de qualidade de vida e deve integrar os cuidados primários de saúde.- ”* (Médica-funcionária da OMS, Novembro 2017).

Os depoimentos acima apontam para a necessidade de criar políticas proactivas que se ajustem a esta nova visão de saúde sendo do consenso geral como mostra o extrato seguinte:

*“O enquadramento legal, seria uma mais-valia para todos, profissionais e utentes ou pacientes, a informação fluiria de forma mais eficaz e a articulação entre profissionais muito mais credível. Desta forma, o recurso a estas práticas não seria encarado pelos utentes como uma 'alternativa' ou 'substituto' à medicina convencional, mas sim, como um complemento desta. Em suma, é preciso fazer ainda um trabalho de fundo e mudança de mentalidades. Para que a MTA seja cada vez mais aceite e se constituam legitimamente como mais uma opção de saúde”* (Jurista-funcionária do MJCR, Novembro 2017).

#### **5.1.2. Vantagens da Medicina Tradicional e Alternativa: “Não tem efeitos colaterais”**

Depois de percebermos o nível de (des) conhecimento e a postura que os nossos entrevistados têm em relação à MTA considerámos pertinente questioná-los sobre os benefícios e/ou malefícios que estas terapias podem produzir. Luz (2005) defende que estas terapias são usualmente procuradas para alívio das dores ou para tratamento de doenças crónicas na qual a medicina convencional não tem uma resposta eficaz e cujo tratamento é muito invasivo. Recorrem geralmente a fármacos muito agressivos com efeitos secundários preocupantes.

Esta unidade de registo reuniu o consenso dos nossos entrevistados. A maior parte considera que as vantagens mais referidas estão relacionadas com a diminuição dos fármacos, o alívio das dores, e os excelentes resultados no tratamento de doenças crónicas. As passagens discursivas que se seguem sustentam estas afirmações abaixo que seguem refletem o pensamento de alguns dos participantes:

*“A MTA melhora consideravelmente a qualidade de vida tornam desnecessário o uso de fármacos mais agressivos. Consegue-se reduzir consideravelmente a dor que já não é possível com os fármacos convencionais. Estas terapias têm bons resultados a nível da dor crónica, por exemplo a acupunctura. O uso desta medicina alternativa deve ser vista na perspectiva da ‘inocuidade’, de tal sorte que servem para tentar evitar que haja uma sobrecarga de dosagem na medicação dos utentes, ou seja não há ministração de medicamentos, assim vemos como uma vantagem; por outro lado os riscos de acidentes*

*são mínimos na ministração de agulhas daí que tem de ser profissionais desta especialidade” (Médica acupuntor – Unidade da dor HCM, Janeiro 2018).*

*“Enriquecer a medicina convencional, quanto mais conhecimento melhor, porque temos mais eficácia nos resultados e mais qualidade de vida. Deve primar pela vigilância técnico-científica e os produtos com potencial terapêutico devem ser criteriosamente diagnosticados para depois passarem por uma testagem laboratorial” (Médica-funcionária no HCM, Outubro 2017).*

No entanto, foram reportados outros aspetos considerados muito vantajosos em várias patologias reduzem o desconforto, retardam o envelhecimento, aumentam a mobilidade, fortalecem o organismo, atuam em situações de depressão, fazem subir os valores da imunidade e subsequentemente a diminuição das patologias.

Assim está descrito nos testemunhos que passamos a transcrever:

*“Temos resultados muito bons em problemas relacionados com o sono e referem sentir-se muito melhor, ficam mais aliviados, têm melhor postura” (Médica acupuntor – Unidade da dor HCM, Janeiro 2018).*

*“Melhora a energia, a locomoção, a auto estima, sequelas de AVC’S, sistema imunitário.”*  
*“- Melhora a capacidade funcional, diminui a ansiedade, atua nos sintomas de depressão, equilibra o sono, o humor, fortalece o organismo, melhora o convívio social. Ajuda a melhorar os sintomas das doenças. Alguns exemplos concretos: ajuda a relaxar, controlar a ansiedade, melhora a autoestima, auxilia a vencer a dor e cansaço. Estimula as veias, traz equilíbrio, relaxamento. Aumento da vitalidade, tratamento de doenças relacionadas com a idade, hipertensão, AVC” (Médica acupuntor – Unidade da dor HCM, Janeiro 2018).*

As vantagens destas medicinas, terapias administradas pela acupuntura, podem ser comprovadas segundo os nossos entrevistados. Também houve unanimidade. Para estes profissionais os aspectos negativos a apontar estão relacionados com:

*“A formação e a falta de regulamentação, permitindo que qualquer curioso ou até mesmo infiltrado, sem qualificação, possa exercer a profissão, restrições legais com o objetivo*

*de proteger a medicina, os praticantes e práticas que não forem reconhecidas pela classe médica moçambicana e o Estado, não será contemplada pelo SNS” (Psicóloga-funcionária do IMT, Novembro 2017).*

No entendimento de um dos nossos entrevistados o que se vai regular são apenas os produtos com potencial terapêutico e devidamente certificados. Este factor também está presente nos testemunhos dos restantes participantes que concordam com a criação de mecanismos de integração para tornar estas medicinas disponíveis a todos. Esta questão será debatida no campo da integração mais adiante.

Na sequência da análise trazemos os dados sobre:

### **5.1.3. Medicina Tradicional “*Há doenças que curámos e que a MC não resolve*”**

Koithan (2009) defende que o campo das MTA é heterogéneo, abarcando uma miríade de abordagens e modalidades terapêuticas que a medicina convencional habitualmente não compreende, estuda, aceita, usa ou torna disponível. Porém, as MTA reúnem um leque de conhecimentos e habilidades que são usadas para prevenir, diagnosticar e manter a saúde que aplicadas em conjunto com as práticas biomedicinas, podem proporcionar uma resposta mais completa, eficaz e menos invasiva (WHO 2013). Neste sentido, pretendemos aferir o parecer dos participantes relativamente à colaboração dos profissionais que exercem ambas medicinas e de que forma essa colaboração se pode desenvolver.

