

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Mindján Tela em trânsito:

De São Tomé, as plantas que curam, os saberes que perduram

Ana Rita Landeira Rodrigues

Doutoramento em Antropologia

Orientadora:

Doutora Maria Cristina Ferraz Saraiva Santinho, Investigadora do
Centro em Rede de Investigação em Antropologia, ISCTE –
Instituto Universitário de Lisboa

Março, 2022

Departamento Antropologia

Mindján Tela em trânsito:

De São Tomé, as plantas que curam, os saberes que perduram

Ana Rita Landeira Rodrigues

Doutoramento em Antropologia

Júri:

Doutora Clara Carvalho, Professora Associada do ISCTE –
Instituto Universitário de Lisboa (Presidente)

Doutora Chiara Gemma Pussetti, Investigadora Auxiliar do
Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

Doutora Maria Manuel Correia de Lemos Quintela, Professora
Coordenadora do Departamento de Saúde Comunitária da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Doutora Inês Margarida de Castro Barbosa Lourenço Aparício,
Investigadora contratada do Centro em Rede de Investigação
em Antropologia, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Maria do Céu Talhadas Marques Barbosa de Madureira,
Investigadora do Departamento Ciências da Vida do Centro de
Ecologia Funcional da Universidade de Coimbra

Doutora Maria Cristina Ferraz Saraiva Santinho, Investigadora
contratada do Centro em Rede de Investigação em
Antropologia, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Março, 2022

A ti.

*Como que o desabrochar de uma flor,
desde que o nosso olhar se cruzou, o amor por ti floresceu e não mais parou!*

A mera presença de ti irradia uma luz interior cada vez mais intensa.

Num fulgor estonteante que marca a tua existência ímpar no universo!

*Contigo já carregas a consciência do mundo e das coisas,
um respeito por todas as formas de vida que me plenificam o corpo e a alma.*

E, nesta viagem, demasiado apressada,

*que te leva de bebê, a menina e moça,
te acompanha uma benquerença infinita.*

Assim te sinto, assim te vejo!

AGRADECIMENTOS

Esta tese representa o culminar de um desígnio tanto pessoal, como académico ao qual me propus e cujo desenvolvimento não seria possível sem o apoio e a orientação de várias pessoas. Assim, desejo expressar a minha sincera gratidão:

À Doutora Cristina Santinho, a minha orientadora científica, pela sua compreensão, disponibilidade e apoio ao longo desta jornada, à sua preciosa visão crítica e auspícios no decurso deste longo trabalho.

À Maria Manuel Quintela, pela amizade, pelo apoio e interesse manifestado na minha pesquisa.

Ao Doutor Miguel Vale de Almeida pelos seus conselhos ao longo do processo de (re)construção do projeto de investigação.

A todas as vozes que emanam desta narrativa e que se apresentaram como peças basilares no caminho traçado. Um agradecimento especial ao Hector Costa pela disponibilidade e apoio sempre presente tanto ao longo do trabalho de campo, como na fase de escrita. À Raquel Moreno, à D^a Joana Costa, Edna Bandeira, D^a Aurora, Margarida Lopes, Elise Santos, Mari, D^a Lourença, Olinda Beja, Doutora Maria do Céu Madureira, Hardy Santos, Pascoal Carvalho, Elias Ananias, António Camuenha, Will Sousa e Sr. Domingos Barros. Ao Hamilton Costa pela amizade e prontidão em ajudar.

À minha família, cujo apoio e incentivo serviram de catapulta para alcançar esta tão esperada meta.

Ao Edgar Bernardo pelas leituras e *feedback* na fase final do percurso de escrita.

À Simona Tomarchio pelas conversas que mantiveram acesa a nossa ligação ao projeto, durante aquela que é a fase mais solitária de um percurso de doutoramento.

A todas as pessoas que de algum modo me acompanharam nesta jornada, que proferiram palavras de incentivo e de apoio, exalando alento para perseverar neste caminho que se viu longo e árduo.

À Fundação para a Ciência e Tecnologia pela atribuição da Bolsa de Doutoramento, permitindo o desenvolvimento deste projeto de investigação.

Esta tese foi realizada com o financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia, pela atribuição de uma Bolsa de Investigação com a referência SFRH/BD/111432/2015.

RESUMO

Mindjân Tela em trânsito procura esmiuçar os fluxos transnacionais de saberes, práticas e bens terapêuticos que acompanham os santomenses na sua trajetória de mobilidade. Ancorada numa pesquisa etnográfica multi-situada entre múltiplos contextos em Portugal e São Tomé e Príncipe esta proposta de investigação pretende contribuir para uma análise crítica dos processos de legitimação e negociação entre saberes e práticas terapêuticas, de (i)materialização das plantas em *medicamentos*, bem como refletir sobre os contornos da flexibilidade do próprio conhecimento tendo por base o seu caráter eminentemente circulatório e transformativo. Os processos de (re)configuração de saberes e práticas despontam de uma análise das redes de (re)produção, de uso, de acumulação, de adaptação e de intercâmbio de conhecimentos, mas também das dinâmicas no trânsito de bens e práticas que possam desvendar contextos de *(re)criação das sociabilidades terapêuticas*. Paralelamente, (re)constroem-se percursos de saúde que permitem descortinar os elos entre práticas terapêuticas e consumos diversificados e, por conseguinte, destrinçar os processos de sustentabilidade social dos recursos medicinais naturais. Em reflexão sobre os processos de biopolitização das medicinas e da hierarquização dos saberes e das práticas em saúde, navega-se pelos meandros da relação organizacional (ou ausência dela) entre a *medicina da terra* - local e a biomedicina.

Palavras-chave: *Mindjân tela*, Saberes e práticas terapêuticas, 'Sistemas' médicos, Mobilidade transnacional, São Tomé e Príncipe

ABSTRACT

Mindjân Tela in transit seeks to scrutinize the transnational flows of knowledge, practices and therapeutic *things* that accompany the São Toméans in their mobility trajectory. Anchored in multi-situated ethnographic research between multiple contexts in Portugal and São Tomé and Príncipe, this study proposal aims to contribute to a critical analysis of the processes of legitimation and negotiation between therapeutic knowledge and practices, the (i)materialization of plants into *medicines*, as well as to reflect on the contours of the flexibility of knowledge itself based on its eminently circulatory and transformative character. The processes of (re)configuration of knowledge and practices emerge from an analysis of the (re)production, use, accumulation, adaptation and exchange of knowledge networks, but also of the dynamics in the transit of *things* and practices that unveil contexts of *(re) creation of therapeutic sociabilities*. Simultaneously, the (re)construction of health itineraries make it possible to unveil the links between medical practices and diversified consumption and, consequently, to disentangle the processes of social sustainability of natural medicinal resources. Reflecting on the processes of biopoliticization of medicine and the hierarchization of knowledge and practices in health, we navigate through the intricacies of the organizational relationship (or lack thereof) between local medicine and biomedicine.

Key words: *Mindjân tela*, Therapeutic knowledge and practices, Medical 'systems', Transnational Mobility, São Tomé e Príncipe.

ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Índice de quadros	xi
Índice de imagens	xiii
Índice de anexos	xv
Glossário	xvii
INTRODUÇÃO	1
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	9
CAPÍTULO 1 - Entre São Tomé e Príncipe e Portugal	23
1.1 São Tomé e Príncipe: dos tempos passados, ao presente	23
1.1.1 Narrar o passado, compreender o presente: esboços históricos, sociais, económicos e políticos	24
1.1.2 ‘ <i>Qua tela</i> ’: cronotopias de um património (i)material e natural santomense	29
1.2 Os fluxos migratórios entre São Tomé e Portugal: itinerários histórico-espaciais	35
1.2.1 <i>No lado de cá</i> : notas sobre o contexto de acolhimento em Portugal	39
1.3 O sistema de saúde em contexto	43
1.3.1 De São Tomé e Príncipe	45
1.3.2 A Portugal	53
CAPÍTULO 2 - <i>Mindján Tela</i> em trânsito: ‘as plantas nas voltas que a vida dá’	61
2.1 Do património medicinal natural de São Tomé: pensar a etnobotânica e a medicina local	61
2.2 O papel do <i>mindján tela</i> no processo de construção da história familiar e social de santomenses em trânsito	68
2.3 Circulação de pessoas e plantas: dinâmicas e consumos	77
2.3.1 Redes transnacionais e circuitos de (re)produção de saberes e práticas	84
2.3.2 O mercado das plantas do lado de cá: processos de intercâmbio em contexto migratório	88
2.4 <i>As plantas daqui</i> : ‘espaços’ e sentidos da ‘tradição’ terapêutica de São Tomé	90
2.4.1 <i>Mindján tela</i> de hoje: a contemporaneidade de práticas terapêuticas de São Tomé	94
2.5 O voo das ‘coisas’ além-fronteiras: as malas de viagem	100

CAPÍTULO 3 - “Plantas que curam, saberes que perduram”: em torno da construção simbólica da doença e do uso das plantas medicinais	111
3.1 Sobre saúde e doença: percursos e construção de narrativas	112
3.1.1 A doença e o “mal de barriga”: transversalidades e significados	133
3.2 O natural como <i>panaceia</i> para os males do corpo: do <i>Alecrim</i> ao <i>Stlofi</i>	137
3.2.1 “Remédio santo”: o devir das plantas medicinais	144
3.3 Entre gerações. Saber, fazer e guardar	149
3.3.1 Retratos biográficos: <i>entre gerações</i>	150
“Um pé dentro, um pé fora...” – H.C.	
“Sendê mom, sendê opé” – A.B.	
CAPÍTULO 4 - ¿Medicinas em contraponto?	163
4.1 Interface entre a antropologia e as medicinas	163
4.2 Os interstícios entre a biomedicina e a <i>medicina da terra</i>	177
4.2.1 Conhecimentos e consumos terapêuticos	189
4.2.2 “Salva a ti e os outros”: do plano físico ao espiritual	195
4.3 Passado, presente. Que futuro?	206
Considerações finais	219
Referências bibliográficas	227
Anexos	241

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 0.1: Caracterização sociodemográfica dos santomenses entrevistados com residência em Portugal

Quadro 0.2: Caracterização sociodemográfica dos santomenses entrevistados em STP

Quadro 0.3: Caracterização sociodemográfica dos técnicos de saúde e agentes responsáveis pelo desenvolvimento de projetos em STP, entrevistados em Portugal

Quadro 0.4: Caracterização sociodemográfica dos técnicos de saúde e agentes responsáveis pelo desenvolvimento de projetos em STP, entrevistados em São Tomé

Quadro 0.5: Caracterização sociodemográfica dos terapeutas locais entrevistados em São Tomé

Quadro 2.1: Lista dos principais recursos naturais utilizados em trânsito migratório

INDÍCE DE IMAGENS

Imagem 1.1: Mapa Parque Natural d'Obo, Jardim Botânico, São Tomé

Imagem 1.2: Lista de botânicos reconhecidos pela identificação de espécies vegetais de São Tomé e Príncipe, Jardim Botânico, São Tomé

Imagem 2.1: Da mala de viagem de A.: *Ossame*, Pau-pimenta, *Atlimija*, *Bengue*, *abacateiro*, *Sapo-Sapo*, *Matrusso*, Folha de Canela e *Micóco*. setembro, 2017

Imagem 2.2: Da mala de viagem de A.: *Micóco*, setembro, 2017

Imagem 2.3: Da mala de viagem de A. setembro, 2017

Imagem 2.4: A mistura de cascas para a *bebida quente* - *Piloló Atómico*, novembro, 2017

Imagem 2.5: Mostra de plantas medicinais indicadas para estimular o sistema imunitário e prevenir a infecção pelo COVID-19. Publicação na rede social Facebook, março 2020

Imagem 2.6: Material escolar para a mala de viagem PT-STP, fevereiro, 2018

Imagem 2.7: Mala de viagem de São Tomé para Portugal, fevereiro, 2018

Imagem 2.8: Mala de viagem de São Tomé para Portugal, fevereiro, 2018

Imagem 2.9: Mala de viagem de São Tomé para Portugal, fevereiro 2018

Imagem 2.10: Da mala de viagem de H. *Para o Tó – Micóco*, fevereiro, 2018

Imagem 3.1: Árvore Pau-três, Parque Natural d' Obô, São Tomé, 2018

Imagem 4.1: Consultório *Mindjam Tela*, Cidade de S. Tomé, STP

Imagem 4.2: Tabela de produtos disponíveis no consultório *Mindjam Tela*, São Tomé

Imagem 4.3: Tabela de produtos disponíveis no consultório *Mindjam Tela*, São Tomé

Imagem 4.4: Tabela de produtos disponíveis no consultório *Mindjam Tela*, São Tomé

Imagem 4.5: Tabela de produtos disponíveis no consultório *Mindjam Tela*, São Tomé

Imagem 4.6: Centro de Tratamentos Naturais, Cidade de São Tomé

INDÍCE DE ANEXOS

Anexo A: Guião de condução dos grupos focais

Anexo B: Guião de entrevista santomenses: trabalho de campo em Portugal

Anexo C: Guião de entrevista técnicos de saúde: trabalho de campo em Portugal

Anexo D: Guião de observação/entrevista: trabalho de campo em São Tomé

Anexo E: Um herbário de plantas medicinais em construção

Anexo F: Tipologia de terapeutas locais santomenses

Anexo G: Notícia online: “População de São Tomé se trata com plantas e até médicos receitam ervas.”

Anexo H: Notícia Observador: “Médicos são-tomenses querem medicamentos essenciais nos hospitais ainda este mês.”

GLOSSÁRIO

AMI	Assistência Médica Internacional
ACS	Alto Comissariado da Saúde
ASC	Agente de Saúde Comunitário
ARFAMED	Autoridade Reguladora do Sector Farmacêutico – São Tomé e Príncipe
CDB	Convenção Sobre a Diversidade Biológica
CS	Centros de Saúde
DGS	Direção Geral da Saúde
EMA	European Medicines Agency
<i>Fia</i>	Folha
<i>Frialidade</i>	Estado corporal frio
HELPO	Associação Helpo: Organização Não Governamental para o Desenvolvimento que desempenha a sua atividade desde 2008 em Portugal, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Guiné-Bissau, para a promoção do desenvolvimento através da educação e da nutrição.
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.
IMVF	Instituto Marquês de Valle Flor
<i>Matu</i>	Mato, floresta – <i>Obô</i>
<i>MCA</i>	Medicinas complementares e alternativas
<i>Mindján Tela</i>	Medicamentos da terra
<i>Molo quente</i>	Estado corporal quente
<i>Obô</i>	Mato, floresta
PSC	Postos de Saúde Comunitários
PS	Postos de Saúde
<i>Qua Tela</i>	Coisas/Produtos da terra
<i>Sendê mom, sendê opé</i>	Estica a mão, estica o pé
<i>Stlizon</i>	Médico/terapeuta local
<i>Stlizon matu</i>	Cirurgião do mato (sobretudo responsável pela colheita das plantas)
RGPH-2012	Recenseamento Geral da População e Habitação - 2012
SNS	Sistema Nacional de Saúde
STP	São Tomé e Príncipe

INTRODUÇÃO

De corpo e alma.

Mindján Tela em trânsito – o enfoque nos fluxos transnacionais de saberes, práticas e bens terapêuticos que acompanham os santomenses na sua trajetória de mobilidade para Portugal, constitui a premissa base a partir da qual se procurou desenvolver o estudo. Na pretensão primordial de refletir sobre os processos de (re)configuração de saberes e práticas, encetou-se numa análise das redes de (re)produção, de uso, de acumulação, de adaptação e de intercâmbio de conhecimentos, mas também das dinâmicas no trânsito de bens e práticas terapêuticas por espaços transnacionais que pudessem desvendar conexões, circuitos e contextos de (re)criação das sociabilidades terapêuticas. Paralelamente, a interação entre a panóplia de práticas e de matrizes terapêuticas, abriu espaço para esmiuçar os contornos da (i)materialização das plantas em medicamento, como da relação organizacional entre corpos de conhecimentos em saúde e doença que assentam em paradigmas médicos distintos. Partindo desta linha de pensamento, procurou-se problematizar o ‘tradicional’ enquanto eufemismo de algo estático, irracional, inconsciente, coletivo e ineficaz, portanto entendido como o oposto de moderno o que, por sua vez, é concebido como sinónimo de dinâmico, racional, individualista e eficaz (Feierman & Janzen, 1992).

Considerando as especificidades contextuais que deram corpo ao estudo, São Tomé e Príncipe evidenciou-se a) como um contexto de práticas híbridas, circunstância que se sobrepõe à esfera dos saberes e das práticas terapêuticas; b) por uma rica biodiversidade que conta com inúmeras espécies endémicas, aliado à presença de um profundo conhecimento local sobre as potencialidades e os usos das plantas medicinais – sendo muitas destas espécies de eficácia farmacológica reconhecida (Madureira, 2012); e c) pelo reconhecimento da *medicina da terra* (Seibert, 2004) enquanto estrutura e, em simultâneo, instrumento privilegiado de conhecimento sobre a saúde e doença, bem como dos respetivos processos terapêuticos que respondem aos aspetos mais significativos da experiência de doença e/ou mal-estar. Não obstante, a medicina local não é, nem pode ser reduzida à manipulação e administração de plantas medicinais, uma vez que no seu enredo participam aspetos sociais, culturais, afetivos e simbólicos que explicam precisamente a sua (sobre)vivência na contemporaneidade. Ainda, caracteriza-se como um fenómeno que não é exclusivo dos meios rurais onde o alcance do Sistema Nacional de Saúde pode ser mais diminuto, estendendo-se aos meios urbanos e a todas as camadas sociedade e onde as questões financeiras, nem sempre oferecem uma explicação taxativa do contexto, dado que quando procurados, os próprios terapeutas locais cobram as suas consultas.

Assente numa perspetiva de análise com enfoque nos contornos e nas dinâmicas da mobilidade humana, do propiciado encontro entre práticas terapêuticas que se constituem a partir de fluxos de saberes e práticas em contínua fusão e (re)configuração e, por último, considerando a saúde como eixo fundamental do desenvolvimento das sociedades impera conhecer e compreender as diversas (re)construções em torno da saúde e doença, bem como as lógicas internas da panóplia de práticas terapêuticas, estas enquanto meios a que as pessoas recorrem para a manutenção da saúde e bem-estar. Neste contexto, atendendo aos elementos históricos que nos informam sobre a constituição da sociedade santomense enquanto sociedade crioula (Seibert, 2014), sugere-se, desde logo, refletir sobre os traços diferenciadores do tecido histórico, social, cultural, económico e político de São Tomé e Príncipe enquanto sociedade africana e contexto eminentemente híbrido. Onde interessa ponderar as contribuições dos elementos africanos no domínio das representações, atitudes e práticas importadas pelas massas humanas escravas provenientes de diversas regiões da África continental que estiveram na origem da formação de São Tomé e Príncipe.

Procura-se, deste modo, revisitar processos terapêuticos a partir de uma análise de saberes e práticas que combinam a utilização de uma grande variedade de recursos medicinais naturais e de práticas revestidas de significados simbólicos particulares (Madureira, 2012; Seibert, 2004; Valverde, 2002) com a particularidade interessante de terem resultado, em grande medida, de processos de fusão a partir de quadros culturais e regiões diversas.

De sublinhar que a própria flexibilidade do conhecimento nos alerta para os processos de apropriação e de adaptação de saberes e práticas cujo carácter eminentemente circulatório e transformativo permite compreender, precisamente, os moldes em que opera a sua continuidade histórica e social (Moreira-Frazão, 2010). Tal remete para um conjunto de questões que possibilitam contextualizar o quadro terapêutico e os processos que permeiam os discursos de legitimação, bem como a retórica em torno da eficácia terapêutica e até mesmo dos seus limites (Rodrigues, 2019). Contemplando ainda a variabilidade social do próprio conhecimento, em particular, das plantas medicinais e dos seus usos, atenta-se à presença de um vasto leque de saberes trazidos do *passado* com aplicação prática no presente que se reproduzem desde o *tempo dos avós*. Assim, pretende-se contribuir para elucidar a complexidade intrínseca à flexibilidade do conhecimento a partir de um esboço das trajetórias do *mindjân tela* que se alicerça no estudo dos processos de circulação de saberes e práticas. Neste âmbito, integra-se uma apreciação da extensão e da intensidade de práticas terapêuticas em contexto transnacional e dos processos pelos quais a mobilidade cultural e humana constitui, desfaz e refaz todo um corpo de saberes médicos.

Pensar a circulação de recursos medicinais naturais - em particular as plantas - e o propósito final a que se destinam - cuidar, conduz-nos a reflexões paralelas, por um lado,

sobre as redes de cuidado interpessoal e respectivas micro dinâmicas (Torralbo, 2016), as quais aclaram processos de preparação e de intercâmbio de um vasto conjunto de plantas medicinais, entre outros. E, por outro lado, sobre todo o mercado (in)formal que potencia. Pode-se dizer que constituem, assim, redes (in)formais consolidadas a partir do trânsito contínuo de bens terapêuticos que, além de sinalizarem o garante da sustentabilidade social e cultural dos usos de recursos medicinais naturais, também fomentam o desenvolvimento de um mercado informal – troca, compra e venda – de valor socioeconómico interessante, tanto na origem, como no destino. Importa ressaltar que a par da transformação de saberes e de práticas enquanto algo intrínseco ao próprio processo de mobilidade, são amplos os saberes-fazeres que se reimprimem, constituindo, no fundo, formas de ser e de fazer que permanecem além-fronteiras. O que torna possível compreender o modo como se (re)produzem saberes e práticas, bem como o valor patrimonial que os recursos medicinais naturais representam para santomenses, tanto do *lado de cá*, como do *lado de lá*.

Na plethora de percursos terapêuticos encontramos elos entre práticas terapêuticas e consumos diversificados e complementares que podem ser entendidos tanto como meras opções estratégicas no decorrer de um processo de definição individual da melhor forma de intervenção sobre uma situação específica de doença e/ou mal-estar, como a incorporação intuitiva de práticas passadas e novas ou diferentes. No entanto, podem ocorrer confrontos entre ‘sistemas terapêuticos’ acionando situações de conflito que contestam a legitimidade das práticas adotadas (Johannessen e Lázár, 2006), o que nos permite questionar, não só, as formas de hierarquização do poder existentes na relação entre profissionais de saúde-pacientes, como as estratégias retóricas utilizadas para justificar e legitimar o monopólio da biomedicina, e ainda os contornos do encontro em contexto clínico. Neste contexto, estabelecer o protagonismo que as distintas práticas terapêuticas assumem nos percursos de saúde e as formas de articulação entre processos terapêuticos permite descortinar os mecanismos subjacentes a consumos híbridos em saúde. De facto, o paradigma biomédico constitui apenas um entre o conjunto diverso de ‘sistemas médicos’ disponíveis, o que nos remete precisamente para pensar sobre percursos terapêuticos concomitantes, procurando dar luz ao modo como (re)formatam as experiências de vida dos nossos interlocutores – santomenses e, em simultâneo, ao papel que a *medicina da terra* assume no seu quotidiano e na construção da memória familiar e social.

Em última análise, a reflexão sobre a subtilidade e a complexidade intrínseca aos processos de biopolitização das medicinas, dos bens terapêuticos e dos corpos individualizados configuram interessantes pontos de desenvolvimento para pensar os meandros da relação organizacional (ou ausência dela) entre as práticas terapêuticas naturais – locais, com recurso a plantas medicinais e a biomedicina. O intuito de esmiuçar a relação dos profissionais de saúde com os seus pacientes, com o próprio saber biomédico e com a

instituição da biomedicina, enquanto estrutura tendencialmente hermética (Tesser, 2007), emerge em contraponto com a panóplia de saberes considerados como não-científicos, mas que são sustentados em experiências seculares e com os quais são frequentemente confrontados. Neste contexto, o equilíbrio almejado entre saberes e práticas terapêuticas pode sustentar-se na noção de complementaridade – de cariz menos elitista, mas cujo processo de validação, padronização e comercialização requer um reconhecimento por parte da comunidade científica, o que é revelador do biopoder patente na organização da sociedade e dos cuidados em saúde e doença.

Como uma força da natureza: os pontos de partida

Um caminho ancorado na familiaridade conduziu a minha atenção de novo para pensar e quiçá repensar a migração, a saúde, a doença e a gestão de cuidados de saúde. Mas qual a verdadeira motivação? Qual o fio condutor desta tríade que despertaria a curiosidade, tanto pessoal, como académica? Quais as questões de relevância científica? E, para além disso, como navegar no campo da inovação, produzindo resultados que sejam capazes de abrir novos e diferentes espaços de diálogo, de saber e de fazer?

Considero que aqui residem alguns dos elementos mais importantes e estruturantes do (in)sucesso da construção de um projeto de investigação, do próprio trabalho de campo e de todo o processo de produção e na posterior responsabilidade da devolução do conhecimento adquirido.