Os depoimentos recolhidos sobre esta questão sugerem que em Moçambique no contexto da atividade dos profissionais de saúde os Médicos da medicina Convencional e os praticantes de MTA:

*“Ainda não acontece com a frequência que seria necessária. Contudo, faz todo o sentido “porque não podemos negar que as pessoas utilizam cada vez mais as novas alternativas de tratamento e algumas das terapias merecem crédito porque já estão a ser utilizadas em Hospitais, e outros lugares credenciados, ex: Recurso aos chás terapêuticos dos chineses” (Médica-funcionária da OMS, Novembro 2017).*

Esta análise indica que a maioria dos entrevistados se posiciona a favor de uma proximidade entre estas duas medicinas e que a colaboração deve ser efectiva. A mais-valia da complementaridade ressalta dos seus discursos como se pode testemunhar nas passagens que se seguem:

*“Considero importante esta articulação. Para mim as duas práticas complementam-se. Embora não tenha muita experiência na área, acredito nos resultados destas terapias, porque tudo passa pela crença forte por parte dos utentes como um passo ao tratamento, ex: uso da moringa no tratamento de diabetes; raízes do beijo da mulata atua como algo que estanca a dor de estomago!”* (Médica-funcionária da OMS, Novembro 2017).

*“Por ex: em relação ao HIV/Sida, há uma dinâmica perversa, os utentes muitas vezes sentem-se melhores após o uso de ARVs e chegam a abandonar o tratamento. Porém, quando tem recaídas procuram PMT alegando que a MC não é eficaz. Fazer dois tratamentos ao mesmo tempo diminui a eficácia dos ARVs, abrindo brechas para doenças oportunistas. Além disso, a mistura desses medicamentos pode provocar dores de cabeça, intoxicação e até mesmo a paralisia”* (Psicóloga-funcionária do IMT, Novembro 2017).

*“A articulação será benéfica, do meu ponto de vista, no sentido de complementaridade, podendo as MTA dar resposta a questões em que a medicina convencional não é tão eficaz, casos crónicos de dor por exemplo, ou potenciar o tratamento da medicina alternativa, sendo as duas aplicadas em simultâneo”*(Médico Generalista AMM, Novembro 2017).

*“Na minha opinião os utentes só têm a ganhar com a articulação destas medicinas, não são antagónicas, mas, pelo contrário, complementares. E, mais que tudo, os utentes passam a ter uma melhor assistência e, acima de tudo, bem-estar”* (Médico Generalista AMM, Novembro 2017).

*“As duas áreas complementam-se ou seja seria mais completa, pelo que seria importante essa articulação. As não convencionais são fundamentais na prevenção das doenças, bem como no tratamento continuado, por outro lado a biomédica trata os casos mais agudos e intervém em casos limites como por exemplo as intervenções cirúrgicas que são tão importantes e podem salvar a vida do doente”* (Psicóloga-funcionária do IMT, Novembro 2017).

*“Considero que a MTA é um forte complemento à Medicina Alternativa. Conjuntamente, levará, com certeza, a resultados mais consistentes”* (Médico Generalista AMM, Novembro 2017).

Podemos constatar pelo exposto que a concordância e a complementaridade são as palavras-chave deste ponto. Contudo, existem algumas questões que podem vir a constituir um problema e devem ser salvaguardadas para que esta parceria seja viável, como por exemplo a prescrição dos medicamentos. Consciente dos constrangimentos que possam surgir, um dos nossos entrevistados refere que:

*“O mais complicado será a parte que interferir com a componente médica, por exemplo a nível dos fármacos que neste momento são da responsabilidade dos médicos. Irá tornar-se um entrave enquanto a classe médica ainda não estiver preparada para partilhar”* (Médico Generalista AMM, Novembro 2017).

Apesar dos obstáculos que possam advir desta possível articulação, começa a verificar-se uma vontade de cooperação, ainda que ténue. Os caminhos vão-se cruzando e já existem alguns casos de colaboração como podemos apurar nas declarações abaixo:

*“Na consulta da dor, os doentes podem usufruir mediante avaliação da sua situação clínica, com recurso aos serviços de acupuntura. Penso que é um bom começo que o Hospital Central de Maputo já deu. Já tenho colaborado com alguns médicos no âmbito do acompanhamento de utentes com o intuito de entenderem a 'nossa' intervenção ou para dialogarem. Quando se trata de um assunto que nós vimos e sabemos que no hospital é que trata exclusivamente nós encaminhamos”* (Praticante da MT e Membro da AMETRAMO, Novembro 2017).

Para que o entendimento entre os profissionais de ambas as práticas seja profícuo, as instituições públicas e privadas têm um papel importante a desempenhar. Devem estar abertas a novas formas de praticar medicina quebrando barreiras e criando ferramentas que possibilitem a união de esforços em benefício dos utentes. A este respeito um dos entrevistados defende que:

*“Por exemplo quando um utente de MTA fica de baixa no nosso trabalho depois deve ser emitido justificativo pela AMETRAMO ou outra associação para os serviços onde essa pessoa trabalha ou estuda. Assim as faltas dessa pessoa lá no serviço ou na escola ficariam justificadas”* (Praticante da MT e membro da AMETRAMO, Novembro 2017).

#### 5.1.4. **Integração das práticas da MTA no S.N.S:** *“Não vai abarcar a parte espiritual”*

O Sistema Nacional de Saúde é composto por um conjunto de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde que funcionam sob a tutela do Ministério da Saúde. O Diploma Ministerial nº 52/2010 de 23 de Março - Cria o Instituto de Medicina Tradicional (IMT) e tem como intuito de investigar, valorizar, divulgar e promover a Medicina Tradicional e por outro lado reforçar a colaboração entre a Medicina Convencional e Medicina Tradicional.

Os participantes deste estudo foram peremptórios no “sim”, “é bem-vinda” à integração da MTA no SNS e manifestaram-se abertamente sobre as possíveis formas em que essa integração deveria ocorrer tendo em conta os parâmetros e limitações pré-estabelecidos. Defendem que a MTA:

*“Deveriam integrar no SNS, com o aval do MISAU e do governo passando a ser uma medicina válida e reconhecida oficialmente, porque muita gente nos procura e nós resolvemos muitos problemas de doença que no hospital não conseguem tratar”* (Praticante da MT e Membro da AMETRAMO, Novembro 2017).

Na abordagem de Uchôa e Vidal (1994), referem que o dualismo cartesiano entre corpo e espírito seria o precursor imediato das concepções biomédicas contemporâneas de organismo humano e do pensamento materialista radical que caracteriza a biomedicina. Descartes teria legado às ciências naturais e sociais uma concepção mecanicista do corpo e de suas funções que sustenta uma visão reducionista dos fenómenos saúde e doença. A doença é ora vista como um problema físico ou mental, ora como biológico ou psicossocial, mas raramente como fenómeno multidimensional. A fragmentação do objecto gera a fragmentação das abordagens. A descontinuidade entre as diferentes abordagens retarda a apreensão multidimensional do objecto.

*“A integração da MTA no SNS não vai abarcar a parte espiritual, o que nos interessa para regulamentação é apenas aos produtos com potencial terapêutico, plantas, raízes, depois de estudos que comprovem tal possibilidade. Esta integração facilitaria o acesso a 'mais pessoas, haveria um maior controlo e segurança. Para além disso o utente teria acesso a mais informação podendo fazer mais escolhas. Mas para que isso se concretize tem que existir legislação que estabeleça o conteúdo de funcionalidade, isto é, em que moldes se vai praticar e garantir os valores de conduta, a segurança e a ética entre as duas medicinas. Deve também ser supervisionada pelo Misau”* (Psicóloga-funcionária do IMT, Novembro 2017).

Isto nos remete novamente ao que Phaindanne (2000) nos diz:

Já que crimes desta natureza as autoridades e os Tribunais não atendem por falta de provas materiais (...) as pessoas morrem, caem, ficam paráliticas por causa destas barbáries, dantes, por causa desses feiticeiros que reinam e proliferam nas nossas povoações. E a lei ignora isso, chegam só ao ponto de defende-los. Qual é a diferença que existe entre um assassinado pela feitiçaria e outro por uma punhalada ou baleado? Não é o mesmo crime? Só por que o primeiro é feito, sei lá em silêncio e espiritual? Ou existe um medo nos homens da lei ao se distanciar desse problema sério da natureza tradicional com o receio de se descobrir que afinal de contas os feiticeiros “pululam” mesmo até nos órgãos da justiça? (Idem).

#### **5.1.5. Os intitulados de *tinyanga* “ Prometem que tratam esta ou aquela doença”**

O processo de negação do saber da Medicina Tradicional passa pela identificação da imagem do/a *nyanga* à do/a feiticeiro. Porém há que referir que são actores distintos, como podemos ver algumas narrativas abaixo:

*“O feitiço é acompanhado, geralmente, por alguns espíritos fortes e extremamente maus, com capacidade de fazer maldade. Há feitiço que não precisa de medicamento. Há feitiço em que a pessoa pode fazer seja onde quer que você esteja veja a imagem dessa pessoa à sua frente. Quando a pessoa quer ter aquele poder vai comprar aos outros feiticeiros. Eles podem dar-lhe um pau ou uma garrafinha que transporta lá uma cobra ou espírito mau e ensinam como lidar com aquelas coisas, os nomes que deve dar e intitulam-lhe curandeiro. Depois de intitulados de curandeiros alguns vão ao mercado de Xipamanine comprar*

*capulanas que geralmente são usadas pelos curandeiros para se fazerem passar por isso, compram medicamentos e prometem que tratam esta ou aquela doença” (Homem - PMA e Membro da AMETRAMO, Novembro 2017).*

Acrescenta Granjo que:

Muitas vezes, tais acusações não chegam a ser objecto de qualquer julgamento formal, mesmo que feito por entidades não-estatais ou corporativas, como sejam as associações de médicos tradicionais. Particularmente em zonas mais distantes de quaisquer figuras de autoridade estatal, é normal que baste confirmar a suspeita colectiva através da adivinhação por parte de um especialista para que a pessoa acusada seja expulsa, mutilada ou morta – em princípio, mas não forçosamente, com prévio pedido de autorização a uma “autoridade tradicional” o meio formal de prova é a adivinhação conjunta por parte dos especialistas designados. Esta é feita no sul do país através do lançamento do *tinhlolo*, cuja leitura e interpretação, sempre polissémica, dificilmente deixará de ser influenciada pelo que foi antes ouvido (Granjo 2011:174).

*“O desafio para integração é de identificar quem é realmente nyanga e quem não é praticante da MT. Temos instrumentos (in) formais para tal que é a credencial dentre outras formas de nos certificarmos que nos é atribuída junto a AMETRAMO. Depende da especialidade do curandeiro. Por exemplo para se identificar um feiticeiro temos as nossas pedras, com as quais fazemos as nossas consultas. A pessoa que é suspeita de feiticeira é submetida a um ritual que passa por tomar o mondzo (um medicamento que lhe vai fazer dizer a verdade). Quando aplicado o mondzo, pode ser em 10 pessoas, o feiticeiro revela-se, explica como faz o feitiço e a quem já enfeitiçou e a partir daí conseguimos provas, porque pode-se filmar e gravar as suas declarações. Quando o efeito do medicamento acaba, a pessoa já não se recorda do que terá dito. Quando a pessoa toma mondzo e realmente é feiticeira diz toda a verdade” (Mulher - PMTA e Membro da AMETRAMO, Novembro 2017).*

*“É um momento ímpar a chegada da regulamentação da MTA porque nós os praticantes da MTA poderemos exercer nosso trabalho livremente, e sem perseguições e acusações de feitiçaria, queremos ser valorizados, protegidos pelo Estado, queremos colaborar na saúde. Denunciar os infiltrados que mancham a nossa profissão e nos tiram prestígio na sociedade, queremos ser considerados. Quem não é médico tradicional nós identificamos que a tal pessoa não fez o ku twuasa não se formou ou seja não tirou o curso e deve*

*imediatamente ser afastado da profissão e ser responsabilizada nos Tribunais. O nyanga rhume [médico tradicional que só sabe plantas e raízes com potencial curativo] não femba (aceder aos espíritos), não twassa só é vacinado. As pessoas devem parar de vir as consultas de noite e encerrar o nosso trabalho sem preconceito porque aqui na Ndhomba [casa onde se pratica a medicina tradicional] é o nosso hospital e as igrejas também dever parar de nos combater inculcando as pessoas que aqui há espíritos maus” (Mulher - PMT e Membro da AMETRAMO, Novembro 2017).*

*“Atenção! A integração é boa para trabalharmos juntos, mas tendo muito cuidado, é preciso ter certeza que se trata de curandeiro de verdade, que é a pessoa que tem o poder de cura, através de uso de plantas e outros rituais e não faz mal a ninguém, pelo contrário, ele ajuda a resolver alguns problemas sociais. Porque, há feiticeiros que se fazem passar por curandeiros e têm mais poderes que o curandeiro e nos prejudicam a nossa Associação e também há muitos que são estrangeiros. Os considerados grandes feiticeiros que vem dos grandes lagos e outros países usam a cobra e aqui no sul chamam nwamulambo. Há pessoas que quando querem enriquecer buscam esse bicho ou drogas, mas o que acontece é que na família dessa pessoa morre alguém, anualmente. São coisas que acontecem na sociedade. Em segundo lugar, os grandes feiticeiros também famosos existem em Catembe são aqueles que usam a trovoada, são pessoas que fazem maldade aos outros” (Homem - PMA e Membro da AMETRAMO, Novembro 2017).*