Aqui, imperou a valorização pessoal, mas fortemente enraizada nos percursos académicos e profissionais que me acompanhavam nos últimos anos. Vislumbrava uma área que permitiria trabalhar múltiplas questões e uma imersão na cosmovisão das medicinas locais, das suas significações, das suas transmutabilidades e dos seus processos de (re)negociação no tempo, no espaço e, também, com outras configurações terapêuticas.

Em termos profissionais, tendo enveredado pela área genérica da imigração e da saúde, mais especificamente sobre os (des)encontros entre profissionais de saúde da biomedicina e utentes imigrantes vindos dos mais variados países, através da participação em projetos nacionais e internacionais, a compulsão pela linha da migração parecia fluir. Não obstante, exigiu um *shift* teórico-metodológico significativo, que partia de um contexto de trabalho pautado sobretudo pela perspetiva da saúde pública, para agora pensar as premissas analíticas sob a ótica do pensamento antropológico. Recomeçar, reconstruir, concretizar: de volta à antropologia! Foi tempo de regeneração e de reencontro.

O trânsito de pessoas e coisas surge assim como elemento estruturante e a partir do qual se desenrolam as dimensões que se propõem esmiuçar. Porquê São Tomé e Príncipe? Destacou-se pela sua riqueza na biodiversidade, contando com um vasto leque de espécies endémicas, aliado à presença de um conhecimento local notório sobre as potencialidades e

usos das plantas, tanto no âmbito da culinária, como da saúde e da doença. A par disto, a própria dimensão geográfica das ilhas e relativa proximidade entre aquele que é o mundo rural e o mais urbano, transformou-as num contexto particularmente apetecível do ponto de vista analítico de uma transversalidade de ser, saber e fazer. E, neste emaranhado de ideias ainda esparsas, indubitavelmente, foram os textos de Valverde (2000) *Máscara, Mato e Morte: Textos para Uma Etnografia de São Tomé – compilação e prefácio de João de Pina Cabral* que desencadearam uma curiosidade particular pelo *matu* e do que ele alberga. Parecia como que todo o seu espólio natural, se revelasse por si só, como um interlocutor perfeito do que compõe uma parte significativa da experiência de vida em São Tomé e nos significados e manipulações do natural.

O magnetismo pelo entendimento dos saberes e das práticas associadas ao *mindjân tela* revelou-se, assim, a partir de um conjunto de singularidades que posteriormente viriam a influir no modo como as questões de base foram problematizadas. Igualmente, consubstanciada na presença de formas terapêuticas compósitas, o caminho levaria a uma imersão nas teias daquela que é considerada uma grande força médica, colocando assim na mira, a rubrica da disseminação da biomedicina e do seu papel passado, presente e quiçá futuro.

Face à ressonância dos posicionamentos teóricos, eis que a mala de viagem entra na equação, fazendo todo o sentido! O contexto da mobilidade, do voo das coisas entre lá e cá, surge assim como eixo central na perspetiva analítica que viria a desenvolver. Olhar para esta questão a partir do lado cá, isto é, a partir de santomenses residentes em Portugal, revela o interesse particular em observar de que modo as pessoas ‘transportam’ e perpassam estes saberes e estas práticas e de como as incorporam no seu quotidiano. Mas também das idiosincrasias adjacentes e, porventura, as efemeridades do próprio legado disseminado desde o tempo dos avós, sobre o conhecimento da natureza e dos medicamentos que a terra dá. Mas não só. Depressa compreendi que não poderia olhar tão somente a partir do lado de cá, sem olhar pelas lentes do lado de lá. Procurei, deste modo, esmiuçar as dinâmicas que subjazem o “voo das plantas e dos seus saberes”, tentando acompanhar as (des)continuidades da farmacopeia local e dos impactos trazidos pelos processos de globalização e de *colonialização* biomédica na transubstanciação dos ‘sistemas’ médicos locais.

Por fim, e como parte do caminho percorrido até aqui, dominaram muitas inquietudes e, embora nos digam que é um processo natural de qualquer investigação, tais desassossegos fizeram duvidar do que este trabalho poderia eventualmente alcançar. *A pari passu*, vislumbrava uma panóplia de óbices que se colocaram desde o próprio enquadramento teórico-metodológico, ao terreno. Não obstante e, em retrospectiva, estes transformaram-se em conhecimento e (re)aprendizagens constantes, levando-me a explorar outras vias e a encontrar o foco (assim o entendi). E, não menos preponderante, a preocupação, ainda que

latente, mas sempre presente assentava numa incessante busca pela “pólvora” temática, veiculada pelo ímpeto da inovação, do elemento da “novidade” e da necessidade de uma ressonância pública da ciência e respetivo conhecimento antropológico, bem como da sua (re)produção. Transformara-se numa busca impetuosa, na tentativa de acompanhar o conhecimento atual e do que ele nos pode permitir na prática.

Como uma força da natureza e nela imbricada, do terreno desbrocharam deu os seus frutos e num caminho que se viu longo, com os mais variados percalços, o trabalho finalmente adquiriu uma forma que almeja acompanhar o acervo terapêutico e a contemporaneidade do *mindján tela*, na sua relação osmótica com as *outras* medicinas.

Estrutura do trabalho

O presente trabalho foi estruturado em quatro (4) capítulos. O primeiro capítulo enceta num enquadramento histórico, social, cultural, económico e político de São Tomé e Príncipe enquanto contexto de referência, perpassando por uma contextualização do seu espólio (i)material natural enquanto eixo analítico central. Paralelamente, e em estreita ligação com o mundo das plantas medicinais e do lugar que a *medicina da terra* ocupa na sociedade santomense, traça-se um quadro geral dos desempenhos institucionais dos ‘sistemas de saúde’, refletindo sobre a própria noção e o modo como se implantou no cenário sociopolítico, (re)produzindo um repertório dicotómico entre o *convencional* e o *não convencional*. Partindo de uma perspetiva analítica que se coloca no contexto dos movimentos transnacionais, descrevem-se igualmente os itinerários migratórios temporal, espacial e socialmente situados entre São Tomé e Príncipe e Portugal.

No segundo capítulo desenvolvem-se formulações teórico-empíricas importantes que equacionam e fundamentam as premissas gerais do estudo. *Mindján Tela* em trânsito – desde o lugar que a área de estudos da etnobotânica ocupou na perspetiva análise percursora, às dinâmicas e aos consumos de bens terapêuticos em circulação por espaços transnacionais, procura-se nortear uma perspetiva analítica à luz da contemporaneidade da *medicina da terra* e da sustentabilidade social dos saberes e das práticas que a *(re)criam*.

O terceiro capítulo constrói-se a partir dos axiomas apresentados no debate sobre os percursos terapêuticos e a construção de narrativas e significações sobre a saúde, a doença que iluminam os idiomas de mal(bem)-estar, as respostas à doença e, inclusive, os modos de transformação terapêutica. Aqui, o natural apresenta-se como a panaceia para os *males do corpo* – a doença e, ao mesmo tempo, que assume a função de proteger e manter a saúde. Neste contexto, na senda de um processo de naturalização – e de materialização – dos *mindján tela* com o desenvolvimento de estudos etnofarmacológicos, as plantas medicinais passaram a ombreira do local, para a arena transnacional e, inclusive, dos laboratórios à conquista da própria ciência.

O quarto capítulo intenta estabelecer os interstícios entre o paradigma biomédico e as *outras medicinas*. Em reflexão sobre os processos de institucionalização da biomedicina, ao prolongamento social, económico e político da sua jurisdição e às assimetrias relacionais e terapêuticas, procura-se situar histórica, social e politicamente o fenómeno, de modo a melhor compreender a posição que a (bio)medicina ocupa na estrutura social, bem como o processo de construção do seu estatuto e identidade. Abrindo e, em simultâneo, centrando a análise para os processos de conciliação da diversidade terapêutica, procura-se contextualizar os discursos de legitimação e/ou permissividade (seletiva), bem como as retóricas em torno da eficácia dos *medicamentos* mas, sobretudo, aclarar a relação umbilical dos santomenses com os saberes e as práticas terapêuticas locais e, por conseguinte, os processos de (re)produção de conhecimento no cenário transnacional e de *(re)criação de sociabilidades terapêuticas*.

O epílogo culmina com as considerações finais que visam retomar aspetos teóricos e empíricos que sustentam a análise e a discussão dos dados e, em simultâneo, fornecer pistas orientadoras para o desenvolvimento de estudos e de estratégias integrativas nesta área.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“O mundo muda, eu mudo, nós mudamos, eles mudam [...] e este reconhecimento é em si suficiente para que o trabalho de campo etnográfico mereça ser permanentemente estudado e analisado como processo e não apenas nos seus resultados. Falamos, portanto, do projeto comparativo de uma ciência que se faz entre o local e o global ou entre os acessos diversificados e individualizados à realidade social e a possibilidade de abrirmos essas janelas de conhecimento à comunidade humana mais vasta (académica e não só).”
(Martins, 2012, pp. 529-30)

O plano metodológico assentou, sobretudo, na pesquisa etnográfica, enquanto estratégia que permite uma imersão aprofundada no contexto em estudo (Davies, 1999; Hammersley & Atkinson, 1995), possibilitando, assim, informar sobre a problemática e traçar o caminho para responder aos objetivos propostos. A operacionalização do projeto inscreveu-se numa lógica de investigação que tinha a pretensão de assumir um carácter flexível e quiçá criativo tanto do ponto de vista metodológico, como epistemológico e ontológico no intuito de penetrar, o mais profundamente possível, no universo terapêutico santomense e nas malhas da circulação de bens terapêuticos entre São Tomé e Príncipe e Portugal, mas também refletir sobre a permeabilidade das *medicinas* e dos hiatos que a partir delas se (re)constrói.

A partir do quadro analítico traçado perspetivaram-se os seguintes objetivos específicos: (i) estudar as redes de produção, de uso, de acumulação, de adaptação e a circulação de saberes e práticas terapêuticas consolidadas a partir de um mosaico de mobilidade cultural e humana; (ii) compreender os mecanismos subjacentes aos processos individuais e/ou sociais de explicação e de intervenção na experiência da doença, observando as (des)continuidades nos modos de expressão e de gestão da saúde; (iii) observar o percurso dos consumos terapêuticos e as dinâmicas subjacentes ao processo de mediação e de apropriação de bens terapêuticos em contexto transnacional; (iv) analisar a relação organizacional entre as *medicinas*: o modo como se cruzam no contexto terapêutico, explorando discursos e posições em estreita observação da forma como se estabelecem as relações de poder no exercício médico; (v) refletir sobre as áreas de convergência e divergência entre ‘sistemas médicos’ examinando: 1) as imbricações entre o conhecimento tecnocientífico e os saberes locais, por relação ao modo como se estabelece a relação híbrida de consumo terapêutico, e 2) as estratégias retóricas e as micro dinâmicas de poder que se desenvolvem enquanto veículo de legitimação e de consolidação do conhecimento biomédico; (vi) analisar as experiências

terapêuticas enquanto componente que permite, por um lado, interpelar os processos de construção simbólica e, por outro lado, informar sobre os contornos da eficácia terapêutica.

A recolha de dados circunscreveu-se maioritariamente a Portugal e, neste sentido, partiu-se da reconstrução de dimensões analíticas ligadas ao contexto de origem a partir dos discursos de imigrantes santomenses e de técnicos de saúde, entre outros interlocutores que participam ou já participaram em projetos ligados à saúde em São Tomé e Príncipe.

A possibilidade metodológica de “seguir as pessoas” (Marcus, 1995) configura-se na materialização de uma etnografia multi-situada que vem responder ao desafio de observar o trânsito de pessoas e de bens terapêuticos numa situação de mobilidade espacial, assim como os processos através dos quais se corporaliza o intercâmbio.

O carácter “múltiplice” que a investigação assumiu em termos metodológicos, quer na definição dos espaços geográficos e contextos sociais formais e informais¹, quer da pluralidade dos interlocutores no estudo, permitiu cruzar perspetivas e informar sobre a problemática a partir de ângulos distintos. O quadro teórico-metodológico em linha com uma etnografia multi-situada definiu-se, assim, enquanto método de investigação que permitiu explorar não só processos transnacionais, como os contornos da mobilidade cultural e humana (Gupta & Ferguson, 1997a, 1997b) e, ainda as “ideias” e os objetos que se estendem a uma profusão de contextos (Marcus, 1995). E, em contraponto com uma etnografia clássica, uma prática etnográfica contemporânea pode ser retratada a partir de uma rede de interações polimórficas (Hannerz, 2007), assente numa perspetiva analítica que atravessa “tempos” e “lugares” específicos, que tanto podem ser geográficos, sociais ou virtuais.

Neste contexto, no mês de fevereiro de 2018 decorreu uma breve incursão no terreno - Ilha de São Tomé - com o intuito de efetuar um reconhecimento do campo de pesquisa e iniciar a realização de um estudo de caso bem delimitado, no tempo e no espaço. O alargamento do trabalho de campo a STP apresenta como principal objetivo a necessidade de contextualizar o fenómeno em análise a partir do ponto de origem, permitindo em simultâneo um estudo mais aprofundado das dinâmicas que subjazem a circulação de saberes, práticas e bens terapêuticos, como sejam, plantas, folhas, cascas, raízes, sementes, entre outros utilizados no contexto das práticas terapêuticas santomenses.

Deste modo, assenta sobretudo, *a)* na busca de narrativas que ilustrem processos de preparação, envio e intercâmbio destes recursos medicinais naturais para Portugal, os quais assumem um papel importante na gestão da saúde e doença em particular dos santomenses, mas cuja disseminação abre caminho para pensar acerca da possibilidade da extensão do percurso de determinados medicamentos naturais até outras populações; *b)* na reconstituição

¹ Espaços geográficos: Portugal e São Tomé e Príncipe. Contextos de investigação: espaços domésticos e de convívio, ONG, ONGD, OG, serviços de saúde, associações de imigrantes.

do processo de organização do mercado de distribuição de bens terapêuticos em contexto migratório, nomeadamente o modo como se estabelece em Portugal, mas também em STP, em estreita ligação à noção de circulação, e c) melhor contribuir para a problematização das fronteiras entre ‘sistemas’ médicos, no sentido de esmiuçar a relação organizacional entre práticas terapêuticas locais e a biomedicina.

Do lado de cá: em Portugal

O trabalho de campo teve como ponto de partida exploratório a área metropolitana de Lisboa por se verificar uma maior concentração de imigrantes, no geral, nesta região: 285.570 (SEF, 2021), configurando-se igualmente como o destino preferencial de imigrantes santomenses em Portugal. Tal coincide com uma zona onde a atividade económica nacional tem grande peso, contudo a par de uma demanda académica por uma ampliação do campo de investigação, o interesse pessoal pela obtenção de um conhecimento mais diversificado do ponto de vista geográfico e social, conduziu à circunscrição posterior do estudo a Coimbra, Aveiro e Viseu em Portugal onde se concentram atualmente, no global, um número significativo de residentes estrangeiros: 17.028, 18.517 e 6.503, respetivamente (SEF, 2021). Posteriormente, a pesquisa foi alargada a São Tomé e Príncipe, concretamente à Ilha de São Tomé com o intuito de perspetivar e enquadrar a cosmovisão entre *lá* e *cá*, a partir da realização de um estudo de caso bem delimitado, no tempo e no espaço. A amplitude dos estudos envolveu assim a imersão em diferentes contextos de análise, tanto ao nível geográfico, como institucional e populacional.

Do lado de lá: em São Tomé

O alargamento do trabalho de campo a São Tomé decorreu em fevereiro de 2018 naquela que foi uma breve incursão no terreno, com o principal objetivo de contextualizar a perspetiva analítica em análise a partir do ponto de origem – *de lá*, permitindo em simultâneo um estudo mais elucidado e aprofundado das dinâmicas que subjazem a circulação de saberes, práticas e bens terapêuticos naturais, assim como do lugar que a medicina local ocupa na organização dos “sistemas de saúde”. No mês que antecedeu a viagem a STP destacam-se os preparativos, como sejam, o estabelecimento de contatos, a definição de um plano de viagem, a definição de estratégias metodológicas, entre as quais a elaboração de um guião de observação e de entrevista e a sistematização dos eixos analíticos e das principais orientações teóricas.

A experiência etnográfica na ilha santomense, procurou imiscuir-se nas narrativas que ilustraram os processos de preparação, de envio e de intercâmbio de recursos medicinais naturais – *mindján tela* para Portugal, considerando o papel significativo que representam na gestão da saúde e da doença. Paralelamente, assentou numa reconstituição do processo de

circulação e organização do mercado informal de distribuição de bens terapêuticos em contexto migratório, nomeadamente o modo como se estabelece em Portugal, mas também em STP. Almejando, melhor contribuir para a problematização das fronteiras entre “sistemas terapêuticos”², o gesto etnográfico tentou esmiuçar a relação organizacional entre os saberes e as práticas terapêuticas locais e a biomedicina enquanto sistema médico³ hegemónico do ponto de vista sociopolítico e económico.

No terreno

O processo inicial exploratório e de integração no terreno decorreu essencialmente através do contato com informadores-chave que representaram uma ponte para aceder aos diversos interlocutores e à colaboração com organizações não-governamentais e associações de imigrantes, entre outros. Numa primeira fase e no sentido de desbravar terreno sobre os eixos analíticos propostos, bem como identificar informadores-chave, efetuou-se uma abordagem exploratória, sobretudo, através da realização de entrevistas e de conversas informais (Davies, 1999) ou *conversas etnográficas* (Devillard, Mudanó & Pazos, 2012) a imigrantes santomenses, profissionais de saúde (biomedicina), agentes de associações e organizações governamentais e não-governamentais, cujo objetivo visou fornecer referências orientadoras para uma eventual necessidade (re)construção e prossecução da pesquisa. Considera-se que esta modalidade de inquirição pode assumir e, de facto, assumiu um importante papel no processo de (re)definição, em termos analíticos, dos contornos essenciais do estudo (O’Neill, 2011).

Nesta fase equacionou-se a realização de grupos focais (Morgan, 2001), enquanto meio que nos oferece “[...] *uma oportunidade para que tenha lugar um diálogo entre os participantes, tornando possível [...] examinar as relações entre os participantes e as perspetivas que têm*” (Burgess, 2001: 129). A noção de grupo focal tem as suas raízes nas entrevistas realizadas em grupo (Kitzinger, 1994; Gondim, 2003) e, ainda que oriunda da psicologia, considera-se que apresenta características interessantes do ponto de vista metodológico. Por um lado, potencia uma dinâmica favorável ao envolvimento dos participantes na discussão, o que confere a possibilidade de captar significados e posições individuais e, em simultâneo, permite compreender a forma como estas se relacionam com as

² Em linha com o debate sobre a complexificação da concetualização sobre o corpo, a saúde e a doença e a respetiva gestão das práticas em saúde que abre espaço para abraçar a amplitude analítica da noção de pluralidade terapêutica e os pressupostos de uma reflexividade leiga que lhe é subjacente (Clamote, 2008). A mobilidade e a plasticidade de saberes e de práticas terapêuticas rompem com uma lógica homogeneizadora da noção de sistema médico, imbricada na dominância da biomedicina, produzindo assim uma fragmentação institucional sustentada nas transformações do quadro sociocultural contemporâneo.

³ Assente numa conformação concetual de sujeição institucional que consolida e legitima um conjunto de configurações médicas instituídas segundo uma normativa pericial (Clamote, 2008).

perspetivas do grupo. Por outro lado, possibilita o cruzamento de informações e perspetivas cuja função serve para a identificação de pistas orientadoras (Krueger & Casey, 2000; Morgan, 2001). Neste contexto, o recurso a dados preliminares obtidos através desta técnica permitiu traçar as condições ideais para debater um conjunto de conceções sobre a medicina local e melhor compreender as perspetivas individuais e coletivas no que concerne o papel das plantas medicinais no quotidiano santomense. Por conseguinte, permitiu cimentar o percurso da investigação.

Efetuosos os primeiros contatos, exploraram-se as cadeias de referência para novos intervenientes. Os dados foram recolhidos através da realização de três grupos focais mediante a disponibilidade e o local de residência dos participantes, perfazendo um total de 13 santomenses a residir em Portugal. Para a condução dos grupos focais foi elaborado um guião previamente organizado com tópicos orientadores⁴. Os grupos focais decorreram entre março e julho de 2016, em locais distintos: Aveiro e Viseu, com uma duração média de duas horas. No início de cada sessão foi apresentada informação sobre os objetivos gerais do estudo, o procedimento de recolha de dados e o modo de condução das sessões.

Perpassada a fase exploratória e de familiarização com o contexto, a progressiva imersão no trabalho de campo consubstanciou-se no recurso à observação participante, enquanto instrumento metodológico (Davies, 1999; Robben & Sluka, 2007) que permite um contato privilegiado com os contextos de negociação e de incorporação de práticas terapêuticas no quotidiano dos santomenses e, em paralelo, com os diversos intervenientes nos cuidados de saúde. A investigação decorreu fundamentalmente em espaços domésticos e de convívio, assim como em contexto institucional, tais como associações de imigrantes e organizações governamentais e não-governamentais, tendo invocado uma reflexão sobre o processo de desenvolvimento das relações intersubjetivas, dos constrangimentos que poderiam surgir (Prattis, 1996; Whitaker, 2002) e, inclusivamente das estratégias de abordagem no decorrer do esforço para aceder aos bastidores das distintas formas de atuação sobre a experiência da doença, enquanto ‘palco’ que ocupa a esfera mais íntima da vida dos indivíduos e que podem assumir uma forma, mais ou menos, oculta. Neste contexto, o antropólogo enquanto observador é contemplado com o papel de promover a construção de relações de reciprocidade mútua que advém, essencialmente, de um auto e hetero conhecimento – “nós” e um “outro” (Prattis, 1996), enquanto elemento que pode determinar o (in)sucesso da investigação. Assim, uma abordagem reflexiva tem implícita a atividade participante auto consciente do antropólogo cuja posição assumida face ao contexto em estudo deve merecer uma introspeção antecipada da natureza e das condições que regem a sua própria participação enquanto observador (Davies, 1999; Whitaker, 2002).

⁴ Cf. Anexo A

A constituição dos intervenientes no estudo assentou num processo de amostragem por bola de neve e, por conseguinte, em fatores que permitissem assegurar uma análise capaz de cruzar as várias dimensões propostas pelos objetivos de investigação, nomeadamente santomenses e agentes da saúde que incluem a) profissionais de saúde da área da biomedicina, privilegiando os que exercem ou exerceram funções em estruturas de primeira linha de cuidados de saúde ao indivíduo, nomeadamente os serviços de cuidados de saúde primários; b) técnicos portugueses em missão no âmbito de projetos direcionados para o desenvolvimento comunitário, concretamente na área da educação e da nutrição e saúde materno-infantil, e de apoio socioeconómico, e terapeutas locais.

Efetuar-se-iam entrevistas semi-dirigidas enquanto modalidade e instrumento de inquirição e de registo que nos permite buscar o “conteúdo” à realidade social e explorar dimensões de análise complexas (Kvale, 1996). Referem-se a dimensões para as quais a entrevista, tendo em conta o seu elevado potencial heurístico, está particularmente direcionada. O guião das entrevistas foi previamente estruturado com tópicos⁵ a explorar e cujo objetivo foi o de oferecer espaço para os(as) interlocutores(as) desenvolverem o seu discurso. Considerou-se pertinente não definir *a priori* o número de entrevistas, remetendo para o processo de investigação e eventuais ajustamentos decorrentes das vicissitudes do trabalho etnográfico. Tendo em conta, inclusive, que a questão da representatividade não se coloca de forma taxativa como ocorre com outros métodos de investigação (Quivy & Campenhoudt, 1998).

No âmbito do trabalho de campo em Portugal realizaram-se 50 entrevistas semi-dirigidas a santomenses com residência e, em simultâneo, 18 técnicos de saúde no contexto da atuação biomédica e de agentes responsáveis pelo desenvolvimento de projetos em STP. No contexto do trabalho de campo em São Tomé, concretizaram-se 10 entrevistas semi-dirigidas a santomenses com residência na ilha, a 6 técnicos de saúde a exercer ou que exerceram funções nas diversas estruturas médicas e de agentes responsáveis pelo desenvolvimento no terreno de projetos em São Tomé, e a 3 autodenominados terapeutas locais.

Paralelamente, contemplaram-se, com grande enfoque, os *diálogos* ou *conversas etnográficas*, sobretudo a santomenses, mas também a diversos interlocutores chave⁶ que acompanharam o projeto, e cuja finalidade analítica perpassa a fase exploratória (Devillard, Mudanó & Pazos, 2012), contendo em si a capacidade de produzir discursos que permitem obter informação sobre os diversos níveis do contexto terapêutico e relacional. A relevância antropológica destas *conversas* destaca-se pelo seu carácter dialógico – entre observador e observado – que não impõe o efeito de uma situação de entrevista mais formal sobre os interlocutores (Devillard, Mudanó & Pazos, 2012). Em simultâneo, constituiu-se como uma

⁵ Cf. Anexo B, C, D

⁶ Desde investigadores na área, a dirigentes associativos e consulares, a guias turísticos, e outros profissionais de áreas adjacentes.

forma que permitiu dar um maior protagonismo aos informantes e revelar novas abordagens, eixos analíticos, bem como perspectivas teórico-metodológicas e empíricas alternativas e/ou complementares ao aventado (Kvale, 1996).

No decorrer do percurso de investigação o retrato biográfico surgiu enquanto estratégia narrativa (Cole, 1991; O’Neill, 2009) de interesse significativo e complementar ao plano teórico-metodológico que se foi delineando. O retrato biográfico substanciou-se na possibilidade de aprofundar a cosmovisão e, em simultâneo, circunscrever os informes de experiências individuais, cujas vidas e percursos refletem a complexa teia simbólica que se encontram subjacente aos processos terapêuticos. Realizaram-se dois (2) retratos biográficos que permitiram colocar uma lupa na viagem intergeracional da medicina local: 1) H.C - *“Um pé dentro, um pé fora...”* e 2) A.B. *“Sendê mom, sendê opé.”*

No decurso do trabalho no terreno em São Tomé, em estreita aproximação à etnobotânica, enquanto área temática cuja relevância e interesse assumiram um lugar de privilégio, efetuou-se uma pequena recolha de plantas com valor medicinal reconhecido pela população, para posterior herborização e, eventual, arquivar no herbário do Laboratório de Antropologia Ambiental e Ecologia Comportamental, CRIA, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, UNL⁷. A recolha das espécies vegetais obedeceu aos critérios definidos pelo *“Preliminary Guide to Plant Collection, Identification and Herbarium Techniques”* (2008), tendo acompanhado o trabalho no terreno um diário de campo para anotação de informações específicas relativas à colheita e à planta (como seja, o número da colheita correspondente ao número da etiqueta, data da colheita, localidade, habitat e ecologia, descrição e o nome da planta, caso seja conhecido); etiquetas; sacos de plástico; uma pequena pá; uma tesoura da poda; folhas de jornal e uma prensa de secagem.

Enquadrado nesta área de estudos e almejando o desenvolvimento de um exercício de valor académico acrescentado a partir do terreno, participou-se atempadamente em workshops com o intuito de melhor compreender o processo de construção de um herbário de plantas medicinais, desde a colheita, à prensagem, secagem, montagem, catalogação e organização – informatização. Mas, mais do que discorrer sobre os fundamentos teóricos que norteiam o processo de herborização foi pretensão, num exercício prático, realizar uma montagem simples e, em simultâneo, dialogar sucintamente sobre a utilidade de um herbário⁸.

O recurso ao diário de campo foi privilegiado enquanto dispositivo de informação e de reflexão sobre as observações e as experiências vividas, cumprindo assim um importante papel na compilação e construção do conhecimento.

⁷ Cf. Anexo E - Um herbário de plantas medicinais em construção

⁸ Cf. Bowles, 2004; Cabral et al., 2014

Breve caracterização sociodemográfica

Como análise adicional, apresenta-se uma breve caracterização sociodemográfica dos interlocutores. Em valorização de uma triangulação teórico-metodológica (Denzin, 1989 [1970]), esta abordagem permite colocar um pano de fundo em quem são as pessoas entrevistadas, assumindo-se também como uma forma que permite aclarar a inter relação entre eixos analíticos relevantes, assim como descortinar possíveis paradoxos no processo de investigação.

Além de uma mera caracterização sociodemográfica, o quadro abaixo vai então traçar, em particular, um eixo analítico importante referente à relação inter e intra geracional, tendo sido considerado como um elemento organizador fulcral na construção dos percursos socio terapêuticos, conforme veremos.

Do conjunto de entrevistas realizadas a santomenses com residência em Portugal, trinta (30) foram dirigidas a mulheres e vinte (20) a homens, com idades compreendidas entre os 23 - 76, tendo a amplitude etária constituído um critério de seleção preferencial. Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria dos entrevistados completou o ensino secundário ou profissional.

Quadro 0.1: Caracterização sociodemográfica dos santomenses entrevistados com residência em Portugal

<i>Nome</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Naturalidade</i>	<i>Residência</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Profissão</i>
A	F	67	STP	Coimbra	Ensino Básico	Serviços domésticos
AB	F	27	STP	Coimbra	Ensino Profissional	Estudante
AC	M	46	STP	Aveiro	Ensino Básico	Trabalhador construção civil
AD	F	64	STP	Aveiro/STP	Ensino Básico	Serviços domésticos
AL	F	72	STP	Viseu	Ensino Básico	Reformada - serviços domésticos
AM	F	31	STP	Coimbra	Ensino Superior	Estudante
NA	M	43	STP	Aveiro	Ensino Secundário	Trabalhador setor industrial
AP	F	44	STP	Viseu	Ensino Secundário	Serviços estética
AS	F	43	STP	Viseu	Ensino Secundário	Serviços domésticos
B	F	30	STP	Coimbra	Ensino Secundário	Trabalhadora-estudante

CA	F	23	STP	Coimbra	Ensino Profissional	Estudante
CC	F	42	STP	Viseu	Ensino Secundário	Serviços
CR	M	24	STP	Coimbra	Ensino Profissional	Estudante
CL	M	42	STP	Aveiro	Ensino Superior	Serviços – Distribuidor de gás
CM	F	71	STP	Coimbra	Ensino Superior	Serviços Técnica Superior
CU	F	38	STP	Viseu	Ensino Superior	Trabalhadora-estudante
D	M	43	STP	Aveiro	Ensino Secundário	Trabalhador construção civil
DC	M	39	STP	Aveiro	Ensino Superior	Trabalhador-estudante
DA	M	60	STP	Viseu	Ensino Básico	Trabalhador construção civil
EA	M	32	STP	Aveiro	Ensino Superior	Estudante
EB	F	34	STP	Coimbra	Ensino profissional	Trabalhadora-estudante
EM	F	61	STP	Coimbra	Ensino Superior	Médica
ES1	F	32	STP	Coimbra	Ensino profissional	Trabalhadora-estudante
ES2	F	41	STP	Aveiro	Ensino Secundário	Serviços domésticos
EW	F	70	STP	Coimbra	Ensino Superior	Serviços Técnica Superior
F	F	59	STP	Aveiro	Ensino Básico	Serviços domésticos
FA	M	43	STP	Viseu	Ensino Secundário	Serviços
GC	M	44	STP	Aveiro	Ensino Básico	Trabalhador setor industrial
HC1	M	39	STP	Coimbra	Ensino Superior	Professor/investigador
HC2	M	46	STP	Viseu	Ensino Secundário	Serviços
HD	M	41	STP	Aveiro	Ensino Secundário	Trabalhador setor industrial

HS	M	41	STP	Aveiro	Ensino Secundário	Trabalhador setor industrial
IM	M	74	STP	Coimbra	Ensino Básico	Reformado - Serviços
JC	F	66	STP	Viseu/STP	Ensino Básico	Reformada
LB	F	35	STP	Coimbra	Ensino Secundário	Setor restauração
LF	F	38	STP	Aveiro	Ensino profissional	Trabalhador-estudante
LS	M	40	STP	Aveiro	Ensino secundário	Trabalhador setor industrial
MC	F	61	STP	Viseu	Ensino Básico	Serviços domésticos
ML	F	76	STP	Coimbra	Ensino Básico	Doméstica
N	F	24	STP	Coimbra	Ensino Superior	Estudante
NL1	F	40	STP	Coimbra	Ensino Secundário	Restauração
NL2	M	46	STP	Coimbra	Ensino Básico	Trabalhador construção civil
NS	F	30	STP	Coimbra	Ensino Profissional	Trabalhadora-estudante
OB	F	76	STP	Viseu	Ensino Superior	Escritora
PC	M	46	STP	Coimbra	Ensino Superior	Comunicação Social
R	F	41	STP	Viseu	Ensino Secundário	Trabalhadora setor fabril
RM	F	36	STP	Lisboa	Ensino Superior	Psicóloga
T	M	66	STP	Aveiro	Ensino Básico	Trabalhador setor Industrial
YT	F	27	STP	Lisboa	Ensino Superior	Estudante
WC	M	38	STP	Viseu	Ensino Básico	Restauração

Do total dos entrevistados em São Tomé e Príncipe, cinco (5) são mulheres e cinco (5) são homens, com um intervalo de idades que se situa entre os 29 – 77 anos. No que se refere às habilitações literárias, a maioria completou o ensino secundário.

Quadro 0.2: Caracterização sociodemográfica dos santomenses entrevistados em STP

<i>Nome</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Naturalidade</i>	<i>Residência</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Profissão</i>
A	M	37	STP	São Tomé	Ensino Secundário	Guia turístico – plantas medicinais
AR	F	64	STP	São Tomé	Ensino Básico	Doméstica
D	F	61	STP	São Tomé	Ensino Secundário	Vendedora
DB	M	77	STP	São Tomé	Ensino Básico	Reformado
F	F	63	STP	São Tomé	Ensino Básico	Doméstica
I	M	44	STP	São Tomé	Ensino Secundário	Serviços – funcionário HELPO
L	F	64	STP	São Tomé	Ensino Básico	Desempregada
M	F	33	STP	São Tomé	Ensino Secundário	Estudante
MN	M	29	STP	São Tomé	Ensino Secundário	Serviços
WS	M	39	Luanda	São Tomé	Ensino Superior	Desempregado

Os técnicos de saúde inquiridos em Portugal são na sua maioria do sexo feminino (13), dos quais 13 (treze) são enfermeiros, 3 (três) são médicos e 2 (dois) nutricionistas. Relativamente à faixa etária, constatamos que apresentam uma idade compreendida entre os 31-65 anos.

Quadro 0.3: Caracterização sociodemográfica dos técnicos de saúde e agentes responsáveis pelo desenvolvimento de projetos em STP, entrevistados em Portugal

<i>Nome</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Naturalidade</i>	<i>Residência</i>	<i>Profissão</i>	<i>Serviço/projeto afeto</i>
AM	M	41	Porto	Porto	Enfermeiro	Centro de Saúde
AZ	M	65	Cairo	Lisboa	Médico	IMVF
CA	F	31	Viseu	Viseu	Médica	Centro de Saúde
CS	F	36	Viana do Castelo	Coimbra	Enfermeira	Estudante medicina

DS	F	38	Lisboa	Lisboa	Enfermeira	Projeto AMI, Médicos do Mundo
EC	F	36	Vila Real	Lisboa	Nutricionista	HELPO
EF	F	65	Viseu	Viseu	Enfermeiro	Centro de Saúde
FF		41	Viseu	Viseu	Enfermeira	Centro Saúde
IS	F	57	Oliveira do Bairro	Aveiro	Enfermeira	Centro de Saúde
JF	M	42	Coimbra	Viseu	Enfermeiro	Centro Saúde
JP	M	36	Coimbra	Coimbra	Enfermeiro	Centro Hospitalar
LC	M	41	Bragança	Porto	Enfermeiro	Centro de Saúde
MD	F	38	Viseu	Viseu	Enfermeiro	Centro de Saúde
MJ	F	39	Viseu	Viseu	Enfermeira	Centro de Saúde
ML	F	39	Tomar	São Tomé	Nutricionista	Coordenadora projeto HELPO
PR	F	35	Lisboa	Lisboa	Enfermeiro	Centro Hospitalar
TM	F	44	Lisboa	Lisboa	Enfermeira	Centro Hospitalar
TR	F	35	Lisboa	Lisboa	Médico	Centro Hospitalar

Dos técnicos de saúde entrevistados em São Tomé, três (3) são mulheres e três (3) homens e apresentam uma idade compreendida entre os 38-93 anos.

Quadro 0.4: Caracterização sociodemográfica dos técnicos de saúde e agentes responsáveis pelo desenvolvimento de projetos em STP, entrevistados em São Tomé

Nome	Sexo	Idade	Naturalidade	Residência	Profissão	Serviço/projeto afeto
BC	M	93	STP	São Tomé	Enfermeiro reformado	Centro de Saúde
C	F	38	Lisboa	São Tomé	Nutricionista	HELPO
CB	M	-	STP	São Tomé	Médico	Delegado de Saúde
E	F	-	STP	São Tomé	Enfermeira	Centro de Saúde – S. João Angolares

M	M	40	Lisboa	São Tomé	Nutricionista	HELPO
MC	F	50	STP	São Tomé	Enfermeira	Centro de Saúde – Água Izé

No que concerne os terapeutas locais inquiridos em São Tomé, dois (2) são homens e uma (1) é mulher, com uma idade que se situa entre os 64-72 anos.

Quadro 0.5: Caracterização sociodemográfica dos terapeutas locais entrevistados em São Tomé

Nome	Sexo	Idade	Naturalidade	Residência	Profissão	Local
AV	M	-	STP	São Tomé	Terapeuta local – “Medicina Tradicional”	Consultório - cidade de São Tomé
RC	M	72	STP	São Tomé	Terapeuta local – “Medicina Tradicional”	Roça Bombaim
A	F	64	STP	São Tomé/Portugal	Parteira	São Tomé/Coimbra

As áreas sombra: dificuldades metodológicas

A demanda por um conhecimento mais aprofundado do contexto da pesquisa, coadunado com a amplitude dos estudos que envolveu a imersão em diferentes “espaços” de análise – tanto do ponto de vista geográfico, como institucional – exigiu uma maior duração do trabalho de campo, além do antecipado. Por entre os diversos *espaços*, salientou-se a necessidade de contato com mais e variados intervenientes, entre os quais santomenses (residentes em Portugal e em São Tomé), técnicos de saúde e agentes de projetos locais na área da saúde. Tendo o seu acesso conhecido alguns obstáculos o que, por conseguinte, conduziu a sucessivos atrasos no decorrer da pesquisa.

Resistências em debate: na complexa teia de relações que se estabelecem, ou se tentam estabelecer no terreno, a posição do investigador coloca-se, quase sempre, de um modo ambivalente, permeando um *vai e vem* entre a distância e a proximidade. A verdade é que o investigador surge como um *outsider*, um *estrangeiro* literal e figurativamente, e daí advêm os primeiros óbices à imersão no terreno. Concretamente, debateram-se situações que poderão esbarrar o foro dos dilemas éticos. Ao contrário da receptividade dos homens, em geral, a abordagem a mulheres santomenses tem conhecido algumas dificuldades iniciais. Se por um lado, persistiam dificuldades no acesso e a motivação de desconfianças quanto à minha presença (dado que frequentemente era introduzida por uma figura masculina). Por outro lado, ocorreram episódios de tentativa de encanto e de sedução, colocando alguns

constrangimentos no decorrer do trabalho de campo, tanto na ótica de quem encarna no papel de observador, como da parte do “entrevistado-observado”, em particular a figura feminina, que fixa com desagrado e reivindica através do distanciamento, um lugar que considera como seu. Neste contexto, colocaram-se marcha estratégias de superação que permitiriam ultrapassar, não só, as dificuldades metodológicas entrepostas, mas também que pudessem dissipar intencionalidades além do cariz académico.

Paralelamente, no sentido de responder às questões de investigação trazidas pelo papel da biomedicina na definição de estratégias e de percursos em saúde e doença, bem como as relações de poder que se estabelecem no exercício (bio)médico, salientaram-se dificuldades continuadas na aproximação a técnicos de saúde, em particular, a classe médica. Pelo que foi necessário delinear estratégias para facilitar o acesso e, em certa medida, despertar o interesse na temática, como por exemplo, através da distribuição de um breve questionário com questões relativas a terapêuticas e a recursos medicinais naturais no geral, abrindo posteriormente, sempre que se justificasse, a conversa para as especificidades e os contornos da medicina local de São Tomé e Príncipe.

CAPÍTULO 1 – Entre São Tomé e Príncipe e Portugal

1.1 São Tomé e Príncipe: dos tempos passados, ao presente

*“São Tomé e Príncipe é como se fosse uma porta de entrada para África.
É a porta das boas vindas [...] Terra de leve-leve!”
Notas de campo, Coimbra, 2018.*

O contexto de lá: notas sobre o espaço geográfico e demográfico

São Tomé e Príncipe, oficialmente designado de República Democrática de São Tomé e Príncipe, é um pequeno país insular localizado no Golfo da Guiné, composto por duas ilhas principais e vários ilhéus, num total de 1001 km² de extensão. A ilha de São Tomé – cidade capital São Tomé – tem uma superfície de cerca de 850 km² e a ilha do Príncipe – cidade capital Santo António – estende-se aos 300 km², situando-se a cerca de 150 km a norte de São Tomé (Miranda, 2005). Os principais ilhéus são: o ilhéu das Rolas, situado a sul de São Tomé, precisamente na linha do Equador, sendo o único habitado e onde se encontra um dos principais *resorts* turísticos do país. O ilhéu das Cabras é relativamente próximo da cidade de São Tomé e os ilhéus Bombom, Caroço, Tinhosa Grande e Tinhosa Pequena localizados na Ilha do Príncipe (Miranda, 2005). A insularidade de São Tomé e Príncipe face ao continente africano propiciou uma diversidade biológica esplendorosa e singular. Sem fronteiras terrestres, situa-se em proximidade das costas do Gabão, Guiné Equatorial, Camarões e Nigéria.

Quanto à população residente, de acordo com os últimos dados oficiais do RGPH (2012), São Tomé e Príncipe apresenta 178.739 habitantes, dos quais 88.867 são homens e 89.872 são mulheres⁹.

Em termos climatéricos, possui um clima equatorial, quente e húmido com duas estações, sendo que uma é quente e chuvosa, decorrendo ao longo de um período médio de nove meses - entre setembro e junho. A outra estação, designada de *Gravana* é mais seca e menos quente e decorre entre os meses de junho e setembro de cada ano (Henriques, 2000). A temperatura é muito influenciada pelo relevo, situando-se numa média de cerca de 26°C nas regiões montanhosas, enquanto que a humidade relativa podem atingir os 75%.

⁹ Dados Recenseamento Geral da População e Habitação, efetuado entre agosto de 2011 e março de 2012 pelo Instituto Nacional de Estatística de STP.

Com base na Lei da Divisão Administrativa de 21 de novembro de 1980, São Tomé e Príncipe procedeu a uma organização territorial, política e administrativa do país, tendo efetuado a sua divisão geográfica em sete distritos, nomeadamente Água Grande, Cantagalo, Caué, Lembá, Lobata, Mé-Zochi (São Tomé), Pague (Príncipe). Atualmente a ilha do Príncipe detém o estatuto de Região Autónoma.

São Tomé e Príncipe constitui um dos membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), criada a 17 de julho de 1996 e no qual integram também Portugal, Angola, Moçambique, Guiné Bissau, Guiné Equatorial, Cabo Verde, Brasil e Timor Leste. A CPLP constitui-se como um projeto político assente na cooperação entre os seus Estados-membros objetivando a concertação político-diplomática no domínio da educação, da saúde, da ciência e tecnologia, do ambiente, da agricultura, da segurança alimentar, da administração pública, da justiça, da segurança pública, da economia, do comércio, da cultura, do desporto e da comunicação social. A língua portuguesa assume-se como o vínculo histórico entre os nove membros que apesar de geograficamente distantes, encontram neste elemento em comum um dos principais fundamentos para a coordenação sistemática de atividades conjuntas¹⁰.

1.1.1 Narrar o passado, compreender o presente: esboços históricos, sociais, económicos e políticos

Sem consenso entre os historiadores quanto às datas, estima-se que as ilhas de São Tomé e Príncipe terão sido descobertas entre 1470 e 1471 pelos navegadores portugueses Pedro Escobar e João de Santarém, ao serviço do comerciante João Gomes, enquanto prosseguiam com as navegações portuguesas de reconhecimento da costa africana, a sul de São Jorge da Mina. Consta que a ilha de São Tomé terá sido encontrada em dezembro de 1470 e o Príncipe (renomeada em homenagem ao Príncipe D. João), inicialmente conhecida como Santo António ou Santo Antão, em janeiro de 1471 (Henriques, 2000). Conquanto apenas cerca de quinze anos depois, em 1495, é que se deu o início do seu povoamento por doação régia ao fidalgo João de Paiva, o primeiro donatário do arquipélago, tendo este processo se estendido até meados do século XVI (Henriques, 2000).

O processo de colonização das ilhas foi introduzido através do sistema das capitánias-donatárias, o que visava concessão de inúmeros privilégios aos povoadores, de modo a cativar os colonos para o arquipélago. O insucesso dos primeiros capitães-donatários conduziu à posterior doação da capitania de São Tomé a Álvaro de Caminha (1493), tendo impulsionado o processo de colonização da ilha. A jurisdição da ilha do Príncipe foi atribuída no ano de 1500, tendo sido doada a António Carneiro (Romana, 1997).

¹⁰ Cf. CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa: <https://www.cplp.org/id-2752.aspx>

São Tomé e Príncipe distinguia-se pela sua posição geoestratégica de interesse, pela sua biodiversidade e terreno fértil, ainda, pelo facto de encontrar desabitada, segundo os relatos da época. O processo de povoamento conduziu a uma hibridização da sociedade santomense, tendo sido inclusive promovida pelo império colonial. O Rei D. João II asseverou, por Carta Régia, que, na ilha de São Tomé fosse entregue a cada degredado um escravo e uma escrava, “para nela fazer filhos...”, no intuito de contribuir para o povoamento da ilha (Romana, 1997).

Sociedade

Em retrospectiva histórica, São Tomé e Príncipe emergiu como uma das primeiras sociedades crioulas do mundo atlântico, tendo sido povoado por portugueses e escravos africanos trazidos do continente ao longo do século XVI (Seibert, 2004b; 2014). A formação da sociedade santomense estabeleceu-se, assim, a partir de uma economia de plantação assente inicialmente em mão-de-obra escrava e, posteriormente, no trabalho de “contratados” vindos sobretudo de Cabo Verde, Angola e Moçambique já a partir dos finais do século XIX, com o advento do processo de recolonização portuguesa do arquipélago (Seibert, 2002; 2014; 2015).

A criouldade desenhada a partir de proximidades identificatórias com uma matriz de “europeidade”¹¹ (re)criada no tempo e no espaço e, ao mesmo tempo, de um mosaico africano de diversas origens culturais e geográficas, contribuíram de forma ativa para a constituição de São Tomé e Príncipe, resultando num tecido social considerado como eclético e maleável (Henriques, 2000; Seibert, 2004). Potenciando também o encontro de saberes e afazeres da *terra* que atravessam a sociedade, com particular destaque aqui para a manipulação e os consumos de recursos naturais. Da pertença étnica, destacam-se os *forros (crioulos)*, os *tongas* e os angolares¹², em São Tomé e os *minu-ié* do Príncipe (Tenreiro, 1961).

¹¹ A noção de “europeidade” vincula-se à concetualização de europeização enquanto um modo de *estar*, uma visão e um processo. Entendida, neste espetro, como uma estratégia de auto-representação e como um dispositivo de poder a europeização é expressão da intensidade com que os *corpos* transnacionais se inter-relacionam, aliam ou afastam e (re)criam (Borneman & Fowler, 1997).

¹² *Forro (crioulo)*: de acordo com Henriques (2000) designa o ascendente dos *alforriados*. A *Carta de alforria às negras de São Tomé*, de 1515, redigida por Dom Manuel, concedia a liberdade às mulheres escravas dos primeiros colonos, sendo que os seus descendentes nasceriam livres ou alforriados após o nascimento, herdando diversos privilégios dos progenitores (Henriques, 2000) (Cf. Espírito Santo, 1998). No curso de um decreto assinado por D. Pedro V (1858), Portugal declarou em 1869 que todos os escravos fossem considerados “libertos”, tendo então sido criada a categoria de “liberto”. Mesmo depois de “libertos”, tanto homens, como mulheres, permaneceu a obrigação de continuar a servir o seu “senhor” durante um período que se poderia estender aos 10 anos. Contudo, na sequência das constrições abolicionistas ao nível internacional, sobretudo a partir de Inglaterra, em 1875 foi criada a categoria de contratados ou serviçais.

Angolares: assente em alguma controvérsia sobre a sua origem, a teoria mais difundida sugere que o povo angolares terá originado a partir de escravos angolanos que sobreviveram ao naufrágio de um

Economia

No início do século XVI vislumbra-se uma impulsão demográfica em resultado da introdução da cultura da cana do açúcar no arquipélago. Porém, no século XVII, São Tomé entra em recessão económica com a concorrência do açúcar do Brasil, sendo este de valor mais baixo e considerado de melhor qualidade. Conjuntura agravada pela instabilidade social que se vivia na época, sobretudo em consequência da insurgência de escravos fugidos das plantações, como também pela crescente insegurança nas vias marítimas, devido a ataques de franceses, holandeses e ingleses.