*“É muito bem-vinda a regulamentação da MTA porque nós os praticantes da MTA poderemos exercer nosso trabalho abertamente e acredito que a MTA poderá deixar de ser vista como uma coisa sem valor, e ganhar confiança nas pessoas, queremos ser autorizados a trabalhar dentro da lei, em parceria com a medicina do hospital. O problema de medicamentos com veneno, e a questão da intoxicação nos preocupa. Dosagem pesada, outros colegas acabam por parar no Tribunal e ir na cadeia quando morre alguém em tratamento tradicional, mas quando são os médicos de lá do hospital, nunca ouvi que ficou preso, são protegidos pelo Estado, nós também gostaríamos de resolverem essa parte” (Homem - PMT e Membro da AMETRAMO, Novembro 2017).*

As representações dos *tinyanga* reforçam as representações de outros pontos de vista, mostrando uma insatisfação com a questão às consultas tradicionais em que por exemplo: Vezes há, um o utente foi dado alta no hospital porém o mesmo ainda não se encontrava em óptimo estado, no entanto o mesmo recorre a medicina tradicional e vem a perder a vida e reforçando a centralidade do médico tradicional no cuidado a saúde. A respeito desta questão repisa a urgência numa solução equitativa à dos médicos da medicina convencional. Relativamente a certificação dos legítimos médicos tradicionais se pode vislumbrar no artigo de Granjo julgamentos de feitiçaria em suas palavras no sul o meio formal de prova é a adivinhação conjunta por parte dos especialistas designados.

Esta é feita no sul do país através do lançamento do *tinhlolo*, cuja leitura e interpretação, sempre polissémica, dificilmente deixará de ser influenciada pelo que foi antes ouvido. No entanto, se os juízes de feitiçaria dispõem, para confirmar ou infirmar a culpa da pessoa acusada. (Granjo 2011:174-175) aponta para a racionalidade de crenças aparentemente irracionais, casos há de (a feitiçaria sob possessão), com base nos pressupostos e consenso de que existem pessoas que têm um conhecimento completo e exacto desse fenómeno.

Por outro lado, elogiam o projecto de regulamentação da MTA em curso e mostram ter um relacionamento já bastante fortalecido a despeito da questão do encaminhamento de utentes da medicina tradicional para o hospital tratando-se de casos, ou doenças a que sejam da exclusiva competência ou recomendação as unidades sanitárias. Não obstante avança que os hospitais também devem colaborar nesse sentido para uma maior colaboração, até porque quem sai a ganhar são os utentes. E, isso, aparece em quase totalidade das entrevistas:

*“A utilização dos recursos logísticos já existentes na estrutura do SNS é apontada pela nossa entrevistada como uma das soluções possíveis para desenvolver as MTA, isto é, 'a regulamentação' no SNS é um ganho e deve ser feita a nível ambulatório e hospitalar, ou seja, nos Centros de Saúde e nas Unidades Hospitalares. Á semelhança do que atualmente se pratica no nosso país. As pessoas que vão à consulta da dor são posteriormente encaminhadas para o tratamento mais adequado ao seu caso, este sistema poderá ser alargado a outras especialidades integrando desta forma as medicinas alternativas é o caso da Acupuntura que já é praticada aqui no HCM”* (Psicóloga-funcionária do IMT, Novembro 2017).

Relativamente à questão económica que está associada a integração o investimento a efectuar pelo Estado não será um argumento para a exclusão, na opinião dos profissionais de saúde convencional:

*“A utilização da MTA conduz a uma redução nos custos com gastos na saúde. Os gastos que a população tem com os medicamentos, apesar de serem comparticipados, são elevados provavelmente não seriam necessários se esse dinheiro fosse gasto na prevenção que muitas vezes passa por uma alimentação de qualidade e fármacos que apesar de não terem sido testados pela indústria da farmacopeia poderiam obter resultados muito superiores”* (Psicóloga-funcionária do IMT, Novembro 2017).

*“Muita gente não tem conhecimento e acesso a MTA, pois não vê a importância nesta medicina, desconhece os benefícios.” Sou apologista da integração, visto que as terapias para dor da coluna lombar, cancro crónico, cancro da mama, cancro pulmonar, sequelas de AVC, pois vezes há em que mexem com o sono, rotina diária do utente, interfere em suas actividades pessoais; associamos tratamento farmacológico e acupuntura em busca do alívio da dor e bem-estar do utente.” “Estamos acoplados ao psicólogo, as crenças do utente; esta actividade de acupuntura é controlada maioritariamente pelos anestesistas”* (Médica acupuntor – Unidade da dor HCM, Janeiro 2018).

Embora a integração das MTA no SNS seja uma necessidade apontada pelos entrevistados, estes não deixaram de referir uma preocupação que se relaciona com a qualidade, segurança dos serviços.

*“Vai efectivamente chegar a mais pessoas o que é uma mais-valia, mas a falta de recursos humanos e financeiros poderá levar a uma diminuição da qualidade da terapia um pouco à semelhança dos serviços médicos agora prestados pelo serviço público de saúde. Em suma: A prática biomédica assume-se como um bem irrefutável disponível ao ser humano, assente em fundamentação e evidência científica. No entanto, ainda não existe consciência generalizada de que, a MTA têm um passado muito remoto. Mais do que a intervenção de um profissional de saúde, o utente deverá ter o papel principal, no seu bem-estar físico, mental e espiritual. Para tal, as duas práticas, convencional e não convencional, deveriam atuar de mãos dadas, no sentido de complementarem-se e por isso, ser integradas”* (Psicóloga-funcionária do IMT, Novembro 2017).

Eles concluem este ponto com a ideia segundo a qual de que a regulamentação da MTA e consequentemente a sua integração no SNS são um recurso que pode contribuir positivamente na saúde e bem-estar da população em geral.