Ainda no início do século XVII, esta conjuntura abriu espaço para que os habitantes com maior poder económico começassem a abandonar São Tomé e Príncipe para se instalarem no Brasil, transferindo, não só, o seu património financeiro, bem como os seus conhecimentos e a sua experiência na cultura da cana-do-açúcar para o Brasil onde encontravam também condições sociais mais favoráveis. O êxodo para o Brasil, contribuiu para a diminuição do crescimento demográfico, tendo a chamada santomense como principais atividades a agricultura de subsistência e o comércio, ainda que de pequena dimensão, de abastecimento dos navios de passagem (Romana, 1997).

O restabelecimento da economia de plantação do arquipélago é potenciado pela introdução das culturas do cacau e do café, já na segunda metade século XIX (Seibert, 2015). A recolonização das ilhas assinala um período de progresso, impulsionada pelo dinamismo social e económico no novo sistema de plantação (Seibert, 2001). Desde cedo que as expectativas de prosperidade promovidas pela cultura do café e do cacau em São Tomé, aliciaram novos colonos portugueses e investimentos, frequentemente, com recurso à expropriação de propriedades agrícolas para as integrar nas roças. Para tal empreendimento, seria então necessário um elevado número de trabalhadores, tendo se mobilizado mão-de-obra escrava num período inicial e, posteriormente, com a abolição da escravatura, procederam ao recrutamento de mão-de-obra proveniente do continente africano, sobretudo de Angola, Moçambique e Cabo Verde (Tenreiro, 1961), criando uma nova categoria: os

navio com destino ao Brasil num local designado de Sete Pedras, próximo de S. João dos Angolares. Pressupõe-se que inicialmente se fixaram em zona de mato junto à costa, posteriormente vindo a ocupar as praias nas imediações (Henriques, 2000; Seibert, 2005). Na tentativa de desconstruir esta conjectura, Seibert (1999) contrapõe as premissas subjacentes ao naufrágio, insistindo na ausência de fontes históricas e também físicas que legitimem a veracidade do acontecimento, remetendo para a construção de um mito ao serviço da recolonização com o intento de escamotear as inúmeras fugas de escravos das plantações que não conseguiam controlar [Cf. Henriques (2000); Seibert (1999; 2001)]. Pese embora, do ponto de vista étnico, histórica e socialmente os angolares são diferenciados, sendo também conhecidos pela sua forte e quase exclusiva ligação ao mar, nomeadamente à pesca e permanecendo até aos dias de hoje, sobretudo, na zona litoral a sul da ilha de São Tomé.

Tonga: designa aquele que é descendente dos serviçais contratados para trabalharem nas roças (Seibert, 2015).

serviçais – contratados (Seibert, 2015). O território, no global, sofre um reordenamento com a implementação das estruturas agrícolas de cunho colonial, em adaptação a este novo sistema de plantação. Ainda, assiste-se a um processo de arroteamento das suas florestas, bem como à introdução de novas espécies vegetais (Miranda, 2005).

No final do século XIX, São Tomé e Príncipe atinge um nível elevado de progresso económico e social, para o qual contribuiu a implementação de sistemas e de práticas agrícolas relativas às novas culturas, como à passagem dos transportes marítimos, permitindo o escoamento das produções, como também a introdução das novas espécies vegetais, entre outros aspetos. Contudo, a produção e o comércio do cacau santomense sofrem um revés quando, em 1909, os produtores de chocolate alemães e britânicos boicotaram a cultura do cacau, dado considerarem que a mão-de-obra se sustentava, ainda, num prolongamento de práticas escravizadoras com recurso à violência, tendo, assim, afetado a produção e o comércio de cacau ao nível internacional (Romana, 1997).

Hodiernamente, a estrutura económica do arquipélago ampara-se, sobretudo, na produção do cacau e na sua vincada dependência externa. A queda do nível de produção do cacau, associada à instabilidade política dos sucessivos governos e, inclusive, a crise internacional, sedimentaram a fragilidade económica de São Tomé e Príncipe. A evolução do PIB (2012), mostra que o sector primário e o secundário contribuem somente com 16,1% e 16,5% respetivamente, o que é demonstrativo da escassez da produção interna e da deriva da importação para satisfazer as necessidades de consume. É no sector terciário que encontramos uma maior representatividade (57,6% do PIB). As circunstâncias económicas e sociais, refletidas na média de salários auferidos, na pulsão do crescimento da população ativa (prevalente nas camadas mais jovens) e o tecido empresarial existente, não tem a capacidade para absorver a mão-de-obra excendentária. Aliado à parcimónia na implementação de programas de formação técnica e profissional assiste-se, não só, a níveis de desemprego elevados, como em consequência, à impulsão de movimentos migratórios, cujo processo é, frequentemente, facilitado pelas redes familiares existentes (Menezes, 2012).

Em jeito de sùmula, infere-se que a estrutura produtiva remonta para a herança do sistema colonial, apartada de inovação e desenvolvimento (Menezes, 2012). Os desempenhos institucionais destacam-se, assim, pela sua incapacidade de fomentar uma economia assente no crescimento endógeno, reiterando as tensões sociais e a problemática da escassez de recursos internos que avassalam a sociedade santomense.

Política

No ano de 1951, São Tomé e Príncipe recebeu o estatuto de província ultramarina, tendo a luta pela independência ganho expressão a partir de um cenário que se pautava pela insatisfação com as condições de trabalho nas roças, resultando na organização de inúmeras

manifestações entre 1952 e 1973. O exemplo mais flagrante distingue a revolta de Batepá decorrida em 1953 e que resultou num massacre violento levado a cabo pelas forças coloniais (Cf. Rodrigues, 2018). O massacre de Batepá despertou um nível de consciência para os problemas sociais que se viviam em São Tomé, tendo originado a formação de um grupo independentista de inspiração marxista-leninista – Comité de Libertação de São Tomé e Príncipe (1960). Posteriormente, ficou conhecido como o Movimento de Libertação de São Tomé e Príncipe (MLSTP), reconhecido pela Organização da Unidade Africana e tendo Manuel Pinto da Costa sido eleito como Secretário-Geral.

No cenário pós-colonial, a história política de São Tomé e Príncipe pauta-se pela existência de dois momentos distintivos. O derradeiro acordo de independência é assinado entre São Tomé e Príncipe e Portugal a 28 de Novembro de 1974, na Argélia. A partir da sua independência a 12 de julho de 1975 até 1990, o contexto de São Tomé e Príncipe assenta num sistema político de cariz socialista e unipartidário a partir do qual tanto o Presidente, como o Primeiro-ministro são eleitos pelo Comité Central do Movimento de Libertação de São Tomé e Príncipe, partido único, pautado pela construção e afirmação de uma identidade nacional alicerçada na produção de novas políticas e símbolos que se definiam a partir de uma retórica de oposição à presença colonial portuguesa (Seibert, 2002; Nascimento, 2019).

A nova Constituição é promulgada a 5 de novembro de 1975 e assim determina os órgãos de soberania, nomeadamente o Presidente da República, a Assembleia Nacional Popular, o Governo e os Tribunais, assim como a Lei Básica que estabelece o sistema do partido único. Entre o conjunto de medidas adotadas pelo partido único - Movimento de Libertação de São Tomé e Príncipe (MLSTP), salienta-se a tentativa de contração dos fluxos emigratórios veiculada por uma propaganda negativa sobre os efeitos do êxodo nacional. Sublinha-se que o período de vigência do MLSTP enquanto força política dirigente, é marcado por tensões políticas e consequente instabilidade ideológica e partidária.

Em simultâneo, formava-se a Coligação Democrática da Oposição além-fronteiras, em Portugal e no Gabão, que reclamava a necessidade de realização de eleições democráticas assente no multipartidarismo. Neste seguimento, o MLSTP declara a concretização de uma reforma constitucional, que visava a realização de eleições presidenciais e legislativas por sufrágio universal em 1990, assim como o restabelecimento do cargo de Primeiro-ministro. A proposta inicial para a reforma da Constituição visava a garantia da implementação de um sistema político multipartidário, coadunada com a defesa dos direitos humanos e a abolição da pena de morte. A nova Constituição é aprovada em Março de 1990 pela Assembleia Nacional Popular, tendo sido legitimada por meio de um referendo popular em Agosto de 1990 (Romana, 1997).

A promulgação da nova Constituição estabelece as bases para um novo cenário político-institucional de São Tomé e Príncipe, desencadeando assim o segundo momento que se

estende desde 1990 até à atualidade. A rutura com o sistema político precedente abre espaço para um sistema democrático assente no multipartidarismo, tendo decorrido as primeiras eleições legislativas por sufrágio direto, secreto e universal, realizadas em Janeiro de 1991, onde por maioria absoluta vence o Partido de Convergência Democrática/Grupo de Reflexão (PCD/GR) encabeçado por Daniel Daio. As primeiras eleições presidenciais democráticas realizaram-se no mesmo ano, onde Miguel Trovoada, apoiado pelo PCD/GR e pela Coligação de São Tomé e Príncipe (CÓDÓ) foi eleito (Romana, 1997).

Em 1992, as tensões políticas entre o Presidente da República, Miguel Trovoada e o governo do PCD/GR, deram origem a uma rutura, tendo conduzido à queda do Governo de Daniel Daio. Neste contexto e na sequência das eleições antecipadas realizadas em 1994, o MLSTP marcou o início da sua recuperação política (Romana, 1997), tendo Miguel Trovoada vencido as eleições presidenciais de 1996 e o partido conquistado a maioria dos assentos parlamentares nas legislativas em 1998.

O cenário político diversificou-se com a ascensão de personalidades que criaram os seus partidos com agendas ideológicas e projetos de sustentabilidade para o arquipélago variáveis, pese embora a constância da precariedade no plano económico e social e, inclusive, político que sobrevém das sucessivas governações (Nascimento, 2019).

Atualmente, Carlos Vila Nova, com o apoio da Ação Democrática Independente (ADI) assume a presidência de São Tomé e Príncipe, tendo, no entanto, suspenso a militância do partido no decorrer da vigência do seu cargo eleito. O atual Primeiro Ministro Jorge Bom Jesus do Movimento de Libertação de São Tomé e Príncipe-Partido Social Democrata (MLSTP-PSD), aclara as tendências da evolução política de São Tomé e Príncipe e, particularmente, da sobrevivência do partido MLSTP.

Em suma, a narrativa histórica, social, económica e política de STP permite-nos enquadrar o desenvolvimento dos 'sistemas de saúde' e, ao mesmo tempo, melhor compreender os desempenhos e as relações (inter)institucionais que se afloram mais à frente.

1.1.2 'Qua tela': cronotopias de um património (i)material e natural santomense

O estudo do património natural remonta o período das Viagens Filosóficas pelas colónias portuguesas entre 1777 – 1808, onde se buscava desde logo um levantamento das potencialidades dos recursos naturais existentes e cujo interesse não se circunscrevia somente à identificação e sistematização da sua história natural, mas também de preparação dos colonos (Pataca, 2011). As diversas ações naturalistas decorrentes fornecem, assim, o enquadramento do desenvolvimento das explorações (etno)botânicas, de um modo geral, nas ex-colónias e, em particular, em São Tomé e Príncipe com destaque para a expedição de

Adolfo Frederico Möller¹³ em 1885, orientado pelo Professor Júlio Henriques da Universidade de Coimbra, cujo trabalho veio evidenciar a riqueza do ecossistema natural da ilha de São Tomé (COMPETE, 2014).

Neste âmbito, e tendo por base o enquadramento histórico, social, cultural, económico e político de São Tomé e Príncipe enquanto contexto de referência, procuramos de seguida encetar numa incursão pelo seu espólio (i)material natural, sendo este o eixo analítico central, em estreita ligação com o lugar que as plantas e a *medicina da terra* ocupam na vida dos santomenses.

O património natural santomense

São Tomé e Príncipe é um lugar onde a natureza se adivinha nos percursos desenhados em caminhos novos e passados. A cada passo se sente a riqueza ecológica das ilhas, onde o clima trouxe uma biodiversidade imensurável, criando um lugar único, uma paisagem viva esculpida pelo engenho da natureza. Aqui, terra e gentes enlaçam-se na fauna e na flora, como que um cruzar permanente de vidas, presente em cada espaço a descobrir. Um espaço a explorar e, para além disso, a vivenciar.

Uma incursão pela flora de São Tomé e Príncipe¹⁴

As Ilhas de São Tomé e do Príncipe apresentam características naturais que permitem o aparecimento e o desenvolvimento de uma grande variedade de espécies vegetais, constituindo verdadeiras relíquias particularmente ao nível da flora. O clima reflete-se, assim na diversidade da flora, rica em espécies com propriedades medicinais e, por sua vez, comestíveis.

Os seus endemismos: as quatro ilhas do Golfo da Guiné - Bioko ou Fernando Pó, Príncipe, São Tomé e Annobon ou Pagalú - constituem ilhas de origem vulcânica e que se localizam sobre a linha dos Camarões. Trata-se de uma linha de atividade vulcânica, com cerca de 2000 km de comprimento e que inclui ainda o Monte Camarões, no continente africano (Neba, 1999).

¹³ Jardineiro Chefe do Jardim Botânico da Universidade de Coimbra

¹⁴ a) Roseira (2004); Figueiredo et al. (2011)

b) Herbário Nacional: Referência para o Conhecimento e Conservação da Diversidade das Plantas de São Tomé e Príncipe -

https://www.uc.pt/jardimbotanico/Projetos/Investigacao/conhecimento_conservacao_diversidade_plantas_Sao_Tome_Principe

c) À descoberta da flora de São Tomé e Príncipe: César Garcia em entrevista -

<https://ce3c.ciencias.ulisboa.pt/outreach/press&events/ver.php?id=745>

d) Biodiversidade em São Tomé e Príncipe - https://www.uc.pt/uid/tig/inv/africa/s_tome

e) Projeto ECOFAC - <http://www.ecofac.org/>

São Tomé e Príncipe abarca 12 ilhéus: Rolas, Cabras, Santana, Quixibá, Gabado, Coco, Pedras Tinhosas, Sete Pedras, Pedra da Galé, Bombom, Boné de Jóquei e Mosteiros. A ilha do Príncipe caracteriza-se como muito montanhosa, contendo inúmeros picos mais ou menos agudos, sendo o Pico do Príncipe o mais alto, seguido do Pico Papagaio (680 m), ambos situados na parte central da ilha. A ilha de São Tomé também se apresenta extremamente montanhosa, culminando com uma aguda escarpa que começa na cratera de um vulcão extinto a 1480 m (Lagoa Amélia), até ao Pico de S. Tomé (2024 m) e alguns fonólitos escarpados, como o Cão Grande (663 m) e o Cão Pequeno (390 m), sendo zonas de difícil acesso.

Dado que o país é atravessado pelo Equador, no ilhéu das Rolas, as ilhas ostentam uma vegetação tropical exuberante, inclusive nos picos de maior altitude. Inclusive, nestas zonas montanhosas a grande altitude permanece uma floresta equatorial húmida bem preservada e cativa pela sua inacessibilidade.

As ilhas de São Tomé e do Príncipe possuem uma biodiversidade de riqueza incomensurável, contando com um vasto leque de espécies endémicas, em parte devido à sua localização, uma vez que se encontram suficientemente distantes do continente, o que dificulta a disseminação de espécies. De facto, São Tomé apresenta uma taxa de endemismo (número de espécies endémicas relativamente ao número total de espécies) de 15,4% e o Príncipe de 9,9%, em confronto com as ilhas de Bioco e Annobon, com taxas de 3,6% e 7,7%, respetivamente. Estima-se que cerca de 100 espécies vegetais endémicas das ilhas do golfo da Guiné se encontram presentes em São Tomé e no Príncipe.

A ilha de São Tomé, por relação à do Príncipe, é maior e de maior altitude, potenciando a criação de um maior número de *habitats* e de tipologia variada. Este fator é condição reguladora do número de espécies, dado que um maior número de diferentes *habitats* oferece a possibilidade de sobrevivência e de desenvolvimento de um maior número de espécies, uma vez que a competição pelo espaço é menor. Adicionalmente, e cruzando com o fator clima, as ilhas apresentam condições favoráveis ao aparecimento de novos e diversos tipos de plantas endémicas.

História e vegetação

Conforme já apontado, a descoberta de São Tomé e Príncipe (1470-1471) pelos portugueses, assinalou a introdução da cultura da cana do açúcar nas roças, chegando a constituir uma importantíssima fonte de riqueza, conjuntamente com o comércio da pimenta e de escravos, provenientes sobretudo da região do golfo da Guiné. Posteriormente, já no século XIX, foi introduzida a plantação do café e do cacau, sendo São Tomé um importante exportador ao nível mundial.

A pegada ecológica promovida pela plantação intensiva destas culturas, resultaram na deterioração de vastas áreas de floresta e, subsequentemente, produziram alterações profundas no tipo de vegetação e na flora que hoje se encontra.

Em termos de diversidade vegetal, é possível dividir a ilha de São Tomé em quatro áreas:

- a) A primeira é a região do litoral, composta essencialmente de dunas e mangais. Considera-se relativamente reduzida como consequência provável da floresta se estender até à costa anteriormente ao estabelecimento dos colonos. As espécies vegetais encontradas em abundância na região dunar são a fiá-tataluga (*Ipomoea pes-caprae* (L.) R. Br.) e a fiá-açançá (*Canavalia rosea* (Sw.) DC.), entre outras. Na região de mangal é possível encontrar, sobretudo o mangue da praia ou mangue-muala (*Rhizophora harrisonii* Leechm.).
- b) A segunda área refere-se à floresta densa e húmida de baixa altitude (até uma média de 800 metros). Atualmente, encontra-se dominada por cacauzeiros, cafeeiros, bananeiras e coqueiros, ou seja, por espécies cultivadas, podendo ser denominada de uma zona agro-florestal. De igual modo, encontramos árvores de sombra que foram plantadas, não obstante também existem uma série de espécies espontâneas de árvores, arbustos, lianas e ervas características desta região, entre as quais diversas são endémicas. De sublinhar, que algumas das antigas plantações foram abandonadas, o que possibilita uma substituição gradual da vegetação.
- c) A terceira área é a floresta densa húmida de montanha, situada entre os 800 e os 1400 metros de altitude e onde é possível vislumbrar árvores altas, com uma copa densa, musgos, fetos, líquenes, lianas e orquídeas. Pela sua localização e densidade, trata-se de uma região que ainda conserva muitas das suas características vegetativas originais. Nesta zona, a humidade é mais elevada e, ao mesmo tempo, as temperaturas mais baixas, o que, por sua vez, determina as espécies presentes.
- d) Por fim, assinala-se a área de floresta de nevoeiro, situada a partir dos 1400 metros de altitude e cujas características se destacam pelas temperaturas ainda mais baixas, pela forte precipitação e a formação intensa de nevoeiro. Nesta zona, as espécies botânicas presentes é constituídas, sobretudo por árvores de grande porte, como o pinheiro-da-terra ou pinheiro-de-são-tomé (*Podocarpus mannii* Hook. f.), sendo esta uma espécie endémica.

Não obstante, as regiões a baixa altitude terem sido submetidas a uma grande deterioração da flora original, dada a plantação intensiva da cana do açúcar, do café e do cacau, as zonas acima dos 800 metros encontram-se ainda relativamente conservadas, sobretudo pela dificuldade de acesso.

Por comparação, a flora presente no Príncipe, é deveras semelhante à de São Tomé, com apenas mais espécies características de floresta secundária, cuja explicação pode residir na destruição de uma grande parte da floresta na tentativa de erradicar de doença do sono, em 1906.

Cruzando as várias áreas e a sua opulenta biodiversidade, encontram-se espécies botânicas que atraem a atenção por diversos motivos, aqui com destaque especial para as plantas e as raízes de potencial medicinal. Indubitavelmente, um diálogo sobre São Tomé e Príncipe, imbrica-se naturalmente com uma incursão pela biodiversidade e cosmovisão do poder terapêutico das plantas.

Ideais de conservação

A preocupação pela conservação dos ecossistemas de São Tomé e Príncipe tem vindo a generalizar-se, particularmente dada a riqueza de espécies botânicas endémicas que alberga, tal como toda a fauna que nela se abriga e que dela depende. O património natural hospede também um vasto leque de plantas com um papel importante tanto na ornamentação, como na alimentação e do ponto de vista medicinal e das quais dependem vastos sectores da população.

No seguimento deste reconhecimento, a biodiversidade de São Tomé e Príncipe tem vindo a ser amplamente estudada desde 1990, com o apoio do ECOFAC (Ecosystèmes Forestiers d'Afrique Centrale - um projeto europeu para a proteção da biodiversidade) e a partir do qual foi elaborado um inventário entre 1993-95, bem como uma análise em prol da conservação do espólio ecológico das ilhas. Este projeto foi promovido pela União Internacional para a Conservação da Natureza e dos Recursos Naturais (UICN) e financiado pela Comunidade Europeia.

No âmbito deste projeto, foram criadas duas áreas de floresta protegida em ambas as ilhas, o Parque Natural d' Obó, em São Tomé (2006) (ocupando cerca de 30% da ilha) e o Parque Natural do Príncipe, na ilha do Príncipe (classificada como Reserva Mundial da Biosfera pela UNESCO, em 2012). Assim como o Jardim Botânico no Bom Sucesso, que alberga um herbário, um viveiro de orquídeas e um espaço de alojamento para visitantes desde 1992.



Imagem 1.1: Mapa Parque Natural d'Obo, Jardim Botânico, São Tomé, 2018

Apesar destes mecanismos de salvaguarda ambiental, no que às plantas diz respeito, o estudo e o conhecimento histórico da diversidade vegetal de STP foi sempre feito de forma intermitente e pouco sistematizada. Existem claramente lacunas de conhecimento que urge colmatar, incluindo a descrição de novas espécies, o reconhecimento da ocorrência de espécies ainda não registadas para o arquipélago (Costa, 2020) e a avaliação do status de conservação das Key Biodiversity Areas (KBAs). De notar que a obra de Figueiredo (1994), “Botanical literature for the islands of the Gulf of Guinea”, contém uma compilação significativa das publicações realizadas sobre a flora de São Tomé e Príncipe.

Apesar de ainda não existir uma Flora completa de STP, a última lista de informação taxonómica, vulgarmente designada de *check-list*, de plantas regista 1104 espécies, das quais 119 são endémicas. Ainda, a revisão das pteridófitas contabilizou 157 espécies de fetos e aliados, sendo 13 delas endémicas (Figueiredo et al., 2011; Klopper & Figueiredo, 2013).

OS BOTÂNICOS QUE PARTICIPARAM NO CONHECIMENTO DA BIODIVERSIDADE VEGETAL DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE			
EXELL A.W.	INGLÊS	1944	ESTUDO DA FLORA E VEGETAÇÃO.
CHEVALIER A.	FRANCÊS	1906	RECOLHA BOTÂNICA.
COGNIAUX A.	FRANCÊS	1909	ESTUDO DO GÉNERO CALVOA.
FERREIRA J.B.	PORTUGUÊS	1965	ESTUDO DAS MALVÁCEAS E BEGONIA.
FIGUEIREDO E.	PORTUGUÊSA	1994	ESTUDOS DOS FETOS.
LEJOLY J.	BELGA	1993	INVENTÁRIO FLORESTAL.
LIBERATO M.C	SANTOMENSE	1972	ESTUDOS DAS FABÁCEAS, DICHAPETA LACEAS E OUTRAS.
MATOS G.C.	PORTUGUÊS	1955	ESTUDO DA FLORA E VEGETAÇÃO.
PAIVA J.A.R.	PORTUGUÊS	1978	ESTUDO DO GÉNERO UVARIA.
ROZEIRA A.	PORTUGUÊS	1958	NOMES POPULARES DE PLANTAS DE STP.
SANTO J.E.	SANTOMENSE	1969	USO DE PLANTAS.
SILVA H.L.	PORTUGUÊS	1959	ESTUDOS AGRONOMOS.
SOBRINHO L.G	PORTUGUÊS	1953	ESTUDOS DE PLANTAS VASCULARES.
STEVART T.	BELGA	1997	ESTUDOS DE ORQUIDÁCEAS DE S.T.P.
WHITE T.	INGLÊS	1983	ESTUDOS DE S.P. AFROMONTANHOSOS.
WELWISTCH	INGLÊS	1953	FLORA.