*“A falta de informação por parte de uma classe dos Médicos oficiais ‘cépticos da velha guarda a não abertura ao debate, o problema das ‘velhas ideias’ sobre este assunto tornam o processo de adesão mais moroso. Ainda há muito trabalho a ser feito para que a mudança de mentalidades seja uma realidade e que os utentes possam usufruir das vantagens que as MTA lhes podem proporcionar”* (Médico Generalista AMM, Novembro 2017).

*“Estamos dispostos a interagir, alguns desafios incidem na criação de mecanismos de colaboração, troca de experiências, haja intercâmbios, seminários, maior abertura ao debate, olharmo-nos como aliados, saber identificar doenças da nossa competência e a não competência através dos sintomas. Outra questão sensível é a questão dos infiltrados, falsos praticantes da MT na atividade médica, outros casos de charlatães”* (Médica-funcionária do HCM, Outubro 2017).

Não obstante, nas entrevistas foi possível constatar que os interesses que circundam a volta dos fazedores de políticas públicas (Estado) estão patentes no discurso dos entrevistados, tendo sido referido, a necessidade de regulação estatal da medicina tradicional e alternativa:

*“Para mim a medicina convencional é aquela que está não só nos hospitais do SNS mas também no privado, os profissionais têm uma formação académica específica, seguem um conjunto de procedimentos que estão definidos na lei, reúne um conjunto de profissionais que estão claramente definidos e aos quais temos consciência a que devemos recorrer para tratar um problema de saúde. Justifica-se que há toda uma razão de ser que fundamenta a incorporação da MTA no SNS visto que a população acredita nela, identifica-as e faz parte da sua cultura além de que ambas complementam-se e já deviam tirar proveito uma da outra em benefício da saúde das pessoas”* (Jurista-funcionária do MJCR, Novembro 2017).

*“A medicina tradicional e alternativa necessitam de ser integradas no SNS de forma que reúnam um conjunto de procedimentos que estão definidos na lei a par da medicina convencional tal qual é a que está estabelecida como oficial em Moçambique. A MC é a medicina com a qual estou mais familiarizado. Apesar da medicina tradicional ser a que mais contacto tem com a população, deve seguir as regras da ciência, ou seja, do que é lecionado nas faculdades para ter confiança, suportando-se na lógica e em resultados palpáveis”* (Jurista-funcionário do MISAU, Novembro 2017).

Ao analisar os discursos dos entrevistados na justificação da integração associam primeiramente a questão da credibilidade, verificámos que ambos os tipos de medicina são credíveis, tendem a justificá-la com a sua complementaridade:

*“Eu acho que as duas são credíveis por se complementarem, pois deve ser sim integradas no SNS Moçambicano. Todavia sou da opinião que deve haver mais diálogo e que os desencontros entre os profissionais da medicina convencional e os praticantes da medicina tradicional e alternativas, que sejam ultrapassadas as divergências ao invés de tolerados, sendo certo que cada um, parte de princípios próprios e diferentes mas ainda assim complementam-se”* (Médica-funcionária da OMS, Novembro 2017).

*“Concordo com a integração da MTA, porque complementar a MC, acho que essa é a palavra correta, porque acho que a medicina é só uma e temos que ver o indivíduo como um todo e temos que seguir o caminho que mais se apropria ao caso, nenhuma é panaceia para tudo”* (Médica – Funcionária do HCM, Novembro 2018).

Este último depoimento ilustra bem a importância da complementaridade e a legitimação da medicina integrativa como forma do cuidar. Otani e Barros (2011) referem-se à medicina integrativa como um modelo de medicina que viabilize a introdução de novas práticas, colaboração e respeito entre os diferentes tipos de medicina.

Apesar da ênfase na cientificidade, conhecimento e tradição foi também referida a complementaridade como justificação para a credibilidade da medicina convencional:

*“Fico satisfeita com a intenção do Estado em pretender formalizar ou legislar e por sua vez integrá-la no SNS. Onde fui estudar no ocidente esta medicina e uma especialidade que se mostra com bastante adesão por parte de muitos dos formados em medicina em vários pais e que a difusão e integração serão notórias no SNS de vários países pelo mundo nos próximos anos. Por exemplo se eu tivesse que optar pelas duas, eu vejo a medicina tradicional oriunda da chinesa (acupuntura) como um forte complemento, daí que acredito que ambas devem ser conjugadas porque juntas tornar-se-iam ricas em vários domínios que constituiriam uma mais-valia para o bem-estar das pessoas. O desconhecimento e receio faz com que as pessoas só consigam vê-la assim”* (Médica acupuntor – Unidade da dor HCM, Janeiro 2018).

De facto, está explícito neste excerto que a MTA ainda é sentida como uma medicina alternativa e complementar. Uma das razões que pode estar na origem desta percepção está relacionada com o crescimento exponencial da MTA enquanto alternativa ao modelo biomédico. De facto tem-se verificado nos países ocidentais a utilização da acupuntura como alternativa ao controlo da dor, o qual, segundo os princípios da medicina convencional, é muitas vezes baseado em fármacos e com uma taxa de sucesso considerável (Almeida 2010).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto de partida desta dissertação foi tentar compreender o universo simbólico, as representações sociais, interações, e os discursos (não) oficiais entre os agentes e instituições envolvidas no processo de regulamentação da MTA no SNS. O processo de produção de dados foi possível através da teoria das representações sociais (TRS), teoria eleita para o presente estudo, baseada no modelo de análise de signos, significados e formas de agir. Outrossim usou-se a entrevista aberta e aprofundada como técnica.

A selecção dos participantes da pesquisa foi feita por meio da técnica de bola-de-neve. Cada vez que conversava com os interlocutores para mais aprofundamento do assunto indicavam-me outros agentes e instituições envolvidas neste processo. Aliás, devido à impossibilidade de conduzir a pesquisa dentro de uma só instituição, o meu campo de análise tornou-se multisituado pelo facto de ter optado pelo seguimento dos interlocutores em múltiplos espaços. Este seguimento incluiu as residências dos participantes, concretamente dos praticantes da medicina tradicional sendo que as actividades destes são exercidas naquele espaço.

A reflexão teórica e a análise dos dados empíricos apresentados nesta dissertação não me autorizam a elaborar quaisquer conclusões definitivas sobre a regulamentação das práticas da Medicina Tradicional no SNS. Contudo, oferecem-me a possibilidade de tecer algumas considerações sobre as tendências em torno dos processos de integração dos sistemas de saúde.