Imagem 1.2: Lista de botânicos reconhecidos pela identificação de espécies vegetais de São Tomé e Príncipe, Jardim Botânico, São Tomé, 2018

1.2 Os fluxos migratórios entre São Tomé e Portugal: itinerários histórico-espaciais

A Europa tem vindo a testemunhar intensos fluxos migratórios internos, muito embora tenha sido substancialmente dominado pela emigração, sendo a imigração intercontinental um fenómeno algo recente (Barata, 2001). A migração de pessoas rumo ao 'novo mundo' (América do Norte e do Sul), assim como a senda das descobertas e posterior implantação dos impérios coloniais por diversas regiões do mundo, foram responsáveis pela movimentação maciça de pessoas, a partir do século XV (Rocha-Trindade, 1995). A Europa coloca-se, assim, como o ponto de origem da vasta migração transnacionais particularmente relevantes no século XIX, até ao período entre as duas guerras mundiais. A partir da segunda metade do século XX, o contexto migratório na Europa demarca-se pelas seguintes tendências: de um lado, despontam os trânsitos migratórios intra-europeus e, de outro lado, a Europa irrompe como destino de emigração de contextos extra-europeus, cujas motivações são sobretudo de ordem económica, mas também em alguns casos social e política (Rocha-Trindade, 1995).

Assim, a história da Europa enquanto contexto imigratório está imbricada, não só, na intensificação dos processos de globalização e nos pressupostos subjacentes à construção

da Comunidade Europeia, como também dos condicionalismos históricos e dos interesses geopolíticos e económicos dos países que compõem a União Europeia (Baganha e Gois, 1999). Sopesada, naturalmente, a variabilidade dos próprios trânsitos migratórios e respetivos processos de acolhimento, intrínseca à realidade de cada um destes países.

No contexto português, a década de 60 assinala um ponto de viragem nos movimentos migratórios dadas as mudanças socioeconómicas que ocorreram a partir deste período, traduzindo um aumento da população imigrante. Em resultado da intensificação do processo de industrialização e do ingresso de Portugal na Associação Europeia de Comércio Livre (AECL), dá-se uma abertura da economia externa e uma posterior fixação de residentes estrangeiros. Neste período vislumbra-se de igual modo um aumento do turismo o que potenciou a entrada de capitais estrangeiros em Portugal, especialmente para o Algarve, zona onde começaram a fixar residentes de origem inglesa e alemã. Paralelamente, assistiu-se neste período a um fluxo imigratório, ainda que relativamente tímido, oriundo das colónias, em particular de estudantes africanos ou de portugueses residentes nas colónias com o objetivo de ingressar nos estudos universitários ou até mesmo para exercer profissões liberais. Por outro lado, também eram recrutados trabalhadores não-qualificados, sobretudo para a construção civil, na sua grande maioria proveniente de Cabo Verde, por forma a colmatar a escassez de mão-de-obra em certos setores do mercado de trabalho português (Rocha-Trindade, 2001).

Paralelamente, a intensa corrente emigratória em Portugal abre espaço no mercado de trabalho para a entrada de imigrantes (Machado, 1997). A partir dos anos 70, associado ao processo de descolonização, abriu-se caminho à concessão da independência das colónias e assistiu-se a um novo fluxo migratório para o território português, caracterizado por uma intensificação da circulação e fixação de pessoas oriundas dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), essencialmente devido às transformações socioeconómicas e à instabilidade política que marcara a época (Machado, 1997). Até então, de um modo geral, a presença de população estrangeira em Portugal era relativamente reduzida.

No global, a Europa e, por conseguinte, Portugal começou, deste modo, a afirmar-se como grande destino de migração internacional a partir dos anos 80, assinalando uma profusão de fluxos migratórios que moveu milhões de pessoas das periferias mediterrâneas da Europa e de algumas ex-colónias (Machado, 1997). Particularmente, com a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1986 e as respetivas transformações político económicas tornam o contexto português mais atrativo enquanto destino imigratório (Padilla & Ortiz, 2012). O fenómeno da europeização e alusiva criação de uma união europeia com diretrizes próprias, consagrou-se no principal motor das alterações legislativas ao nível nacional, nomeadamente, no domínio da mobilidade dos estudantes internacionais, da reunificação familiar, da imigração qualificada, do asilo, entre outros. De igual modo, os

processos intrínsecos à própria globalização moldaram os contornos dos fluxos migratórios em Portugal, revelando-se na irregularidade da mobilidade, na sucessiva segmentação do mercado de trabalho e, também na criminalização, com legislação mais reguladora. Todavia, Portugal tem revelado uma postura concertada face aos desafios impostos pela imigração adaptando as suas diretrizes legislativas às necessidades do mercado de trabalho nacional, com as exigências da União Europeia (Padilla & Ortiz, 2012). Uma parte importante desta mobilidade humana deriva, assim, de alterações geopolíticas reflexo do fenómeno da globalização e das mudanças sociopolíticas, tanto no contexto europeu, como das ex-colónias.

Deste modo, a década de 80 marca um novo padrão migratório cristalizado pela consolidação das migrações laborais para Portugal, nesta fase oriunda sobretudo de Cabo-verde, com um progressivo alargamento aos restantes PALOP (Rocha-Trindade, 2001). A par da imigração laboral, a profusão de estudantes dos PALOP para o ensino secundário, profissional e superior, conheceu um aumento significativo.

São Tomé e Príncipe em contexto

Em retrospectiva e a título de curiosidade histórica, de acordo com Bonfim (2000) é possível situar o início da mobilidade de santomenses para Portugal num período anterior à independência de São Tomé e Príncipe, cuja circulação foi facilitada por cidadãos portugueses acompanhados, muitas vezes, dos seus serviços. Paralelamente, com a aproximação dos movimentos independentistas, Lisboa tornou-se um destino de exílio e de militância pela libertação de São Tomé e Príncipe das amarras da administração colonial, tendo muitos santomenses regressado ao seu país em 1975 (Nascimento, 2011).

Não obstante, distinta da expressividade migratória Cabo Verdiana para Portugal, a história dos fluxos migratórios santomenses afigura-se como relativamente recente e, inclusive, uma trajetória de vida algo longínqua para a grande maioria da população santomenses (Nascimento, 2011).

O cenário político pós-colonial de São Tomé e Príncipe precipitou uma postura que visava a tentativa de contração dos fluxos emigratórios, assente na propaganda negativa sobre os efeitos do êxodo nacional. Nascimento (2011) nota que o projeto socialista idealizado pelos independentistas não se converteu, na prática, numa rutura, mas em parte mascarava um prolongamento dos planos socio económicos do regime colonial. O parco desenvolvimento económico contrabalançava, por um lado, com a inacessibilidade às propriedades agrícolas, entretanto nacionalizadas e, por outro lado, com a promoção da escolaridade e a melhoria dos indicadores de saúde o que viria a colocar vários constrangimentos sociais e a marcar terreno para uma progressiva deterioração política em São Tomé e Príncipe (Nascimento, 2011).

Ainda, no momento pós-independência também as dissidências no seio do MLSTP, resultaram na saída do país de diversos militantes e cidadãos insatisfeitos com o regime instalado. Paralelamente, a procura as dificuldades generalizadas da população santomense, tributária da configuração política colonial, vieram a impulsionar o êxodo nacional (Nascimento, 2011). Contudo, instalada uma nova conjuntura sociopolítica marcada pela transição para o multipartidarismo, o que favoreceu uma cultura política de maior abertura e, ao mesmo tempo, a crescente instabilidade económica nos finais dos anos 80 contra todas as expectativas (Nascimento, 2006; Seibert, 2002), precipitaram um fluxo emigratório com destaque para Portugal e Angola (Nascimento, 2006). Nesta fase, Angola em particular, constituía-se como o recetor de imigrantes santomenses de maior relevância dado os acordos de cooperação mediados pela Conferência das Organizações Nacionais das Colónias Portuguesas que viriam a facilitar o acesso dos santomenses à função pública (Trovão & Ramalho, 2010).

Face a estas circunstâncias, em Portugal, confluí a permanência de muitos estudantes e, inclusive, de indivíduos que se ausentavam em missão de serviço, entre os quais diversos políticos, ou em situação de junta médica (Nascimento, 2011; Trovão & Ramalho, 2010).

Paralelamente, a intensificação dos fluxos emigratórios de santomenses para Portugal (1982/83) inscreve-se no quadro das mudanças que ocorreram nos últimos anos e que atraíram a população de São Tomé e Príncipe, nomeadamente a estabilidade e paz social; a pertença à União Europeia que permitiu a obtenção de fundos estruturais para o desenvolvimento público e empresarial; o conseqüente aumento da necessidade de mão-de-obra em setores como a construção civil, o trabalho doméstico e os serviços de limpeza. De igual modo, o plano social de apoio e de proteção, em particular a assistência social em Portugal, os acordos bilaterais para a formação académica e de prestação de cuidados de saúde, constituíram condições favoráveis para que os trânsitos migratórios tomassem novas proporções (Bonfim, 2000). Aliado à reunificação familiar, também as relações de proximidade compõem as redes migratórias que contribuem para o aumento do êxodo nacional e, subsequente, estabelecimento de santomenses em Portugal (Bonfim, 2000).

A emigração santomense coaduna-se deste modo, não só, com uma tendência cada vez mais dominante dos espaços insulares fruto dos estrangulamentos para o desenvolvimento, mas também com as repercussões globais da instabilidade política e as crescente dificuldades socio económicas do país (Nascimento, 2011). Assinalando, deste modo, a subsequente necessidade de procura de estabilidade e de maior prosperidade socio económica e académica, impelindo os santomenses para a emigração. Nascimento (2011) faz notar que São Tomé e Príncipe está cotado como o país africano detentor da segunda maior taxa de emigração.

A contemporaneidade da mobilidade migratória de santomenses, em particular o significativo volume do corpo estudantil em trânsito, pode consistir num dos fatores explicativos da existência de uma média de idades relativamente baixa, não descurando, por outro lado, o desfasamento deste indicador devido à obtenção da nacionalidade portuguesa por naturais de São Tomé e Príncipe a residir em Portugal há mais anos (Nascimento, 2011). Em 2018, os dados apontam para um universo de 4,7% de santomenses residentes em Portugal que adquiriram a nacionalidade portuguesa (Gomes & Oliveira, 2019). Sublinha-se que, de facto, o tempo de residência no país constitui, em si, uma dimensão explicativa preponderante no processo de decisão para a aquisição da nacionalidade (Gomes & Oliveira, 2019), não obstante a sua potencial função instrumental que favorece o processo de integração, de circulação e relação com as instituições, como também o elemento identificatório subjacente que permeia o sentimento de pertença (Machado, 2009).

Atualmente, o quadro de dados oficiais sobre as nacionalidades oriundas de países africanos mais representativas em Portugal apresenta São Tomé e Príncipe como um dos dez principais países de origem dos fluxos migratórios, contando com um total de 10 646¹⁵ residentes com estatuto legal (INE, 2021). O último relatório do SEF (2020) apresentara um número total de 10 241 residentes de São Tomé e Príncipe, o que demonstra um aumento de residentes com estatuto legal, sendo que destes 4.586 são homens e 5.655 são mulheres (SEF, 2020). A presença de uma maior percentagem de mulheres representa, de acordo com Trovão e Ramalho (2010), uma feminização da migração santomense, cuja tendência é destacável e observável desde 2001. No entanto, no quadro geral, salientam-se que as estimativas já avançadas por Trovão e Ramalho (2010) que referem a permanência de 15 a 18.000 imigrantes santomenses como resultado de um levantamento realizado na Embaixada de São Tomé e Príncipe e na Associação da Comunidade de São Tomé e Príncipe em Lisboa.

1.2.1 No lado de cá: notas sobre o contexto de acolhimento em Portugal

Comparativamente com o número de residentes de outros PALOP em Portugal, a presença de santomenses em território português é relativamente tardia (Bonfim, 2000). Em 1980, a população residente de São Tomé e Príncipe era pouco significativa, contudo esta tendência viria a alterar-se, registando um crescimento progressivo nas últimas décadas.

A principal zona de fixação é, sobretudo, na Área Metropolitana de Lisboa onde se concentra a maioria da população residente de São Tomé e Príncipe. Contudo, embora em número menos expressivo, também o Porto, Coimbra e Aveiro começaram a registar a presença de santomenses residentes, tendo o distrito de Coimbra superado o Porto.

¹⁵ Período de referência dos dados da população estrangeira com estatuto legal de residente de 2020 (INE, 2021).

As dinâmicas sociodemográficas da população santomense a residir em Portugal destaca-se, à semelhança de outras nacionalidades dos PALOP, por uma tendência evolutiva para a sedentarização. Desde a sua fixação a longo prazo, sem retorno ao país de origem espectável; ao desenvolvimento da reunificação familiar, o que embora tendo propiciado a recomposição sexual da imigração africana, não produziu propriamente efeitos quanto à imigração santomense, visto que a taxa de mulheres tem sido tendencialmente superior à dos homens. E, por fim, ao afluxo de crianças e jovens descendentes de imigrantes santomenses, formando um desdobramento progressivo de gerações (Machado, 2009).

Perpassando pelas dinâmicas profissionais, de um modo geral, salienta-se que o panorama do mercado de trabalho indica uma forte presença no setor secundário (indústria e construção) e nos serviços domésticos e da restauração (Machado, 2009). A dimensão de estudantes santomenses ingressados no Ensino superior em Portugal, no ano letivo de 2017/2018, correspondia a um total de 1124 alunos, não descurando os diplomados de nacionalidade santomense, embora significativamente menos expressivo (Gomes & Oliveira, 2019).

No seguimento da abordagem das redes migratórias no ponto anterior, impera aflorá-las também como um importante recurso que pode otimizar, tanto os processos de integração e de interação social, como expressar a fluidez das conexões transnacionais. As dinâmicas da migrações internacionais enquanto processos fortemente influenciados pela globalização (mas também pela conjuntura sociopolítica e económica tanto do contexto de origem, como de acolhimento), intensificaram a formação das redes sociais e transnacionais (Castels, 2002), que se sustentam significativamente nas relações sociais e interpessoais que os migrantes mantêm desde o contexto de origem, ao contexto de acolhimento. É, portanto, o desempenho das redes sociais que colocam em conexão as pessoas no espaço transnacional, constituindo, por um lado, importantes eixos de articulação com a sociedade de acolhimento, na medida em que se configuram como um recurso tanto material (abertura para o mercado de trabalho, alojamento, entre outros), como simbólico (Kofman et al., 1999; Trovão & Ramalho, 2010). Paralelamente, revelam a extensão das ligações que se estabelecem com o contexto de origem (Kofman et al., 1999), o que se coloca como essencial para captar os percursos e as (des)continuidades de uma panóplia de saberes e fazeres que se estendem desde a esfera da participação cívica, aos estilos de vida, à gestão da saúde e da doença.

Remontamos a meados da década de 90, onde os reflexos políticos e institucionais face ao fenómeno da imigração em Portugal, acopladas às diretrizes da Comissão Europeia¹⁶, se destacam por uma renovada dinâmica direcionada para a implementação de estratégias

¹⁶ Cf. 2003/86/CE e 2003/109/CE

legislativas e para a criação de entidades públicas centradas na integração. A constituição do Alto Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME) em 1995¹⁷ é exemplo desta viragem sociopolítica, constando como principal objetivo o delineamento e a implementação de planos inclusivos (Horta, 2011).

O ano de 1996 viria marcar o alargamento de direitos sociais e também políticos de imigrantes com estatuto de residência, onde os movimentos associativos protagonizados por imigrantes viriam a desempenhar um importante papel no quadro da auscultação política. Desde então que as políticas¹⁸ relativas ao contexto imigratório em Portugal, têm vindo a privilegiar o processo de acolhimento e de integração¹⁹, a mediação intercultural e o alargamento dos direitos de cidadania aos imigrantes residentes (Horta, 2011).

Do ponto de vista do associativismo e do seu papel no estímulo da ligação entre santomenses imigrantes, temos a ponderar a importância que organização, mais ou menos formal, da comunidade de imigrantes tem na participação da sociedade e, inclusive, nos processos de adaptação e acolhimento. Considerando a diáspora santomense como um fenómeno relativamente recente e, porventura, em virtude disso, ainda percecionada como algo fragmentada do ponto de vista institucional (Nascimento, 2011), pode traduzir, eventualmente, uma relativa fraca participação cívica. Ao que se articulam argumentos histórico-políticos (como o colonialismo e o monopartidarismo) para explicar a visceralidade subjacente à escassa participação da sociedade civil (Nascimento, 2008). Contudo, remetendo para o contexto transnacional e dado o investimento político e administrativo português de incentivo ao associativismo entre os imigrantes²⁰, Portugal começou a afigurar-se como um contexto favorável à atividade associativa dos santomenses (Nascimento, 2011) e, ao mesmo tempo, contributivo da diversificação dos laços que se sustentam nas redes sociais a que os santomenses estão conectados (Trovão & Ramalho, 2010).

Neste contexto, sublinha-se a formação de algumas associações, com particular destaque para a Associação da Comunidade de São Tomé e Príncipe (ACOSP) estabelecida em 1997,

¹⁷ Cf. Decreto-lei nº 3-A/96; Decreto-lei nº 251/2002, de 22 de novembro

¹⁸ Cf. Disposições para a legalização de imigrantes: Decreto-lei nº 4/2001; Decreto-lei nº 40/2003 de 19 de setembro; Decreto regulamentar nº 6/2004. Condições de entrada e permanência de cidadãos estrangeiros: Decreto-lei nº 34/2003; Decreto-lei nº 23/2007. Reconhecimento das qualificações e habilitações obtidas no estrangeiro: Decreto-lei nº 341/2007; Decreto-lei nº 396/2007. Quadro legal para a condições da reunificação familiar: Decreto-lei nº 1563/2007.

¹⁹ Desenvolvimento dos Planos para a Integração dos Imigrantes/PII (2007-2009; 2010-2013); do mais recente Plano Estratégico para as Migrações/PEM 2015-2020, concomitantemente com a promoção de estratégias locais através da construção de Planos Municipais para a Integração de Migrantes/PMIM desde 2014

Cf. <https://www.acm.gov.pt/pt/acm>

²⁰ O estímulo à participação das associações de imigrantes no cenário político-institucional português consubstanciou-se na implementação do Regime Jurídico das Associações de Imigrantes - Decreto-lei nº 115/99 e, do ponto de vista de um enquadramento geral, no Regime Jurídico das Associações – Decreto-lei nº 75/2000.

cuja natureza é substancialmente de ordem social, cultural e educativa, sendo largamente reconhecida com o movimento associativo mais representativo dos santomenses a residir em Portugal. A Mén Non, Associação das Mulheres de São Tomé e Príncipe, criada em 2010, destaca-se de igual modo pelo trabalho que tem desenvolvido no quadro da advocacia pelos direitos das mulheres santomenses, tendo por objeto a proteção e o apoio à mulher de São Tomé e Príncipe a residir em Portugal, mas também tem representando um papel importante no suporte social e também económico da comunidade santomense em geral.

Num esforço que canalizou a capitalização de sinergias locais, nacionais e transnacionais, salienta-se o trabalho desenvolvido pela Associação de Promotores de Saúde, Ambiente e Desenvolvimento Socio-Cultural – PROSAUDESC, na área particular dos cuidados de saúde. Nesta esfera, onde pesam tanto os cuidados informais, como formais e a panóplia de necessidades locais, frequentemente, associadas a dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, emerge um projeto associativo (PROSAUDESC) implementado pela Direção Regional de Saúde e através do qual se implementaram programas de formação em Saúde Pública, a indivíduos da comunidade já com um percurso profissional anterior na área da saúde. Este projeto visou a capitalização das experiências e dos conhecimentos trazidos de um percurso profissional anterior, como também incentiva a aquisição de novas competências, numa ação que se estende desde o benefício comunitário em termos de cuidados de saúde, à promoção da formação e, inclusive, a empregabilidade dos participantes (Trovão & Ramalho, 2010). Neste contexto, Trovão e Ramalho (2010) sublinham que a massa associativa assume uma dupla vertente, sendo que, por um lado, configura-se como uma resposta às omissões das entidades de saúde nacionais e locais e/ou um complemento à prestação de cuidados. Por outro lado, configura um esforço no sentido de colmatar a inoperância dos acordos de cooperação em saúde que Portugal mantém com os PALOP e, neste caso, particularmente com São Tomé e Príncipe.

Por acréscimo, a organização informal da comunidade santomense imigrante revela igualmente uma função significativa no plano da construção e da manutenção das redes sociais, reforçando os laços e o apoio (social, material, afetivo, religioso, entre outros) em contexto transnacional. As redes sociais – familiares e de vizinhança/amizade – constituem uma plataforma para a diversificação das sociabilidades e da aquisição de ferramentas para a adaptação no contexto de acolhimento, ao mesmo tempo que transportam e acionam a (re)criação das estratégias socio educativas que acompanham os imigrantes (Seibert, 2002; Trovão e Ramalho, 2010)

1.3 O sistema de saúde em contexto

Sopesando as distintas formulações em saúde e doença, os desempenhos (inter)institucionais aos vários níveis, os discursos centrífugos face ao postulado da legitimidade e da eficácia terapêutica e também a volubilidade dos próprios consumos terapêuticos, impele-nos uma reflexão sobre a noção de sistema de saúde e do modo como se implantou no cenário sociopolítico, assim como o respetivo hiato que se estabeleceu entre as *medicinas*, particularmente a institucionalização dicotómica do *convencional* e do *não convencional*. Esta dualização estabelece-se a partir de uma diferenciação em termos de práticas terapêuticas e de corpos de saberes, mais ou menos, sistematizados sobre o corpo, a saúde e a doença (Pegado, 2020). Salvaguardando a porosidade intrínseca à pluralidade de ‘espaços terapêuticos’ (Clamote, 2008) e a fluidez das suas fronteiras (Pegado, 2020).

Encetamos com uma interpretação de ‘sistema de saúde’ despontando, em simultâneo, uma reflexão acerca dos limites da sua definição enquanto sistema²¹ social que define e circunscreve uma ideia de saúde e de doença universalizada, padronizada e politizada e, a partir do qual, são convencionalizadas um conjunto de práticas terapêuticas. Tais considerações entroncam-se, em certa medida, de forma tácita no pensamento sociopolítico, inibindo uma reflexão das suas repercussões ao nível da panóplia de práticas terapêuticas que existem à margem do ‘sistema’ e dos respetivos percursos terapêuticos.

Assim, contemplando as potenciais implicações em saúde e no modo como se estruturam a prestação dos cuidados em saúde a partir da noção de sistema, abrimos espaço para futuras considerações sobre aquela que pode, na verdade, fixar-se como um “sistema [bio]médico ou da biomedicina”²².

Entende-se, portanto, como sistema de saúde o conjunto de recursos e de instituições devidamente articuladas entre si e organizadas mediante critérios geográficos e populacionais, vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde²³, cuja complexidade organizacional intrínseca exige pensar nos interesses, por vezes, divergentes dos vários intervenientes que dele fazem parte.

Numa perspetiva ampla e transversal aos contextos em análise, o ‘sistema de saúde formal’ cristaliza-se no conceito de sistema médico – setor profissional – perspetivado por Kleinman (1980)²⁴ e faz corresponder ao setor dos serviços de saúde biomédicos, reconhecido como o sistema oficial de um Serviço Nacional de Saúde (SNS). A biomedicina

²¹ Cf. Luhmann e De Giorgi (1996)

²² O recurso ao termo - biomedicina - alinha-se com o seu caráter de instituição global cujo compromisso epistémico e ontológico assume contornos específicos e distintos de outras formas de medicina (Kleinman, 1995).

²³ Cf. Almeida (1999) e <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

²⁴ Kleinman (1980) identificou três setores de cuidados de saúde: o setor popular, o setor *folk* – informais e o setor profissional – formal.

e o SNS, respetivamente, estabelecem-se, assim, como a autoridade técnico-científica oficial e politicamente reconhecida no quadro da prestação de cuidados de saúde *convencionais*.

De outro lado, subsistem sistemas de cuidados em saúde conotados frequentemente como informais²⁵, nomeadamente a chamada “Medicina Tradicional” e/ou as medicinas complementares e alternativas (MCA)²⁶, ou ainda designação de Terapêuticas Não Convencionais (TNC), adotada na nossa legislação. O quadro classificatório pode ser variável consoante os discursos (i)legitimadores e do enquadramento legal do exercício de práticas terapêuticas consideradas como *não convencionais*, por oposição à lógica biomédica. O estatuto de complementar e alternativo tem vindo a penetrar no espaço (bio)médico sistematizado e institucionalizado de forma crescente, sustentando percursos terapêuticos plurais (Pegado, 2020), o que no fundo reflete a multiplicidade de possibilidades e de estratégias em saúde que há muito (co)existem.

Em Portugal, a Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro vem regulamentar a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, reconhecendo a autonomia técnica e deontológica no que concerne a atividade profissional de um conjunto de terapêuticas delimitadas²⁷, integradas no quadro das TNC, mas dependente de formação superior em instituições devidamente acreditadas pela Direção Geral da Saúde (DGS) e Direção Geral do Ensino Superior (DGES). Pese embora, o seu reconhecimento em Portugal, ainda se revela como um fenómeno pouco estudado no âmbito das ciências sociais, ao contrário do que se verifica em outros países europeus e, inclusive nos EUA (Pegado, 2020).

No contexto particular de São Tomé e Príncipe a “Medicina Tradicional”, como é conhecida, apresenta-se em si como um desígnio e um saber-fazer, cuja experiência, particularmente no que concerne a manipulação de recursos medicinais naturais, é respeitada e veiculada por parte de todos os quadrantes da sociedade santomense. Não obstante, o mandato biopolítico para a sua regulação, esta revela-se como um conhecimento dominante e transversal à população de São Tomé e Príncipe, sendo que as terapêuticas com recurso às plantas medicinais asseguram, de modo significativo, os cuidados de saúde primários e surge, frequentemente, na linha da frente face aos medicamentos sintéticos. Todavia, a prática da medicina local e dos seus respetivos terapeutas, inscreve-se num contexto oficialmente administrado pelas diretrizes da biomedicina, o que a coloca perante uma dinâmica de poder desigual.

De notar que, no quadro desta análise não é possível descurar a dimensão histórica colonial que desvenda de um modo mais subtil a difusão do poder do Estado através da

²⁵ *Idem, Ibidem*

²⁶ Nomenclaturas adotadas pela OMS (2013)

²⁷ Deste conjunto, são reconhecidas atualmente em Portugal, as práticas terapêuticas da acupuntura, da fitoterapia, da Medicina Tradicional Chinesa, da naturopatia, da osteopatia e da quiropraxia.

introdução biomedicina (Pereira & Pussetti, 2009) e, conseqüentemente, impõe a padronização de práticas terapêuticas.

1.3.1 De São Tomé e Príncipe

A Lei Base de Saúde de São Tomé e Príncipe – Lei n.º 09/2018 – estipula a divisão administrativa do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ao nível regional e central. Ao nível regional, o SNS estrutura-se em 4 áreas de saúde: 1) a região Norte que abrange os distritos de Lobata e Lembá, 2) a região Centro que inclui os distritos de Água Grande e Mé-Zóchi, 3) a Região Sul que abarca os distritos de Caué e Cantagalo e, 4) a região Autónoma do Príncipe que compreende o distrito do Príncipe. Ao nível central, congrega-se a administração nacional responsável pela implementação das estratégias políticas em saúde, da gestão de recursos e da cooperação técnica. As respetivas regiões da saúde agregam uma equipa de profissionais composta por delegados de saúde, administradores, um corpo clínico e administrativos (Ministério da Saúde, 2020).

A estrutura organizacional do SNS distribui-se pelos Cuidados de Saúde Primários, pelo meio Hospitalar e pelos Cuidados Continuados Integrados e tem como função global a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos que dele necessitem, sendo os recursos humanos um dos pilares mais importantes para a manutenção de um ‘sistema de saúde’ que se considere como funcional. Considera-se que a relação de profissionais da saúde por habitantes em São Tomé e Príncipe é positiva, uma vez que em 2017 existiam aproximadamente 87 médicos por 100 000 habitantes, ao passo que a média internacional rondava os 146 médicos por 100.000 habitantes e de 413 enfermeiros por 100.000 habitantes, face à média mundial de 334 por 100.000 habitantes. Um dos problemas apontados reside na distribuição inequitativa dos profissionais da saúde no arquipélago (Ministério da Saúde, 2020), mas também a insuficiência de um corpo clínico especializado o que pode, em parte, explicar a reiterada e, por outro lado contraditória, falta de recursos humanos em saúde em STP (Ministério da Saúde, s/d). Face a esta análise e de acordo com a OMS, de modo a obter o mínimo desejável de alcance de atendimento qualificado, situado na ordem dos 80%, requer uma média de 2,28 profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e parteiras por 1000 habitantes (WHO, 2006).

No perfil epidemiológico em STP predominam as doenças não transmissíveis, com uma tendência progressiva. A título de exemplo, sublinha-se a diabetes mellitus; as doenças cardiovasculares (DCV), particularmente a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca, a cardiopatia isquémica e o acidente vascular cerebral (AVC); a insuficiência renal crónica, sendo uma das condições mais relevantes nos casos de evacuação médica; e o cancro. Por outro lado, as doenças transmissíveis constituem um óbice à saúde pública, persistindo uma

acrescida incidência de doenças respiratórias agudas, perturbações gastrointestinais, entre outras frequentemente associadas às condições de habitabilidade. Em 2015 registou-se um surto de rubéola, em 2016 um surto de diarreia por rotavírus e em 2016-2017 um surto de celulite necrotizante (Ministério da Saúde, 2020b).

De um modo geral, o contexto da prestação de cuidados de saúde (biomédicos) em São Tomé e Príncipe enfrenta diversos obstáculos e carências, sobretudo de ordem estrutural e de recursos humanos qualificados, sistematizada por ausência de políticas e estratégias concertadas (Ministério da Saúde, s/d)²⁸.

Numa perspetiva de contextualização histórica, recuamos ao período pós-independência em 1975, momento em que o ‘sistema de saúde’ de STP enfrentou algumas transformações. Herdada da administração colonial, foi conservada a estrutura dos serviços de saúde onde os hospitais permaneceram afetos às roças mais importantes, ao mesmo tempo que se institucionalizaram os serviços de saúde pública direcionados para os cuidados primários ao nível distrital (Cardoso, 2007), numa ação estratégica que se viria a revelar frágil tanto do ponto de vista estrutural, como operacional.

A reforma do setor da saúde inicia-se em 1998, a partir do Programa de Política Nacional de Saúde (1999), da Carta Sanitária de 2000²⁹ e do Plano de Desenvolvimento Sanitário, num processo marcado por um conjunto de constrangimentos que comprimiram, de um modo geral, a operacionalidade do SNS. Dentre os fatores preponderantes, sublinha-se a persistência de um quadro legislativo inadequado à realidade do país, com alguns diplomas datados da época colonial, a descontinuidade governativa, a ausência de um corpo de profissionais com competências especializadas e adequadas ao contexto e a inexistência de um sistema de informação sanitária (Ministério da Saúde, s/d). Num cenário que se prolonga até à atualidade, crescem os obstáculos à informação sobre o desempenho das estruturas de cuidados de saúde, assim como a vigilância epidemiológica que é dispersa, de atividade limitada e insuficiente. Desafios que, aliás, se mantêm até hoje, pese embora, ainda que recente, implementação de um Sistema de Informação Sanitária (SIS) (2019), sob a alçada do Ministério da Saúde e em parceria com o INE (Ministério da Saúde, 2020b).

A rede de unidades de saúde encontra-se organizada e distribuída pelas seguintes estruturas: Postos de Saúde Comunitários (PSC), os Postos de Saúde (PS) e os Centros de

²⁸ Cf. Política Farmacêutica Nacional 2019-2029, Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe - <http://ms.gov.st/wp-content/uploads/2020/05/POLITICA-FARMACEUTICO-NACIONAL2019-2029.pdf>

²⁹ A Carta Sanitária (2000) vem definir a reorganização do sistema de saúde, a partir de uma divisão administrativa dos serviços de saúde, prevendo também o controlo da qualidade dos cuidados de saúde prestados. A distribuição ao nível regional, corresponde a uma divisão territorial entre os principais distritos e centra-se nos Cuidados de Saúde Primários e ao nível central, focaliza os cuidados de saúde secundários assegurados pelo Hospital Dr. Ayres de Menezes na cidade de São Tomé.

Saúde (CS). Os Postos de Saúde Comunitários (PSC), correspondem, por princípio, a estruturas de saúde criadas em meios rurais mais isolados, sob a responsabilidade de Agentes de Saúde Comunitária (ASC). As principais funções do PSC compreende, no global, a prestação de cuidados de saúde primários básicos, a promoção da saúde e acompanhamento da saúde materno-infantil, assim como a triagem e o encaminhamento de situações agudas. Inicialmente, os PSC pretendiam-se assinalar uma ponte com as 'parteiras tradicionais' e com socorristas, devido à reconhecida fragilidade da formação e de competências específicas do técnico que assegurava o funcionamento do posto (Cardoso, 2007, p. 296). Os últimos dados apontam para a existência de 21 PSC, muito embora se tenha verificado que um número significativo de postos, além de inoperacionais, apenas funcionavam para a venda de medicamentos³⁰. A escassez de recursos humanos limita o funcionamento dos PSC, tendo sido apurado que em alguns contextos não existe sequer uma estrutura de atendimento, mas apenas a presença de um ASC na comunidade. No total registaram 186 Agentes de Saúde Comunitária ativos. Num contexto marcado, por um lado, pela dificuldade de enquadramento profissional dos ASC e, por outro lado, pela baixa produtividade e abrangência na prestação de cuidados nestas unidades, o Ministério da Saúde considera que os PSC constituem, sobretudo, uma referência para os serviços de saúde ao nível comunitário, ao invés de uma referência dos serviços saúde para a população. Contrariamente, na Região Autónoma do Príncipe os ASC encontram-se integrados no quadro dos profissionais de saúde (Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais, 2012).

Os Postos de Saúde (PS) caracterizam-se como unidades de saúde direcionados para os cuidados primários e são considerados como extensões dos Centros de Saúde (CS). O último relatório contabilizou um total de 27 PS, localizados em centros populacionais secundários predominantemente rurais e dispõem de uma equipa permanente com pelo menos um enfermeiro, contando com a deslocação regular da equipa do CS afeto (Ministério de Saúde e dos Assuntos Sociais, 2012).

Os Centros de Saúde (CS) localizam-se na sede dos distritos e configuram a principal estrutura do SNS. Esta unidade está direcionada para a prestação de cuidados integrados de saúde primária e cujas equipas de saúde são constituídas por um médico clínico geral, um enfermeiro, geralmente um técnico de farmácia, um técnico de epidemiologia, um técnico social e auxiliares (Ministério de Saúde e dos Assuntos Sociais, 2012).

³⁰No âmbito da Iniciativa de Bamako: resolução conjunta da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com o objetivo de implementar estratégias em prol da melhoria do acesso aos cuidados de saúde primários e de assegurar a disponibilidade de medicamentos básicos. Cf. CPLP (2011). Relatório Mundial da Saúde – financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Lisboa, CPLP.

No quadro de uma política nacional de aprovisionamento e de regulação dos medicamentos sintéticos, sublinha-se a institucionalização relativamente recente do Fundo Nacional de Medicamentos, operacionalizado a partir da Central de Aprovisionamento de Medicamentos (CAME), do Ministério da Saúde cuja incumbência é assegurar o fornecimento do mercado santomense com medicamentos e consumíveis hospitalares³¹. Acresce também a criação da ARFAMED - Autoridade Reguladora do Sector Farmacêutico aprovada pelo Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe, sob a proposta da Direção dos Cuidados de Saúde e do Departamento Farmacêutico³², cuja função se centra na regulação do mercado farmacêutico e na melhoria do acesso da população a medicamentos básicos de qualidade, segurança e eficácia cientificamente reconhecida.

As despesas do SNS são suportadas maioritariamente pelo governo de São Tomé e Príncipe, representando 51,05% do total de financiamento em saúde no ano de 2017. Porém, o financiamento externo vindo dos parceiros internacionais constitui o segundo maior subsidiário correspondendo a 28,86% do total de financiamento no mesmo período (Ministério da Saúde, 2020a), o que revela um certo grau de dependência face às parcerias e apoios internacionais.

A cooperação [biomédica] internacional

As ações e as estratégias de cooperação com parceiros internacionais constituem uma valência essencial para atender às necessidades em saúde e exige a mobilização cruzada de recursos humanos, materiais, financeiros, bem como o apoio institucional, estratégico e técnico, tanto do parceiro, como do Ministério de Saúde e de todos os setores governamentais e não governamentais de São Tomé e Príncipe.

No quadro do Acordo no Domínio da Saúde entre Portugal e São Tomé e Príncipe³³, estabelecem-se as diretrizes para a evacuação médica de doentes face à incapacidade de respostas clínicas e estruturais nos casos de maior gravidade no SNS de STP. Neste acordo, atribuíram-se um conjunto de responsabilidades distintas tanto ao Governo de STP, como ao Governo português, havendo lugar a um Gabinete de Junta Nacional de Saúde, sob a tutela do Ministério da Saúde, que se dedica à gestão do processo de atribuição de Junta Médica ao doente³⁴.

A cooperação no terreno: o Instituto Marquês de Valle Flor - IMVF

³¹ Em <http://ms.gov.st/?p=57>

³² Cf. Política Farmacêutica Nacional 2019-2029, Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe - <http://ms.gov.st/wp-content/uploads/2020/05/POLITICA-FARMACEUTICO-NACIONAL2019-2029.pdf>

³³ Decreto nº 25/77 de 3 de março

³⁴ Cf. <http://ms.gov.st/?p=41>

“Portugal e São Tomé alargam cooperação na área da telemedicina à gastroenterologia”³⁵
Portugal e São Tomé e Príncipe realizaram hoje a primeira consulta de gastroenterologia por telemedicina, exame que alargou a uma nova especialidade médica uma década de cooperação entre os dois países através desta solução tecnológica.

Uma endoscopia digestiva alta, com recolha de tecidos para biopsia, num paciente em São Tomé, feita por uma médica são-tomense – a primeira especialista em gastroenterologia daquele país, recentemente formada em Coimbra – foi acompanhada em tempo real em Lisboa por uma colega da especialidade, que ofereceu apoio técnico e aconselhamento terapêutico.

Com o ato médico – presenciado pelo ministro são-tomense da Saúde, Edgar Neves, e pelo secretário de Estado Adjunto e da Saúde português, António Sales – ficou oficialmente inaugurada a unidade de gastroenterologia do Hospital Dr. Ayres de Menezes, em São Tomé, e em funcionamento o serviço TeleGastro.

«É muito importante para o país o aprofundamento da cooperação com os países de expressão portuguesa, neste caso particular com São Tomé e Príncipe. Estamos muito empenhados nesta cooperação e [este] é um excelente exemplo paradigmático de como, através da técnica, conseguimos fazer o exame que acabámos de ver, uma endoscopia digestiva, com a devida monitorização acompanhada em Portugal», sublinhou António Sales.

Já Edgar Neves manifestou em nome do Governo de São Tomé «de forma muito clara o mais profundo agradecimento por este salto» na prestação de cuidados de saúde, sublinhando o caminho feito pela cooperação entre os dois países, sobretudo na área da imagiologia.

«É esta a cooperação que queremos aprofundar e melhorar. Já o temos feito noutras áreas, já existem consultas de cardiologia, pneumologia, dermatologia, e outras, esta será mais uma consulta», disse António Sales.

O governante escusou-se a concretizar a intenção manifestada de «aprofundar e melhorar» esta cooperação, explicando que «estamos numa fase pandémica e neste momento, o mais importante são, de facto, as vacinas [contra a covid-19], os testes, a cooperação na sequenciação na genotipagem», numa cooperação em curso «entre o Instituto Ricardo Jorge e os países de expressão portuguesa».

«Temos que acorrer a esta fase pandémica. Esta é de facto a nossa maior urgência», reiterou o secretário de Estado, que recordou o compromisso divulgado pelos

³⁵ Em <https://healthnews.pt/2021/06/18/portugal-e-sao-tome-alargam-cooperacao-na-area-da-telemedicina-a-gastroenterologia/>

Negócios Estrangeiros portugueses: «Cerca de 5% das nossas vacinas [irão] para os países de expressão portuguesa, algumas delas já foram para esses países».

A iniciativa enquadrada no Programa Saúde para Todos, implementado pelo Instituto Marquês de Valle Flor (IMVF), é financiada pela cooperação portuguesa, através do instituto Camões, e pela Direção-Geral da Saúde.

O TeleGastro permite a observação simultânea de pacientes por uma equipa são-tomense e por médicos especialistas da área de gastroenterologia da Fundação Champalimaud, em Lisboa.

A especialidade de gastroenterologia soma-se à plataforma de Telemedicina Mediagraf, criada em 2011, e que já integra as especialidades de cardiologia, imagiologia, oftalmologia e otorrinolaringologia.

«Ao longo destes 10 anos temos desenvolvido algumas soluções inovadoras para resolver problemas relacionados com a distância. No início a tecnologia estava dependente dos satélites, com a chegada do cabo submarino em 2014 passamos a poder resolver vários tipos de problemas», explicou o anfitrião do evento, Paulo Telles de Freitas, presidente do conselho de administração do IMVF.

«Passámos a ter todo o tipo de ecografias, quer pediátricas quer de adultos, a ter o TAC [uma máquina doada pela cooperação de Taiwan], ligado a Portugal, mamografias, um serviço de imagiologia totalmente digitalizado e cujos os exames são vistos por médicos portugueses», afirmou.

«E nas áreas da oftalmologia, otorrino e agora na gastroenterologia, em vez de termos um gastroenterologista em São Tomé quatro vezes por ano durante uma semana de cada vez, a solução foi termos um gastroenterologista em permanência, com o apoio de gastroenterologistas portugueses», acrescentou Telles de Freitas. [...]»

Notícia Health News, Informação em saúde

18 de junho de 2021

O projeto “Saúde para Todos” desenvolvido pelo IMVF desde 1988 apresenta um programa abrangente com vista ao reforço do setor da saúde em São Tomé e Príncipe, numa ação globalizadora de cooperação que expressão significativa. Destaca-se o papel central da Cooperação Portuguesa cuja coordenação de esforços entre as várias entidades e parceiros³⁶, tem permitido implementar o programa com maior eficácia. A implementação do Programa Saúde para Todos sustentou-se no objetivo de contribuir para o acesso universal

³⁶ O Camões - Instituto da Cooperação e da Língua, I.P.; Direção Geral da Saúde de Portugal enquanto principais financiadores do Programa Saúde para Todos, contando com apoio de parceiros como a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, a Fundação Champalimaud, a José de Mello Saúde, a PT Inovação, a Altice Labs, como também o Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe.

da população a cuidados de saúde biomédicos de qualidade e a promoção da sustentabilidade do SNS em São Tomé e Príncipe, tendo vindo a adotar uma estratégia de alargamento progressivo ao nível territorial e do âmbito dos cuidados prestados. Desde um enfoque mais localizado no espaço e nos cuidados primários, à expansão da sua atuação a todo o arquipélago, aos cuidados especializados, apoio clínico via Telemedicina e à prevenção das doenças não transmissíveis. A sua linha de atuação centra-se, assim, na promoção da melhoria, da autonomização e na sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde ao nível preventivo, primário e especializado, assumindo igualmente um importante papel no âmbito da formação e da capacitação de técnicos e administrativos, no reforço institucional de profissionais, na melhoria das infraestruturas, no apoio à gestão dos serviços, entre outros (IMVF, 2021).

Diversas têm sido as iniciativas de apoio e de cooperação direcionadas para o desenvolvimento e a promoção da saúde em STP, com missões e projetos, mais ou menos, pontuais e circunscritos a uma determinada localidade e/ou instituição local. Desde a AMI que marcou presença no arquipélago pela primeira vez em 1988, aos Médicos do Mundo e à HELPO³⁷.

A AMI centrou a sua atuação sobretudo no desenvolvimento de estratégias para a intervenção na área da nutrição e na dinamização da promoção da saúde ao nível comunitário, contribuindo para a formação de técnicos, a educação para a saúde de professores, pais e alunos, a capacitação de ativistas comunitários e de agentes sanitários, para além da assistência na prestação de cuidados de saúde. Numa perspetiva de ação cruzada, o último projeto da AMI cujo direcionou-se para a melhoria das condições higiénico-sanitárias, a promoção da literacia em saúde e do saneamento através de intervenções com vista ao desenvolvimento local no distrito de Caué³⁸.

A presença dos Médicos do Mundo em São Tomé e Príncipe assinalou-se, sobretudo, pelo desenvolvimento de projetos, cuja área de intervenção se circunscrevia à prevenção do VIH/SIDA em diversos contextos, à capacitação de técnicos e profissionais na área da saúde, da educação e do poder local, assim como à promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras do VIH/SIDA, contribuindo para o aumento do apoio psicossocial e da assistência domiciliária, como também a redução do estigma associada à doença através de ações de educação em saúde. Elencam-se os seguintes projetos: “Resposta de emergência à epidemia de cólera” (2005-2006), cuja missão de curta duração (3 meses) se centrou numa intervenção de emergência humanitária; “Saúde na Prisão Central” (2007-2009); “Comunidade de Apoio

³⁷ Destacam-se sucintamente as organizações com maior atividade em São Tomé e Príncipe.

³⁸ Cf. <https://ami.org.pt/a-ami/>

à Vida” (2009-2011); “Viver Positivo” (2011-2013); “Saber é Poder” (2011-2014) – inserido mais especificamente na área da Saúde Sexual e Reprodutiva³⁹.

A intervenção da HELPO iniciou-se em 2010, centrada e, posteriormente, em 2012, no desenvolvimento de programas na área da saúde materno-infantil e nutricional, mantendo a sua atividade até à atualidade, em colaboração direta com o Ministério da Saúde, entre outras entidade e organizações de âmbito local e internacional. Seguem os projetos mais recentes: POPMISA - População Materno Infantil Sem Álcool em São Tomé e Príncipe (2019-2020); MENUTRIC STP - Melhoria do estado nutricional das crianças de São Tomé e Príncipe (2020-2021); Grávida Sem Álcool, Bebé Com Saúde - Intervenção Comunitária dos PLA⁴⁰ no distrito de Caué (2021-2022); PANMI - São Tomé e Príncipe: Programa de Acompanhamento Nutricional Materno Infantil (2021-2025)⁴¹.

A medicina da terra – local

A partir da década de 1980 assistimos a uma nova retórica pautada pela valorização e, inclusive, pela promoção da “Medicina Tradicional” (OMS, 1998; Fialho, 2003), aclamada com tons reivindicativos da sua institucionalização e reconhecimento dos terapeutas locais.

Amplamente reconhecida pela sociedade santomense, a chamada “Medicina Tradicional”, apresenta uma organização interna, relativamente complexa, porém postulada por uma lógica hierárquica que se pode designar de áreas de especialidade, mas cujos conhecimentos foram adquiridos à margem do sistema de ensino formal e, nesse sentido, despindo os terapeutas de legitimidade legal e socio-política para exercer a sua atividade (Valverde, 2000). Mas, de facto, as posições ocupadas pelos grupos sócio profissionais na estrutura social, assim como o curso das suas trajetórias (ainda que a figura de terapeuta local não conheça um enquadramento oficial), estabelecem o seu estatuto, ao mesmo tempo que, contribuem para a constituição de identidades ocupacionais diferenciadas (Pinto, 1991). Giddens (2002) faz notar, precisamente, que os sistemas de conhecimento acumulado, enquanto património socialmente prestigiado, comporta múltiplas fontes de autoridade, não raras vezes, alvo de contestação interna, mas também externa e de divergências face às suas implicações ao nível socio-culturais.

O contexto da “Medicina Tradicional” em São Tomé e Príncipe e dos seus terapeutas locais, imiscui-se de uma relativa autonomia, cujo desempenho osmótico permite e apela a uma coexistência e cooperação com a biomedicina e com os respetivos profissionais. Numa simbiose entre conhecimentos e terapias informalizada e hierarquicamente desigual do ponto de vista sistémico, subjaz um consentimento tácito, pese embora, refreado a um conjunto de

³⁹ Cf. <https://www.medicosdomundo.pt/projectos-internacionais/africa>

⁴⁰ Problemas Ligados ao Álcool (PLA)

⁴¹ Cf. <https://www.helpo.pt/pt/sao-tome-e-principe>

práticas locais. Esta intenção revela-se nos diversos planos elaborados pela Ministério da Saúde, sob as orientações da OMS, que não exclui o manancial da “Medicina Tradicional”, procurando a regulamentação do seu exercício e a incorporação de um corpo de conhecimentos e práticas sustentáveis adequados ao contexto da prestação de cuidados de saúde⁴²

O estímulo à regulamentação da “Medicina Tradicional” abriu espaço para a criação da ‘Associação da Medicina Tradicional de São Tomé e Príncipe’ (AMTSTP)⁴³, a 2 de maio de 2005, com o intuito de desenvolver uma estrutura e organizar os seus praticantes. Numa estratégia de congregação dos terapeutas locais e de afirmação e reconhecimento institucional da sua existência, objetivou-se a tentativa de os reunir e registar. Por outro lado, assentou na promoção e no desenvolvimento dos conhecimentos inerentes à prática da ‘medicina tradicional’, como também no reforço da confiança das populações nos saberes e nas práticas.

No arranque de um processo que se visionava como integrador, decorreram algumas iniciativas (in)formativas e o desenvolvimento de estudos fitofarmacológicos e etnobotânicos com vista à regulamentação de *mindjân tela*. Não obstante, a tenuidade da linha que separam os usos das plantas medicinais e o universo simbólico associado a um conjunto de práticas terapêuticas, bem como a conotação mágico-religiosa do desempenho da figura do *curandeiro*, rapidamente refrearam um reconhecimento e cooperação oficial.