Ao longo da presente dissertação foi possível observar que a trajetória da MTA em Moçambique até a institucionalização da AMETRAMO a que se constituiu um espaço de negociação, reivindicação social pelo reconhecimento da Medicina Tradicional, bem como representantes dos curandeiros do país. Evidenciou-se o choque paradigmático e epistemológico desta racionalidade com a medicina biomédica hegemônica, que possibilitou o surgimento de conflitos, paradoxos, dilemas e questionamentos sobre o que deveria ser considerado a “medicina” e as “práticas terapêuticas tradicionais” no campo da saúde ainda no período colonial. Este choque, por si só, intensificou as discussões entre estes dois campos, provocando embates directos em suas trocas interdiscursivas e fazendo, assim, com que emergisse uma memória de rivalidade ao longo desta trajetória a que tem repercussão até os nossos dias.

No campo da saúde, particularmente, a OMS recomenda aos países-membros a integração da MTA aos sistemas nacionais de saúde. Nos discursos oficiais, o estabelecimento de relações de cooperação entre esses sistemas e as respectivas práticas da MTA, refere que se apresentaria como uma estratégia de baixo custo, de ampliação da cobertura e do acesso de segmentos populacionais mais desfavorecidos em termos económicos aos serviços de saúde, principalmente em países em desenvolvimento como é no nosso caso.

Para que essa integração seja possível, a OMS desenvolveu um conceito instrumental para a MTA, sugerindo que algumas medidas fossem tomadas para garantir a segurança, a eficácia, a qualidade e o uso racional destas medicinas. Mas tais diretrizes devem ser pensadas de modo a respeitar a coexistência de diversas linhas de abordagens em MTA. Tendo em conta a observação de Granjo (2011) quando nos chama atenção a imposições de critérios exteriores sem ter em conta os sentidos que as pessoas envolvidas atribuem às suas práticas locais. E tal como (West 2005 *apud* Granjo 2011) chama-nos atenção para os riscos inerentes a processos de reificação da “tradição” que obedecemos-la de forma acrítica às lógicas das agendas políticas internacionais, no enquadramento institucional e jurídico.

Essa integração requer que sejam observadas diferentes etapas: a identificação de terapias e recursos úteis e eficazes, na visão biomédica; a descontextualização de práticas, saberes e praticantes; a validação científica/qualificação das medicinas tradicionais; o reencaixe desses saberes, práticas e praticantes no contexto universal das políticas públicas; e a mercantilização do tradicional. Com isso, o Estado exerceria o controlo e não a emancipação da MTA, por meio do aparato técnico-administrativo, sobre as práticas, os praticantes, os serviços e os produtos das medicinas tradicionais, passíveis de serem integradas aos sistemas oficiais de saúde.

As políticas públicas moçambicanas que tratam sobre o tema aderiram tanto ao conceito desenvolvido pela OMS quanto às recomendações que ela postula. De acordo com o Programa Quinquenal do Governo (2000-2004), o Governo reconhecendo o papel importante que é desempenhado pela medicina tradicional, principalmente nas zonas rurais, começou a desenvolver mecanismos para uma colaboração com os seus praticantes, tendo em vista a utilização de forma mais segura dos serviços da MT. Dentre estas políticas estão a Política Nacional de Medicina Tradicional, inserida na Resolução n.º 11/2004 de 14 de Abril, Série n.º 15, pág 131 e o Projecto de Lei da MTA em curso. Lei n.º 189/CM/2017 REV 1.MISAU.

Concomitante a estes agentes e instituições envolvidos neste processo de regulamentação encontrámos redes de cumplicidade profissional que em primeira instância constituíram os elementos de solidariedade e abertura ao diálogo entre a biomedicina e medicina tradicional e alternativa. Estas redes jogaram um papel importante o que permitiu analisar as atitudes e comportamento dos agentes socio-profissionalmente situados, o quadro de referência destes, auxiliou-me na interpretação dos significados do que atribuem a respeito da temática da regulamentação e a maneira de agir.

A partir dos dados produzidos ao reflectir sobre as relações de poder a luz da proposta conceptual de Foucault (1998) permitiu-me compreender que as interações entre os agentes e instituições envolvidas no processo da regulamentação o fenómeno da violência simbólica mostra-se atrelada e marcada da visão reducionista do Estado e é patente nos discursos, representações, universo simbólico as diferentes percepções sobre o campo de atuação dos praticantes da Medicina Tradicional e Alternativa junto do SNS.

Refira-se, um dos principais obstáculos para a regulamentação da MTA está na elaboração de um consenso e ponto de vista em comum sobre a delimitação do campo de atuação dos praticantes da MTA, entre todas as categorias profissionais, entidades de classe, associações e sociedades. Tal se denota que a resistência, ou até mesmo resiliência, por parte dos profissionais da biomedicina a inclusão das práticas da medicina tradicional no SNS e o facto destes últimos fazerem derivar os seus poderes curativos no espaço da gestão da incerteza através da possessão por espíritos, podendo, para além disso, manipular factores espirituais nos seus diagnósticos e práticas curativas. Para vencer os dilemas e conflitos ético-legais das delimitações do campo de atuação dos curandeiros no SNS, bem como promover uma harmonização das relações de rivalidade e conflito de pontos de vista ideológico-epistemológico distintos, revela-se que cabe destacar a competência dos órgãos responsáveis sobre a garantia da (re) construção da saúde à população, especificamente o IMT junto do Ministério da Saúde em relação a atenção aos cuidados básicos de saúde.

Ao que tudo indica, estes órgãos parecem ser os principais intervenientes, intermediadores daquele processo de regulamentação da MTA no SNS, sempre tendo em conta o trabalho em conjunto com pactos e instituições internacionais, devendo este processo acontecer em alinhamento com as diretrizes e estratégias preconizadas pela própria OMS. Sendo que a OMS publicou o documento

“Estratégia da OMS sobre a Medicina Tradicional 2002-2005” e mais adiante, estratégias sobre a Medicina Tradicional 2014-2023 gerando daí instrumentos par o efeito e imprimindo a dinâmica para a integração da MTA no SNS.

Sem poder avançar respostas definitivas a estas questões que, como disse, referem-se a processos sociais e culturais em aberto, na presente dissertação pretendemos afirmar que a observação e análise destes diferentes aspectos devem ser feitas em conjunto, porque eles estão intrinsecamente relacionados. Neste sentido, sendo que o recurso à MTA (eventualmente, potenciado pela regulamentação). Assim, as políticas, as recomendações estratégicas para regulamentação da MTA, que insistentemente esquivam-se ao diálogo consensual, em que prescrevem condutas dos praticantes da MTA e essa situação é percebida como contingências profissionais e espaço de disputa de poderes entre classes, sendo que associando os dados produzidos apontam e demonstram avenidas possíveis no sentido de que a integração das práticas da MTA pode constituir um contributo válido para a implementação desse entrosamento no SNS, nomeadamente em Moçambique.