1.3.2 A Portugal

Um breve retrato histórico da estruturação dos serviços de saúde em Portugal permite-nos indagar sobre o processo de institucionalização da prestação de cuidados de saúde e, em simultâneo, contextualizar os marcos da sua regulamentação por relação direta com a sua influência na organização dos “sistemas de saúde” em contexto (pós)colonial, particularmente o de São Tomé e Príncipe.

Remetemos a 1901, ano em que a organização dos serviços de saúde pública foi desenvolvida por Ricardo Jorge e posteriormente regulamentada⁴⁴, embora apenas tenha entrado efetivamente em vigor em 1903. Nesta época, a prestação de cuidados de saúde

⁴² Cf. OMS (2010). Instrumentos para Institucionalizar a Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde da Região Africana. Escritório Regional Africano da OMS; Ministério da Saúde (2020). Plano Director do Sector Farmacêutico de São Tomé e Príncipe 2016 – 2020; OMS e Ministério da Saúde (s/d). Estratégia de Cooperação da Organização Mundial da Saúde com os Países 2017 – 2021, São Tomé e Príncipe; Ministério da Saúde (s/d). Política Farmacêutica Nacional 2019 – 2029. São Tomé e Príncipe, Ministério da Saúde.

⁴³ Cf. Subcapítulo 2.1.

⁴⁴ Decreto de 28 de dezembro e Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, de 24 de dezembro de 1901.

operava sobretudo na esfera do setor privado, sendo reservada ao Estado uma ação meramente assistencial à camada da população mais desfavorecida.

Posteriormente, o ano de 1946 viria então marcar o lançamento da construção de uma rede hospitalar⁴⁵, centralizados, sobretudo, nos grandes centros urbanos e cuja gestão seria entregue às misericórdias, enquanto instituição de solidariedade social que ocupava um lugar de relevo na sociedade portuguesa.

Em 1958, é criado o Ministério da Saúde e da Assistência⁴⁶, transferindo para a sua tutela os serviços de saúde pública e os serviços de assistência pública, anteriormente assegurada pelo Ministério do Interior. O início da década de 60 vai assinalar a promulgação das bases da política de saúde e da assistência pública⁴⁷, atribuindo ao Estado a competência de organização e manutenção de serviços de saúde públicos, pese embora, direcionados sobretudo para a prevenção em saúde, nomeadamente, a vacinação, os cuidados materno-infantis, a saúde ambiental, entre outros.

Mais tarde, a década de 70 demarca-se pelas reformas significativas que ocorridas no sistema de saúde português, visando a diminuição a contração das barreiras no acesso aos cuidados de saúde por parte da população em geral. Assim, em consonância com um contexto em transformação socio-política, em 1971, é promulgada a organização do Ministério da Saúde e Assistência e reconhecido o direito à saúde a todos os cidadãos⁴⁸, embora circunscrito aos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Nesta fase, releva-se a importância da promoção da saúde e prevenção da doença, tendo sido constituídas duas estruturas funcionais, como sejam, os centros de saúde – *de primeira geração*⁴⁹ e os hospitais. O Ministério da Saúde e Assistência assume, assim, a função de orientar as políticas e as estratégias em saúde, por meio das Direções Gerais de Saúde e dos Hospitais centrais (Baganha, Ribeiro & Pires, s/d).

A aprovação da nova Constituição em 1976 assinala um avanço em direção à criação de um serviço nacional de saúde universal e gratuito, efetivado a partir do apanágio estabelecido pelo artigo 64.º em que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. O Estado é incumbido de assegurar o direito à proteção da saúde, devendo criar as condições para garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados preventivos, curativos e de reabilitação, assim como uma estrutura médica e hospitalar operacional ao nível nacional. Mas é em 1978, a partir do Despacho Arnaut⁵⁰, que se desencadeia o acesso efetivo aos Serviços Médico-

⁴⁵ Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946

⁴⁶ Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto

⁴⁷ Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963

⁴⁸ Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro

⁴⁹ Pereira (2011)

⁵⁰ Despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de julho de 1978

Sociais a todos os cidadãos, garantindo a universalidade e a gratuidade dos cuidados de saúde, assim como a comparticipação medicamentosa, inobstante da sua capacidade contributiva.

Um ano depois, a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, estabelece oficialmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS), sob a alçada do Ministério dos Assuntos Sociais. No quadro dos termos definidos na Constituição, é assim garantido o acesso universal e gratuito a todos os cidadãos, incluindo estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos, pese embora, a possibilidade do estabelecimento de taxas moderadoras, com vista à racionalização da utilização dos serviços de saúde.

Ao SNS é concedida uma autonomia administrativa e financeira⁵¹ e estrutura-se a partir de uma organização descentralizada que engloba organismos ao nível central, regional e local, direcionados para a prestação de cuidados de saúde primários através dos centros comunitários de saúde e de cuidados de saúde diferenciados por meio dos hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas. Integra, deste modo, o conjunto de serviços de saúde integrados que contemplam a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e o tratamento e a medicina de reabilitação. A par da fruição de uma gestão autónoma dos recursos financeiros em prol de uma coordenação e distribuição mais adequada, o Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de junho, veio implementar as Administrações Regionais de Cuidados de Saúde (ARS), em sucessão das administrações distritais dos serviços de saúde.

Em 1983, o despacho normativo⁵² vai integrar os postos dos Serviços Médico-Sociais, implementadas segundo as diretrizes do “Estado de Previdência”, numa nova modalidade de Centro de Saúde – *a segunda geração*, pese embora a inalterância, na prática, do âmbito da prestação de cuidados de saúde, como também vai criar a carreira médica de Clínica Geral (Baganha, Ribeiro & Pires, s/d; Pereira, 2011).

No âmbito da segunda revisão da Constituição, ocorrida em 1989, o direito à proteção da saúde que garante o acesso ao serviço nacional de saúde, passa a ser classificado como universal e tendencialmente gratuito⁵³, com base nas condições socioeconómicas dos cidadãos e colocando ênfase no princípio de justiça social e de racionalização dos recursos entrando na equação as condições económicas e sociais dos cidadãos.

Em 1999 estabelece-se o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS)⁵⁴ integram os centros de saúde, os hospitais e outras instituições, públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, direta ou indireta, na área da saúde, numa área geográfica

⁵¹ Decreto-Lei nº 357/82, de 6 de setembro

⁵² Despacho Normativo 97/83, de 22 de abril

⁵³ Alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º da Constituição

⁵⁴ Decreto-Lei nº 156/99, de 10 de maio

delimitada e têm como função a organização dos recursos mediante critérios geográficos e populacionais focados, sobretudo, na racionalização da utilização dos recursos, como no desenvolvimento de ações para a promoção da saúde. Neste mesmo ano, é instituído um novo regime de criação, de organização e de funcionamento dos Centros de Saúde⁵⁵, sob a tutela do Ministério da Saúde, nomeadamente os *centros de saúde de terceira geração* vindo a inspirar o estabelecimento das Unidades de Saúde Familiar, devidamente integradas no SNS, mas providas de autonomia técnica, administrativa, financeira (Pereira, 2011).

Uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados desponta em 2006⁵⁶, com o intuito de responder ao progressivo envelhecimento da população e ao aumento da preponderância de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. E, no ano seguinte, em 2007 conhecem-se os primeiros sinais em direção a uma reforma dos cuidados de saúde primários, com a efetivação das primeiras Unidades de Saúde Familiar⁵⁷.

Atualmente, de acordo com a Lei de Bases da Saúde n.º 95/2019 de 4 de setembro⁵⁸, o Estado português assume a função de promover e assegurar o direito à proteção da saúde por intermédio do Serviço Nacional de Saúde (SNS), enquanto organismo que abrange o conjunto das instituições e dos serviços públicos, centrais, regionais e locais de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente: os centros de saúde; os estabelecimentos hospitalares e as unidades locais de saúde. A tutela sobre todos os serviços e estabelecimentos do SNS, encontra-se afeta ao Ministério da Saúde que define e direciona as políticas nacionais na área da saúde, garantindo a aplicação e a utilização sustentável dos recursos, assim como a avaliação dos resultados dos programas⁵⁹.

A cooperação internacional

Posteriormente, em 2014, estabelecem-se as normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e as bases para a cooperação internacional na área da saúde⁶⁰, em linha com a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011 e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012⁶¹.

Atualmente, a cooperação na área da saúde alinha-se com a Estratégia da Cooperação para a Saúde e com as diretrizes do Instituto Camões (ICL), no que respeita a concretização dos princípios básicos internacionais de Ajuda ao Desenvolvimento para a redução da

⁵⁵ Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio

⁵⁶ Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho

⁵⁷ Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto - estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar, assim como o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos.

⁵⁸ Em revogação da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto

⁵⁹ Cf. <https://www.sns.gov.pt/institucional/ministerio-da-saude/lei-organica/>

⁶⁰ Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto

⁶¹ Cf. <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

pobreza. A finalidade estratégica visa a capacitação dos sistemas de assistência pública de saúde dos 'países em desenvolvimento', particularmente dos PALOP e de Timor Leste.

A estratégias gerais de intervenção centram-se, assim, na capacitação e apoio à (re)organização institucional, que inclui a formação de profissionais de saúde ([bio]médicos, enfermeiros e gestores qualificados); no apoio ao desenvolvimento de entidades formativas e de investigação (ensino superior) e na inclusão e na ampliação de novas tecnologias de informação e de comunicação com o intuito de apoiar na gestão, no diagnóstico e nos processos de terapias especializadas (telemedicina) desenvolvendo, em simultâneo, parcerias com o setor de saúde privado. Além destes parâmetros, procura-se estabelecer parcerias com os diversos organismos internacionais, como sejam, Organizações Não Governamentais para o Desenvolvimento (ONGD), entre outras instituições públicas e privadas, ao nível nacional e internacional.

As orientações para a cooperação em saúde assumem, de igual modo, planos interventivos no domínio da garantia do acesso e da qualidade de cuidados primários de saúde prestados, assim como no acesso à saúde sexual e reprodutiva, com especial enfoque na implementação de programas que visam a redução da mortalidade infantil, a melhoria dos cuidados materno-infantis, da saúde feminina e o combate a infeções sexualmente transmissíveis (IST), à malária, à tuberculose e outras patologias tropicais.

No âmbito da cooperação bilateral com São Tomé e Príncipe, assinala-se o apoio direto da DGS ao IMVF, cofinanciando o projeto "Saúde para Todos: Programa Integrado", desde 2012. Para além deste programa, o Ministério da Saúde, em estreita ligação com a DGS tem vindo a desenvolver parcerias com a HELPO, através do cofinanciamento de programas de intervenção na área da nutrição e da saúde materno-infantil⁶².

Não obstante, e no caso específico da transferência de doentes de STP para Portugal, em regime de Junta Médica, tem vindo a ser relatadas dificuldades, tanto no acesso aos cuidados de saúde, como no trabalho e no domínio da proteção social, precarizando as suas condições de vida (Trovão & Ramalho, 2010), o que coloca, por um lado, um problema que as associações⁶³ têm vindo a assinalar, procurando dar respostas de apoio social e, por outro lado, revela a necessidade dos doentes recorrerem frequentemente às redes familiares e de amizade em busca de ajuda para assegurar condições básicas de subsistência.

O desenvolvimento de parcerias multilaterais, acompanham os acordos bilaterais existentes, tendo o Ministério da Saúde advogado por um maior envolvimento e uma participação ativa no Programa Estratégico de Cooperação na Saúde da CPLP e na Conferência Ibero-Americana.

⁶² Cf. <https://www.sns.gov.pt/institucional/cooperacao-internacional/cooperacao-bilateral/>

⁶³ Destacamos a Mén Non e a PROSAUDESC

A agenda política figura um empenho no alargamento das relações entre o Ministério da Saúde português e os Países da América Latina, do Médio Oriente e do Magrebe, através da operacionalização dos acordos estabelecidos. De igual modo, postula-se uma intensificação e consolidação de (inter)relações e contatos, que almeja, no fundo, demonstrar a capacidade dos setores administrativos na área da saúde português, na definição e na implementação de políticas de internacionalização. Manifestando, assim, por meio da sua capacidade de resposta, dos recursos humanos qualificados, dos equipamentos e das instalações consideradas de qualidade, assim como do prestígio conferido às instituições de ensino superior, uma afirmação da competência dos serviços de saúde em Portugal⁶⁴.

O lugar das outras medicinas

O espaço que as medicinas complementares e alternativas (MCA) ocupam na sociedade, de uma forma geral, baliza as estratégias pragmáticas que os indivíduos procuram e adotam tendo em vista a manutenção da saúde e, muitas vezes, a mitigação dos efeitos secundários dos medicamentos sintéticos (Spadacio et al., 2010). De acordo com Astin (1998), as terapias que fogem ao crivo do convencional representam, sobretudo, um corpo de saberes e de práticas que se harmonizam com o ideal e as orientações filosóficas face à saúde e ao bem-estar.

Alvo de controvérsia nos quadros da comunidade biomédica e também política⁶⁵, a Lei de Bases da Saúde n.º 95/2019 de 4 de setembro prevê o exercício legalmente regulado de *terapêuticas não convencionais (TNC)*⁶⁶ e a sua integração com as “terapias convencionais”, enquanto garante da proteção da saúde da população, da qualidade assistencial, coadunado com os pressupostos da segurança e da evidência científica.

Assim, ao Ministério da Saúde é conferida a competência de acreditação, de tutela e de fiscalização da prática das *terapêuticas não convencionais* regulamentadas⁶⁷, conforme a definição reconhecida pela OMS. Sendo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a entidade responsável pela emissão da cédula profissional, mas cuja obtenção depende de um conjunto de critérios, como sejam, a titularidade do grau de licenciado nas

⁶⁴ Cf. <https://www.sns.gov.pt/institucional/cooperacao-internacional/>

⁶⁵ Cf. *Terapêuticas não convencionais - Desconfio do que não conheço e não uso mezinhas ou plantinhas, nem chás ou qualquer outro tipo de medicamentos sem certificação. Não se coloca bolor em feridas. Há penicilina.* Entrevista a Fernando Leal da Costa, Observador, 28 de agosto de 2018 <https://observador.pt/opiniao/terapeuticas-nao-convencionais/>

⁶⁶ Qualificam-se como *Terapêuticas Não Convencionais (TNC)*, o conjunto de práticas que assentam numa base filosófica holística e cujos processos de diagnóstico e terapêuticos são diferenciados da *medicina convencional*.

⁶⁷ Acupuntura, fitoterapia, medicina tradicional chinesa, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, sendo que a homeopatia ainda aguarda regulamentação por parte da DGES.

TNC definidas, obtido na sequência de um ciclo de estudos compatível – Licenciatura em TNC – conforme as disposições legais em vigor^{68 69}.

⁶⁸ Artigo 5.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro

⁶⁹ Em regulamentação da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto relativamente ao exercício profissional das práticas de aplicação de *terapêuticas não convencionais*.

CAPÍTULO 2 - *Mindján Tela* em trânsito: ‘as plantas nas voltas que a vida dá’

“Leva corpo e alma...” [M., Fevereiro, 2018]

O espólio medicinal natural de São Tomé e a sua materialização social, cultural e afetiva simbolizam um encontro harmonioso entre a natureza e o engenho do pensamento humano, resultando de uma aliança entre os saberes do passado e da contemporaneidade.

O saber e o fazer *mindján tela* – medicamentos da terra – revela-se no mosaico da paisagem, em cada casa, em cada família, mas também no que fica para lá do que a vista alcança. Encontra-se imbricado no modo de ser e de pensar.

2.1 Do património medicinal natural de São Tomé: pensar a etnobotânica e a medicina local

“Ninguém ignora que as plantas (raízes, cascas, folhas e flores), são utilizadas desde os tempos mais remotos tendo em conta a conservação da saúde. Não obstante a campanha que sempre se tem feito contra indivíduos leigos, em matéria de conhecimentos técnicos, e outros semi-iletrados – curandeiros ou quimbandeiros –, que possuem o condão de curarem diversas doenças por meio das plantas. O certo é que essa prática é reconhecida universalmente como imprescindível à vida dos povos. E, assim, passou a ser aplicada em todo o mundo por estudiosos e ervanários que, deste modo, têm prestado altos e relevantes serviços à Humanidade.”

Roseira (1984, p. 14)

Inicialmente a Etnobotânica emergiu como uma área de estudo algo estreita e parca em termos analíticos, centrando-se na mera inventariação de plantas com utilidade reconhecida e os seus usos entre as pessoas. Todavia, a perdurabilidade patente nas relações entre humanos e plantas prendeu e, ao mesmo tempo, conservou a atenção dos indivíduos para o seu papel em todas as esferas da vida e em todos os lugares do mundo (Nolan & Turner, 2011). Assim, o que se afigurava como um campo de estudo algo linear, no que tange as relações entre o ser humano e os recursos naturais que o circundam, se estende para assumir

uma função de narrar as histórias sobre o lugar que os indivíduos ocupam no mundo e dos laços que estabelecem uns com os outros.

Neste contexto, a área de estudos da Etnobotânica tem vindo a adquirir um papel de grande relevância dado o vasto património de recursos medicinais naturais existente em São Tomé e Príncipe, permitindo assim obter um melhor entendimento do universo que une os saberes e as práticas populares, ao mundo das plantas (Frazão-Moreira & Fernandes, 2005) e do contexto em que se inserem. Compreende, assim, uma esfera de conhecimento que nos fornece ferramentas teórico-práticas para uma apreensão do quanto os recursos – medicinais – naturais fazem parte da memória e experiência de vida das pessoas. Configurando um campo multidisciplinar que emprega metodologias de várias áreas científicas (Nolan & Turner, 2011), mas especialmente com um contributo efusivo das ciências sociais e da botânica, para estudar as interações entre a tríade ser humano, mundo vegetal e o ecossistema.

O desenvolvimento da Etnobotânica colocou desafios à tendência dominante das especializações disciplinares do século XX, sendo reflexo dos esforços que se vislumbravam para compreender o nosso lugar no mundo e perante as coisas. Assume uma abordagem interdisciplinar abarcando áreas de estudo como, a história ambiental, a ecologia política, a ecologia cultural, a ética ambiental, a economia ecológica e conservação ecológica. E, opera no âmbito do estudo da taxonomia, da nutrição, da farmacognosia, da fitoquímica, da palinologia, da ecologia e da biologia da conservação. Sob a lente das ciências sociais, encontramos os contributos da antropologia, da ciência política, da geografia, da economia, da psicologia social, dos estudos ambientais, entre outros (Nolan & Turner, 2011). Indubitavelmente, a etnobotânica ofereceu um contributo importante no que tange a identificação de uma correlação entre a diversidade biológica do mundo e a diversidade cultural que a compõe (Carlson & Maffi 2004).

O advento da globalização e a conseqüente expansão do mercado internacional, a partir dos anos 1990, provocaram um *shift* no contexto da investigação da etnobotânica, colocando estrategicamente os etnobotânicos no centro de projetos e iniciativas intimamente ligadas à conservação ecológica (Carlson & Maffi 2004). Coloca-se assim a tónica num trabalho de reconhecimento do papel dos saberes locais, associando os fatores sociais, ecológicos e económicos que determinam as práticas (Maffi, 2005). Por conseguinte, interessa-nos aqui sublinhar os contributos das áreas da etnobotânica médica, cognitiva, simbólica, do conhecimento ecológico local, da política ecológica, da etnobotânica e conservação, assim como o campo da etnobotânica e dos trânsitos migratórios⁷⁰ para pensar no valor intrínseco das diversas formas de conhecer e preservar o conhecimento local. A Convenção Sobre a

⁷⁰ Áreas temáticas adaptadas a partir da classificação apresentada por (Nolan & Turner, 2011).

Diversidade Biológica - CDB (Nações Unidas, 1992) vem assumir o compromisso de conservação da biodiversidade e a promoção da utilização sustentável dos recursos biológicos existentes, assim como advogar pela partilha dos benefícios ecológicos, científicos, económicos, sociais, culturais, entre outros que estes recursos nos fornecem. É como base neste mandato em prol do reconhecimento e da preservação da diversidade biológica que a CDB atenta para a cooperação (inter)institucional, a identificação e a monitorização das espécies e do desenvolvimento de estratégias de proteção e de desenvolvimento ecológico. Subjacente a estas premissas, reside o reconhecimento da importância do saber local sobre a biodiversidade, bem como a utilização destes recursos no quotidiano das pessoas e, ao mesmo tempo, a importância da integração do conhecimento ecológico e a sua manipulação nos processos de decisão local e nacional.

Não obstante, as plantas medicinais “...*detêm um poder que ultrapassa a dimensão pragmática da sua utilização*” (Frazão-Moreira & Fernandes, 2005, p. 23) associando-se, deste modo, a uma dimensão simbólica que legitima a sua eficácia. Tal fornece um enquadramento teórico a partir do qual se deve igualmente pensar o processo de construção da retórica em torno da eficácia terapêutica e, eventualmente, dos seus limites. Conforme referem Frazão-Moreira e Fernandes (2005), o corpo de saberes do mundo das plantas, entroncam-se em sistemas de conhecimento mais alargados, colocando a necessidade de aceder aos bastidores das distintas formas de atuação sobre as experiências de saúde, doença e bem-estar.

A etnobotânica representa, de facto, um papel fundamental ao nível comunitário, desde a sua abordagem na recolha e no tratamento de dados do terreno – identificação e partilha científica das plantas; na participação em atividades científicas académicas; no desenvolvimento bioeconómico local sob a rubrica da sustentabilidade; na substanciação e validação do conhecimento local; ao seu envolvimento nos processos de decisão política no intuito de garantir o reconhecimento e a preservação dos saberes e das práticas locais a partir da sua relação com o mundo ecológico (Nolan & Turner, 2011).

Concretizar perspetivas sobre a natureza, seja a partir de um enfoque local ou do ponto de vista científico (por exemplo, botânico, farmacológico e também antropológico), afigura sempre um conjunto de implicações inerentes às diversas manipulações da mesma, assim como a coexistência de conceitos e categorias díspares. Neste sentido, é relevante a existência de uma análise dos vários conceitos e categorias taxonómicas envolvidas nas explicações da natureza e da sua biodiversidade, sem descurar que os seus significados são passíveis de mudança e adaptação, mediante as circunstâncias históricas, sociais e culturais (Goody, 2004), mas também de mobilidade transnacional.

Na essência das práticas de cuidados de saúde no espaço da ‘medicina tradicional’, cujo entendimento se pode estender à lógica daquilo que caracteriza as MCA, subjaz o *natural* e

a natureza como alicerce paradigmático. De caráter polissémico, a noção – *natural* – contém em si uma dimensão simbólica (Pegado, 2020), cuja poder performativo opera, frequentemente, por oposição ao sintético ou alopático. Neste contexto, a carga simbólica investida no *natural* coincide com uma ideia de inocuidade (Lopes et al., 2012), com referência a um conjunto de práticas terapêuticas entendidas como ‘mais saudáveis’ (Pegado, 2020), depauperando a noção de risco associada ao consumo de medicamentos sintéticos.

Paralelamente ao legado histórico e à naturalização dos recursos medicinais naturais, emerge um discurso e, conseqüentemente, um reconhecimento ao nível internacional dos ‘sistemas’ médicos locais, comumente referidos como ‘medicina tradicional’, pela associação direta ao conceito de tradição e de continuidade. Tal configura a ideia de ‘medicina tradicional’, como que um corpo de conhecimentos e práticas inertes e imutáveis ao longo do tempo, o que na verdade não é correspondente com o potencial de adaptação e reconfiguração que os saberes médicos encerram em si mesmo, quer seja pelas experiências, quer seja pela hibridização de ‘sistemas’ terapêuticos diversos. Assim, pretende-se desconstruir tal noção patenteando a necessidade de provocar uma viragem no plano discursivo, privilegiando o conceito de ‘sistema’ médico local no quadro analítico etnomédico. Esta enquanto veículo de tradução do modo como os diferentes contextos socioculturais concetualizam, tratam e previnem a doença (Erickson, 2008).

O fulgor da biodiversidade medicinal em São Tomé e Príncipe, traduz-se, assim, num terreno particularmente fértil no que tange a presença e o enraizamento de ‘sistemas’ terapêuticos locais, enquanto detentores de um corpo de conhecimentos e de práticas terapêuticas de valor assinável para as populações. A partir de uma perspectiva internacional, a OMS refere, inclusive, que cerca de 80% da população mundial recorre e, frequentemente, depende do “sistema médico local” (WHO, 1991).