Ao referir isso, reconheço que como personagem no cenário em que descrevo como narrador, acrescento a minha voz ao coro que se (re) define a maneira pela qual se imagina o futuro do SNS Moçambicano, sendo que (im) posições a essas recomendações a regulamentação onde não obstante os praticantes da MTA podem participar do espaço de interação, negociação das suas ricas tradições com as demandas da democracia e os imperativos da poderosa rede internacional de nações, sendo que a sua importância deve ser pensada, no plano social, tendo em conta as transformações recentes no âmbito da biomedicina e na forma como os estados membros da OMS enfrentam o problema de regulamentação, sem esquecer que, no plano individual, esse recurso ocorre sempre entre a responsabilidade individual e os factores sociais determinantes da saúde.

Longe de constituir um trabalho generalista, a presente dissertação constitui um contributo exploratório e um ponto de partida para futuras investigações científicas e intervenções no campo das políticas públicas da saúde pois a problematização socio-antropológica das dinâmicas para regulamentação de medicina tradicional e alternativa em Moçambique, revela-se pouco explorada, ou quase inexistente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J. 2010. Medicinas alternativas e complementares e estratégias de legitimação no sistema de saúde convencional: *o caso da acupuntura e da homeopatia em Portugal*. III colóquios Internacional-Grupos Profissionais, Profissionalismo e Sociedade do Conhecimento: Tendências, Problemas e Perspectivas. Aveiro. Realizado em 5-6 de Novembro de 2010. Disponível em: <https://noticias.universia.pt/publicações/notícia/2010/10/18/628536/investigadores-debatem-profissionalismo-e-sociedade-do-conhecimento.html>. (Acessado em: 30/6/2018).

BARDIN, L. 1995. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BATALHA, L. 1998. *Emics/Etics, revisitado: Nativo e Antropólogo, lutam pela última palavra*, Etnográfica. Lisboa II (2),pp.343-343.

BHABHA, H.2005. *A questão do Outro. Diferença, Discriminação e o Discurso do Colonialismo*. In Albuquerque de Holanda, Heloísa (Org.), Pós-modernismo e Política. Rio de Janeiro: Rocco.

BOGDAN, R. & BIKLEN, S.1994. *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

BUCCI, D & MENESES.P.2006. *Políticas públicas*. Reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva.

CAPLAN, P. 2003. “Introduction: Anthropology and ethics” in Pat Caplan (Ed) *The Cultural Construction of Sexuality* pp. 1-30. London & New York: Rotledge.

CORSARO, W & MOLINARI, L.2005. Entrando e Observando nos Mundos da Criança. In P. Christensen e A. James (Org.) *Investigação com Crianças. Perspectivas Práticas*. Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, 2005.

CUNNINGHAM, A. 1995. People, plants and health care in Mozambique: *background and recommendations on linking ethnobotany, plant conservation and health care*. Maputo Ministério da Saúde.

CHIZIANE, P & MARTINS, M. 2015. “NgomaYethu – O Curandeiro e o Novo Testamento”: *tradição e religião*. Disponível em: <https://mbengamz.wordpress.com/2015/09/27/ngomayethu-o-curandeiro-e-o-novo-testamento-tradicao-e-religiao>. (Acessado em: 26/11/18).

DENZIN, K. 2000. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications

\_\_\_\_\_. 1998. *Interpretive Interactionism*. Newbury Park: Sage Publications.

\_\_\_\_\_. 1992. *Symbolic Interactionism and cultural studies*. Oxford: Blackwell.

DESROSIERS, P. 2011. *Mito, crenças e sabedorias tradicionais de Moçambique: Elementos do dicionário*.

DIRECÇÃO NACIONAL DE MEDICINA PREVENTIVA. 1981. *Alguns Resultados Preliminares do Trabalho do GEMT*. 1981. Cadernos de Saúde. 3-5.

FERREIRA, F. 1998. *Sistemas de saúde e seu funcionamento: Sistemas de cuidados de saúde no mundo, o caso de Portugal*, Lisboa: Fundação Calouste Gubenkian.

FOUCAULT, M. 1999. *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.

FRANKBERG, R. 1980. *Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective*. In: *Social Science and Medicine*.

GEERTZ, C. 1989. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC ed. Orig. inglês, *The Interpretation of culture*, Basic Books, New Work. 1973.

GRANJO, P. 2011. *Pluralismo jurídico e Direitos Humanos: os julgamentos de feitiçaria em Moçambique*.

GRANJO, P. 2009. *Saúde e doença em Moçambique*. São Paulo: “s/sd” 577-578.

GREEN, J. 2004. *Qualitative Methods for Health Research*. London: Sage.

GREEN, E. 1998. *Indigenous Theories of Contagious Disease*, Walnut Creek, Altamira.

HAMMERSLEY, M. & ATKINSON, P. 2007. “What is ethnography?” In Martyn Hammersley, Paul Atkinson. *Ethnography: principles in practice*. London Routledge: Psychology Press. 1-19.

- JODELET, D. 2001. *As representações Sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj.
- JUNOD, H. 1952. *Usos e Costumes dos Bantu*. Maputo: Arquivo Histórico De Moçambique.
- KOITHAN, M. 2009. Introducing Complementary and Alternative Therapies. *Journal for Nurse Practitioners*, 5. 18-20. Disponível em: [https://www.npjournals.org/article/S15554155\(08\)00601-6/abstract](https://www.npjournals.org/article/S15554155(08)00601-6/abstract). (Acessado em 15/12/18)
- LANGDON, E. 2009. *Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia*: entrevista com Esther Jean Langdon. *Rev. Bras Enferm*, 62 (2).
- LESSARD, H. et al. 1990. *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Prática*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LUZ, M. 2005. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Serie de Estudos em Saúde Colectiva.
- MADDEN, R. 2010. *Being Ethnographic: A Guide to the Theory and Practice of Ethnography*. London: Sage
- MARCUS, G. 1995. Ethnography in/off the world system: the emergence of multisited ethnography. *Annual Review of anthropology*, 24. 95-117
- MARTINEZ, F. 2009. *Antropologia Cultural*. 6ª Edição. Maputo. Paulinas
- MENESES, M. 2000. *Medicina Tradicional, biodiversidade e conhecimentos rivais em Moçambique*. Oficina do CES.150
- MENESES, M. 2004. Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada?": para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas: Santos, B de S (Org). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 99.
- MINAYO, M. 1991. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. *Rev. Saúde Pública*, 25 (3), 8-233.

MITANO, F. VENTURA, C. LIMA, M. BALEGAMIRE, J & PALHA, P. 2016. *Direito à saúde: (in) congruência entre o arcabouço jurídico e o sistema de saúde*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0995.2679>. (Acessado em: 15/07/18).

MOSCOVICI, S. 1978. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

MUELA. et al. Org. 2006. Mulher, Sida e o Acesso à Saúde na Africa Subsahariana: Sob a perspectiva das ciências sociais.105-113. Disponível em: [www.aeci.es/vitae](http://www.aeci.es/vitae) [www.medicusmundi.es/catalunya](http://www.medicusmundi.es/catalunya). (Acessado em: 22/04/18).

NATHAN, T & STRENGERS, I. 1995. *Le médecin et le charlatan. Manifeste pour une psychopatologie scientifique*. Paris: Les empecheurs de penser en rond.

NEWMAN, L.2000.‘Oserving and collection data’ in Social Research Methods: *Qualitative Approaches*, pp.361-454. Boston: Allyn and Bacon.

NORDSTROM, C. 1991. *Formalizando a Medicina Tradicional*. Maputo. Ministério da Saúde.

ODORA, C. 2002. *Indigenous Knowledge and the Integration of Knowledge Systems*. Ronél Gouws. Disponível em: <https://books.google.co.mz/books?hl=pt-PT&lr>. (Acessado a 17/05/18).

OMS, 2013. Estratégia da Organização Mundial da Saúde sobre Medicina Tradicional. (2014 - 2023). Disponível em: [http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm\\_strategy14\\_23/en/](http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/).(Acessado em: 11/07/18).

OMS, 2001. *Promoção do papel da medicina tradicional nos sistemas de saúde: Estratégias para a região Africana*.

Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112147/AFR\\_RC50\\_R3\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112147/AFR_RC50_R3_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). (Acessado em: 17/05/18).

OTANI, M & BARROS, N. 2011. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência e Saúde Colectiva*.

PHAINDANNE, 2000. A feitiçaria não é um mito, é uma realidade. Maputo. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/emancipa/research/pt/ft/saberes.html>. (Acessado em: 05/04/18).

PINA, L.1949. “A medicina indígena da África Portuguesa”, In Memórias e Comunicações ao IX Congresso Colonial do Mundo Português. Lisboa. Disponível em:<https://www.google.com/search?client=opera&q=Pina%2C+Luíz+de+Cabral.1940.+“A+medicina+indígena+da+África+Portuguesa”%2C+>. (Acessado em: 20/05/18).

POLANAH, L. 1970. Possessão e exorcismo em Moçambique. In Memória do Instituto de Investigação Científica de Moçambique, Lourenço Marque, pp.3-38. Disponível em: <http://Www.ces.fe.uc.pt/emancipa/publicações/oficina/150/150.pdf>. Acessado em: 07/05/18.

QUIVY, R & LUC, V.1995. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Trajectos. Lisboa: Gradiva.

QUEIROZ, M & CANESQUI, A.2000. *Antropologia da Medicina: Uma revisão teórica*. 152-64.

QUIVY, R & LUC, V.1995. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Trajectos. Lisboa: Gradiva.

RICHARSON, R. 1999. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.

SANTOS, J & BARROS, R. 1952. Notas etnográficas de Moçambique. XIII Congresso Luso-Espanhol para o progresso das Ciências. VI 5. Lisboa. 609-623 Editores.28.

SANTOS, B & MENESES, M. 2010. (Orgs). *Epistemologias do Sul*. São Paulo, Ed Cortez.

SARDAN, J. 2017. A Política do trabalho de campo: *Sobre a produção de dados em sócio-antropologia*. Maputo. Alcance Editores.28.

SCHEPER-HUGUES, N & LOCK, M. 1987. The mindful body. *Medical Anthropology Quaterly*. 1: 6-42

SPINK, M. 1998. *Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análises das Representações Sociais*. In: Guareschi, P.; Jovchelovitch, S. *et al*. Textos em Representações Sociais. 4ª ed. Petrópolis: Vozes. 117-145.

SHORE, C. 2010. *La antropologia y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la formulación de las políticas*.21-49.

SOUZA, C. 2006. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. Sociologia.20-45

STREUBERT, H. & CARPENTER. D. 2002. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Camarate: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*. Disponível em: <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/93>, (Acessado em 11/06/18).

UCHÔA, E & VIDAL, J. 1994. *Antropologia Medica: Elementos conceptuais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença*. Caderno de Saúde Pública: 497-504.

WEDEL, et al. 2005. "Towards an Anthropology of Public Policy"- The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences, 600: 30-51.

WHO. 2011. *Década da Medicina Tradicional da Região Africana: Relatório dos Progressos AFR/RC61/PR/2*, 5 de Julho de 2011. Disponível em: [https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working\\_documents/AFR-RC61-PR-2--Década-da-medicina-tradicional-na-Região-Africana\\_0.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/AFR-RC61-PR-2--Década-da-medicina-tradicional-na-Região-Africana_0.pdf). (Acessado em: 12/10/18).

### **Espaço cibernético**

<https://2012congressomz.files.wordpress.com/2013/08/t09c01.pdf>. Agostinho, Adelaide & Silva, Harrysson. 2012. [Acessado em: 17/01/17].

<https://educalingo.com/pt/dic-it/emico>, Pike, Thomas & Harris, Marvin. 1990 [Acessado em: 03 /8/17].

### **Consulta de Documentos Oficiais:**

- Assembleia da República. 2004. *Constituição da República de Moçambique*.2004. Maputo. Imprensa Nacional.
- Diploma Ministerial n.º 78/92, de 10 de Junho.
- Estratégia da OMS para integração da Medicina Tradicional 2002-2005/2014-2023.
- Estatutos da AMETRAMO.
- Projecto de Lei da Medicina Tradicional.n.º189/CM/2017 REV 1. MISAU.
- Política Nacional da Medicina Tradicional.
- Resolução n.º.11/2004 de 14 de Abril, Série n.º15.