Neste contexto, a ideia de ‘sistema médico local’ refere-se a um quadro de conhecimentos e práticas terapêuticas veiculado por terapeutas locais⁷¹ que geralmente partilham o mesmo contexto social e cultural da população que cuidam, sendo amplamente reconhecidos e estimados pelos seus conhecimentos e poder de curar ou de prevenir as doenças, mas também frequentemente são exaltados pelo seu poder carismático e até transcendental (Valverde, 2000), o que, por vezes, pode significar a presença de uma linha algo ténue entre o mundo físico e o espiritual. Contudo, a preponderância da sua presença localmente é, de facto, considerada como uma prática de eleição (de um modo geral), sendo muito utilizada para satisfazer, sobretudo, as necessidades de cuidados de saúde primários.

A década de 1980 constitui, assim, um marco relevante no que se refere ao reconhecimento da comunidade internacional e, em particular, da OMS enquanto organismo

⁷¹ Cf. Anexo E

especializado em saúde, do papel da chamada medicina tradicional e das respectivas terapêuticas com recurso a plantas medicinais. A OMS defende que a 'medicina tradicional' desempenha um papel importante no campo dos cuidados de saúde das populações, tendo sido reconhecido um vasto uso de recursos medicinais naturais (WHO, 1991). Deste modo, propôs-se a trabalhar no sentido da sua promoção, sob várias diretrizes que assegurem, não só o acesso a meios terapêuticos, mas também que permitam garantir a sua segurança (Bannerman, Buton & Wen-Chieh, 1983).

Deste modo, a OMS definiu a 'medicina tradicional' reconhecendo-a como a combinação total de conhecimentos e práticas, sejam ou não explicáveis, usados no diagnóstico, prevenção ou eliminação de doenças físicas, mentais ou sociais e que podem assentar exclusivamente em experiências passadas e na observação transmitida de geração em geração, oralmente ou por escrito (WHO, 1991). A estratégia passa pela promoção da integração nos sistemas de saúde biomédicos, de práticas terapêuticas e *medicamentos naturais*, comprovadamente seguros, eficazes e de qualidade, e, na ausência desses comprovativos, a sua pesquisa. O *natural*, suplantado pelo desenvolvimento e domínio terapêutico da biomedicina, (re)surge assim no discurso social nas décadas de 80 e 90 em resposta, não só, à produção do risco da ciência e dos fármacos sintéticos, mas também de um interesse crescente na procura de novas opções terapêuticas (Lopes, 2010). Este processo de *farmacologização do natural* expande-se a partir de uma matriz pericial 'moderna', subjacente a uma doxa biomédica de organização e legitimação de cuidados de saúde. Numa lógica de articulação entre a "tradição" e a modernidade (Miles, 1998), a adaptação dos discursos médicos e dos padrões institucionais configura-se numa representação sincrética da biotecnologia e da cultura local de cuidados de saúde e a natureza (Mateus, 2014; Hardon et al. 2008).

Entende-se por integração aumentar o acesso aos cuidados de saúde, através da colaboração, da comunicação, da compatibilização e do estabelecimento de parcerias entre os 'sistemas' terapêuticos (biomédico e local), assegurando, em simultâneo, os direitos de propriedade intelectual e a proteção dos saberes locais (OMS, 1998).

Tais orientações seguem na linha da Declaração de Alma-Ata de 1978, onde se estabelecem recomendações importantes, tanto dos órgãos administrativos da OMS, como da Política Regional de Saúde para Todos no Século XXI. Nesta declaração, sublinham a preponderância dos 'sistemas' médicos locais e dos seus praticantes, no âmbito dos cuidados de saúde primários. De igual forma, as múltiplas agências das Nações Unidas, assim como a Organização da Unidade Africana, têm reforçado o papel das terapias médicas locais na gestão da saúde de da doença.

Contudo, não obstante as orientações políticas, um reduzido número de países efetivamente prosseguiu com a formulação de políticas nacionais, enquadramentos legais e

códigos de conduta no sentido de regular a prática da medicina local. Apenas um conjunto de países viram nascer ‘associações de medicina tradicional’ e, em simultâneo, desenvolveram esforços no sentido da elaboração de programas de formação, assim como a sua inclusão em cursos na área da saúde (Comité Regional Africano, 2000).

Na sequência deste reconhecimento começaram a ser implantadas organizações comunitárias com vista à representação formal de ‘sistemas’ médicos locais e dos seus terapeutas. Assim, conforme já descrito, em linha com uma tendência reconhecida pela OMS e com a expectativa de reconhecimento pelo Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe, é fundada a primeira Associação de Medicina Tradicional de São Tomé e Príncipe (AMTSTP) em 2005, tendo como objetivo primordial reunir todos os terapeutas locais, assim como aprimorar e partilhar os conhecimentos.

A tentativa de integração seguia no sentido de estimular a medicina local, através do estudo e da aprovação das suas práticas, como também dos *mindjân tela* utilizados, a sua respetiva descrição e regulamentação. Todavia, tal projeto não foi bem-sucedido aparentemente e sobretudo pela integração, na associação, de curandeiros e dos chamados *fitxicêlu* (feiticeiro), desmoronando a sua reputação junto do Ministério da Saúde, que não se queria ver aliado a praticantes e práticas de rituais do foro espiritual, conforme revelou Amâncio Valentim⁷².

A vida dos medicamentos naturais

Alicerçado na distribuição e no reconhecimento do ‘sistema’ médico local, impõe-se perspetivar e esmiuçar concetualmente o processo de significação e de categorização do *mindjân tela*, recorrendo à noção de matéria médica (Whyte, Geest & Hardon, 2002), no sentido de esboçar o trajeto da própria conceção de medicamento e também a sua apropriação pela biomedicina. Procura-se, a partir da noção de matéria médica, compreender o medicamento enquanto “...things with social lives...” (Whyte, Geest & Hardon, 2002, p. 3), objetificado, com poder transformativo e também performativo. Ao sugerir que o *mindjân tela* pode ou deve ser entendido, em certa medida, a partir do crivo da ‘vida social das coisas’, torna-se pertinente refletir sobre a biografia cultural destas *coisas* (Kopytoff, 2010) e o facto de que os medicamentos não existem somente enquanto mercadoria, objeto, mas contam histórias e constroem trajetórias. Deste modo, a proposta teórico-metodológica para o estudo das plantas enquanto *coisas* que são (trans)formadas em medicamentos – *mindjân tela* – assenta numa análise da biografia social e cultural das *coisas*, pois permite-nos, de modo mais assertivo, captar os aspetos subjacentes às relações que os indivíduos tecem, a sua (re)produção, efemeridade, mas também conservação num determinado contexto.

⁷² Ver nota de rodapé nº 2.

Volvendo à noção de matéria medica, importa mencionar que configura um termo em latim para designar material médico, isto é, as substâncias medicinais usualmente classificadas como medicamentos ou até mesmo ‘drogas’, tendo constituído uma área de estudos cujo enfoque se situava na análise da origem, da preparação e da utilização dos múltiplos recursos terapêuticos. Posteriormente foi substituída pela farmacologia⁷³ nos finais do século XIX, início do século XX, não obstante, deixa coordenadas relevantes para pensar que antes de mais os medicamentos configuram ‘*material things of therapy*’, muito embora a sua análise se estende notoriamente para além de uma perspetiva um tanto ou quanto pedantesca (Whyte, Geest & Hardon, 2002). “*Throughout human history and across cultures, people have attributed special transformative powers to material substances.*” (Van der Geest, et al. 1996, p. 153): propõe-se, assim, perspetivar os medicamentos da terra – *mindján tela* – enquanto *coisas naturais* com vida social e terapêutica.

A análise deste epifenómeno desponta assim, de um modo algo intuitivo a partir das retóricas que flagrantemente aludem a determinados recursos medicinais naturais, os seus usos e significações, como é o caso do *micócó*, em termos transformativos e, em simultâneo, performativos:

O micócó: desde a planta, à substância transformativa e performativa

Utilização: terapêutica, afrodisíaca/estimulante e culinária.

D^a A. atesta com convicção que a mãe tem que preparar o filho desde a nascença. Enquanto criança, à volta dos 2 anos, espreme-se a folha de micócó fresca no pénis do menino de modo a assegurar a sua virilidade no futuro. De igual forma, pelas propriedades antibacterianas do micócó, esta prática é também executada com o intuito de ‘matar o bicho’, algo que aparentemente as mães detetam quando os meninos se começam a coçar, “...quando começam a andar com a mão na pilinha”, diz D^a A.

A folha de micócó é também utilizada para ‘tirar a frialdade do corpo’, pois dadas as suas propriedades estimulantes, ajuda o corpo a ‘aquecer’, revelando também aqui um potencial afrodisíaco.

Na culinária, a flor de micócó seca é pisada e utilizada em inúmeros pratos, sendo muito frequente a sua utilização em omeletes, por exemplo.

Notas de campo, Viseu, setembro 2017

⁷³ A farmacologia coloca enfoque no estudo dos efeitos das substâncias no tecido humano e a sua emergência coincidiu com os desenvolvimentos na área da bioquímica e da sintetização das substâncias química na Europa (Whyte, Geest & Hardon, 2002).

As plantas, materializadas em medicamentos, constituem-se em primeiro lugar enquanto substâncias que objetificam significados, que são alvo de intercâmbio entre as pessoas e transitam entre contextos, seja geográfico, social ou cultural. De igual modo, configuram-se como substâncias medicinais que encerram em si o poder de transformar por meio da assunção da sua eficácia e, cujo atributo transformativo abrange diferentes finalidades, nomeadamente, a cura, a prevenção, o fortalecimento ou estimulação. Porém, os *medicamentos* podem ser tanto benéficos, como nocivos, colocando a percepção sobre as potencialidades da medicina numa posição de ambiguidade reconhecida (Whyte, Geest & Hardon, 2002). Mas, sobretudo, o recurso aos medicamentos e, especificamente às plantas medicinais, é motivado pela intenção concreta de alcançar um determinado efeito no corpo e/ou mente.

O alcance dos significados da riqueza dos conhecimentos etnofarmacológicos presentes desde São Tomé e Príncipe, mostra o quão vivas permanecem as práticas, muito embora frequentemente indocumentadas ao nível local, mas que constituem o espólio de um 'sistema' médico que se estende, no tempo e no espaço.

2.2 O papel do *mindján tela* no processo de construção da história familiar e social de santomenses em trânsito

*“Quá cú bé mé nu dona mu cá fé,
ele só çá vede, ele só cá buá dá nom.”*

*- O que eu vi a minha mãe e minha avó a fazer,
é para mim verdadeiro e o melhor para nós.*

E. São Tomé, 2018

Resultado de uma cosmovisão 'coletiva', os *espaços* da medicina natural, preservam processos e saber-fazer, conservados, mas também reconfigurados ao longo dos tempos e das suas gerações. Cada 'espaço' representa memórias, etapas de transmutação, conservando, não obstante, as principais estruturas da medicina local de São Tomé.

O *mindján tela*, as suas formulações, práticas e significações emergem sempre aglutinadas à noção de cultura e, em particular, do entendimento que os santomenses fazem dela e de uma certa incumbência de fazer perseverar o que terra dá. Pensar a utilização de bens terapêuticos naturais, dos recursos medicinais *da terra*, suplantadas por práticas

seculares e de profundo enraizamento na comunidade, é assim pensar a cultura e os seus enredos simbólicos na construção da história familiar e social.

Neste âmbito, pensando a partir de uma perspectiva diferenciada da noção de cultura, Swidler (1986) contesta que a mesma influi nos saberes e nas práticas, moldando todo um repertório de hábitos, de competências, de saber-fazer, a partir dos quais as pessoas produzem as suas estratégias de ação e modos particulares de a organizar. Partindo deste entendimento, as premissas que subjazem ao 'papel da cultura', contribuem assim para modelar a formação e o desenvolvimento da ação, por oposição à ideia de que se limita à mera disponibilização de valores que a orientam, servindo o propósito de determinar os objetivos a atingir. A *cultura* não constitui um sistema unificado, mas sim um vasto repertório, a partir do qual, as pessoas selecionam componentes para *fazer e ser*.

A memória viva

As reflexões sobre a memória remontam ao século XIX, a partir do campo da filosofia com Bergson e Nietzsche, como na psicologia com Freud, porém foi Maurice Halbwachs (1998) que em 1925 desenvolveu a noção enquanto fenómeno social e coletivo sob a influência de Durkheim (Peralta, 2007).

A teorização sobre a memória social insere-se num quadro amplo de investigação, cujo objeto de análise se refere aos distintos modos através dos quais os indivíduos são moldados pelo passado, seja na esfera da vida pública ou privada, de forma consciente ou inconsciente, consensual ou conflitual, material ou reflexiva (Peralta, 2007). Configura, portanto, um campo de estudo que atravessa várias áreas disciplinares e oscila entre o tangível e intangível.

Navegando por entre as teorias extensas e complexas no que respeita a memória e os respetivos processos mnemônicos, procura-se tão somente aclarar o seu papel na construção da história familiar e social de santomenses em mobilidade. E, naturalmente inscrita nos quadros sociais e culturais, contemplamos o aspeto construtivo da memória (Bondel, 1966) enquanto peça fundamental para melhor compreender, não só o processo de partilha e de (des)continuidade, mas também de (re)construção e de ensino-aprendizagem da comunidade.

Neste contexto, estreita-se a análise da noção de memória especificamente para a pensar enquanto processo básico individual, mas também de construção social e coletiva. Por entre os debates da psicologia e da psicologia social, Halbwachs (1990) alerta-nos para a necessidade de olhar o ser humano enquanto individuo inserido na vida coletiva, afirmando desta forma a existência da memória individual, não obstante imiscuída na vida social e cultural.

Assim, perante uma panóplia de aceções sobre a memória, destaca-se a de Halbwachs (1990) pelas suas considerações no que tange a formação de quadros de memória que

preservam os grupos sociais. Não obstante o seu enquadramento concertante de memória para a dimensão analítica que se pretende desenvolver, ressalva-se que o autor confere uma ilusão de imutabilidade ao passado, aludindo à identidade coletiva enquanto precedente à memória (Peralta, 2007). Tais quadros de memória coletiva são, assim, tomados como estáticos, o que é suscetível de crítica e não se coaduna com a permeabilidade do conhecimento e, por sua vez, das práticas. Tal como nota Peralta (2007) *“Esta conceptualização pressupõe uma sujeição das memórias individuais aos padrões colectivos, visto que, em última análise, o que recordamos, enquanto indivíduos, é sempre condicionado pelo facto de pertencermos a um grupo.”* (p. 6).

Por conseguinte, distanciando o determinismo coletivo subjacente à concetualização de Halbwachs (1990) e tomando o passado como uma entidade que não é estática, nem rígida, pressupõe-se que a memória coletiva constitui um sistema cultural de atribuição de significado, passível de transformações ao longo do tempo (Zelizer, 1995). Neste sentido, configura, desde logo, um processo dinâmico *“...de recriação cultural, que fornece um quadro de significação mediante o qual a sociedade mantém a estabilidade e identidade, enquanto se adapta à mudança. O passado é, assim, simultaneamente permanente e mutável.”* (Peralta, 2007, p. 17).

No entanto, colocando o enfoque no papel da memória nos processos de continuidade, ainda que potencialmente ecléticos, das estratégias para a gestão da saúde e da doença, parece fazer sentido direccionar o nosso entendimento de memória, primeiro, a partir da perspectiva de Halbwachs (1990), perpassando por ângulos agregadores que explicam os mecanismos que contribuem para a sua construção.

Halbwachs (1990) define a noção de memória como uma construção coletiva sobre o passado elaborada com base nas condições sociais que os indivíduos experienciam no presente. Todavia, as memórias do passado atuam como uma espécie de elos de ligação, informando os indivíduos sobre o momento presente, de modo a que passado e presente se constroem reciprocamente. O modo como passado e presente se relacionam e são socialmente entendidos, revela-se por meio das informações que um projeta sobre o outro (Halbwachs, 1990). Mas ressalva-se que lembrar não se resume a reviver, mas antes refazer, a partir de imagens e saberes de hoje e as experiências do passado, caracterizando, desta forma, a memória como um espaço eminentemente interpretativo. Os tais quadros de memória não são estáticos e também dependem das relações que se estabelecem no círculo familiar, social, cultural, assim como espaço temporal. Neste sentido, Peralta (2007) sublinha que *“...a memória fornece referentes de significação constituídos por visões partilhadas do passado que são geradas pelo presente e orientadas para o futuro.”* (p. 16), enfatizando a conotação social de memória na medida em que não deixa de ser um sistema de organização e mediação cultural da ação cognitiva de lembrar.

Sob este prisma, perspetivar a formação das memórias e inclusive o modo com nos transformamos em agentes de conhecimento, remete-nos para o pensamento foucaultiano sobre a produção de saberes⁷⁴ e a compreensão da memória⁷⁵. De acordo com Foucault (2012), o indivíduo ‘moderno’ constitui-se como um produto dos ‘saberes’ e não como produtor. Curiosamente, Foucault teoriza que os indivíduos se configuram enquanto sujeitos produzidos a partir dos ‘saberes’.

Esta conceção de ‘sujeito’ é desenvolvida no âmbito da perspetiva de ‘história arqueológica’ que coloca a tónica na descrição e na análise nas micronarrativas (Foucault, 2012), remetendo igualmente para a articulação entre as práticas discursivas e não discursivas. Para Foucault (2012) a análise arqueológica permite perscrutar as formas estratificadas do pensamento no sentido de compreender os processos que enformam os modos de pensar e que, por sua vez, subjazem o plano das ações e das posições individuais. A linha analítica de Foucault alude a um nível arqueológico de pensamento que, no fundo, molda as teorias, as ideias, as descobertas e os discursos quer sejam científicos ou de conhecimento leigo.

De que modo é que esta questão se interliga então com a memória? A partir da análise arqueológica do pensamento, Foucault enquadra a sua perspetiva no contexto da singularidade⁷⁶ das narrativas e vai mais longe com a afirmação de que não existem verdades gerais e estáticas. Neste âmbito, a memória é apreendida como um processo variável ao longo do tempo, cuja veracidade é corroborada pelos discursos a cada espaço temporal, mas que foi (re)construída de acordo com o pensamento que vigora (Foucault, 2012).

A partir das matrizes teóricas que enformam esta conceção, é possível traçar um percurso da memória na construção da história familiar e coletiva. A memória substancia-se, assim, na visão e na interpretação que os indivíduos fazem sobre a sua experiência de vida, podendo explicar-se como que o olhar através de uma lente (in)temporal que nos dá conta das heranças (in)tangíveis no presente. Neste contexto, a memória social pode assumir-se como um retrato do passado, cujo papel na construção da identidade do grupo é também relevante e, ao mesmo tempo, que nos fornece as bases para pensar a continuidade do repertório das terapêuticas locais.

De facto, as pessoas apresentam-se aos outros e definem um modo de fazer particular, a partir de um referencial identitário, para o que significa ou pode significar ser santomense. Esta imagem é fundamentalmente desenhada a partir de uma memória ou fragmentos dela

⁷⁴ Sublinha-se que, para Foucault o conceito de saberes, designa a ideia de um conjunto de teorias sistemáticas as quais se exprimem através de discursos considerados como verdadeiros e, nesse sentido, socialmente aceites.

⁷⁵ Perspetiva analítica tendo por base as obras *Arqueologia do saber* e *As palavras e as coisas* (Foucault, 2012).

⁷⁶ Foucault refere-se a singularidades para os fatos históricos ou sociológicos são singularidades.

que é partilhada entre as várias gerações, num contexto onde os avós ou os “mais velhos” e a sua sabedoria ainda é valorizada e passível de continuidade e/ou adaptação. No que tange esta perspetiva sobre a memória social, enquanto expressão de valores culturais e sociais, assumimos, que em grande medida a memória é formada com base na seleção de momentos, saberes e afazeres considerados como memoráveis. Tal também nos remete para pensar os critérios a que os indivíduos recorrem para fazer a seleção do que importa lembrar. Ao trabalharmos a partir desta noção de memória, nomeadamente as bases para a formação da mesma, entende-se que nos confere as bases para melhor compreender o modo como as memórias se inscrevem na história familiar e ‘coletiva’ e, por conseguinte, os parâmetros para a realização dos processos cognitivos da memória particular de cada indivíduo que dela participa (Connerton, 1999).

Paralelamente, considerando a memória enquanto ‘sistema de representação’ (Stuart, 1997), “...que permite criar uma “imagem” do passado que corresponde a quadros de significação do presente.” (Peralta, 2007, p. 16), torna-se possível aceder ao esquema interpretativo, segundo o qual os indivíduos articulam de modo plástico, o passado e o presente.

Esta análise hermenêutica da memória, tendo por base o seu potencial interpretativo, fundamenta a sua caracterização como uma forma de “conhecimento tácito”⁷⁷, que se encontra imbuído no domínio das práticas sociais do quotidiano e, que por sua vez, estrutura as condutas individuais (Peralta, 2007).

E, é com base nestes pressupostos que se introduz uma aproximação à noção de *habitus* desenvolvido por Bourdieu (2002), enquanto ideia que nos permite pensar a memória, os saberes e as práticas em trânsito, sob a premissa da seleção, hierarquização e (re)produção de *habitus*. Bourdieu (2002) define a noção como sistemas de disposições perduráveis que geram e organizam as representações e as práticas, ‘regulares’ e ‘reguladas’, por meio das quais a ordem social se realiza, sendo adaptadas ao fim a que se destinam e coletivamente orquestradas sem, no entanto, constituírem o produto da ação concertada de um maestro de orquestra.

A integração e a assimilação destas disposições decorrem, assim, por intermédio de um processo de interrelação social e a partir de um contexto histórica e socialmente constituído. Tal remete-nos ao “...passado que sobrevive no presente e que se tende a perpetuar no futuro na medida em que se torna presente nas práticas estruturadas de acordo com os seus princípios.” (Bourdieu, 2002, p. 177). Em suma, traduz-se num sistema de construção de esquemas de interpretação que exprimem memórias e identidades, que atuam como componentes organizadoras do modo como os indivíduos compreendem o mundo e nele

⁷⁷ Cf. Shils (1981)

operam. Não obstante, a margem de manobra concedida para a plasticidade e o potencial de imprevisto que permite a adaptação à transformação social (Peralta, 2007) e cultural.

Transpondo para a análise das veredas a que a investigação conduziu, não obstante a regularidade da mobilidade migratória transnacional, observou-se que os santomenses preservam os vínculos e a referência com o *tempo dos avós* com um passado, mais ou menos longínquo, configurando-se como um aspeto que se imbuí na dimensão da memória social que os indivíduos constroem na e com a família, objetificado com ou sem explicação.

As disposições sobre o género emergem, frequentemente, imiscuídas no referencial do *tempo dos avós*, onde as mães e as avós se constituem como um importante elo de ligação e de prolongamento de práticas locais, com particular destaque para o papel da mulher no cuidado da saúde e do bem-estar materno-infantil, conforme se poderá observar nos próximos subcapítulos. As diferenças substanciais que podem ser atribuídas à expressão dos saberes e das práticas terapêuticas locais prendem-se sobretudo, no contexto estudado, a um envolvimento emocional e familiar específico que encontra na sua base questões de género sobre as quais interessa prestar atenção.

De facto, não podemos descurar próprio papel da (re)produção e sistematização dos preceitos que se encontram na base da construção social do género e dos respetivos processos que estruturam a vida social e a partir do qual se definem papéis sociais. Como nota Connell (2002), *“being a man or a woman [...] is not a fixed state. It is a becoming, a condition actively under construction”* (p. 4), sendo que o processo de construção e de estruturação das relações e dos papéis de género produzem ecos que se fazem soar a vários níveis da esfera pessoal e social (Connell, 2002).

Numa perspetiva mais global, pese embora o papel significativo da mãe/mulher na construção da história familiar e social, o contexto não descarta o lugar da figura masculina e, inclusive, situa o homem também enquanto veículo de saberes e práticas terapêuticas da *terra*.

A (sobre)vivência da memória desde o tempo dos avós:

“...na minha terra tem uma língua que se diz 'tudo o que tem nome existe' e se as pessoas falam tanto nisso é porque alguma coisa há!”

E.S., santomense, Coimbra, agosto 2016

“A família é muito importante na continuidade dos rituais, da nossa "medicina tradicional". Eu, por exemplo, sou incentivada a recorrer à "medicina tradicional", mesmo em Portugal pelas minhas tias mais velhas.

R., santomense, Lisboa, outubro 2016

Em torno dos alimentos quentes, da mesa, diziam as mulheres, “o peixe fulu fulu, provoca problemas no útero da grávida!” E. acrescentou que uma prima sua, em São Tomé e Príncipe, comeu fulu fulu e abortou. Ao que rapidamente D^a F. exclamou “Sim, sim! Já os mais velhos diziam, mas não nos explicavam porquê. Não se pode comer e quem já sabe não come...não come fulu fulu, há outros peixes. E também folha verde, não pode comer, porque pode estragar a gravidez e provocar problemas no útero da mulher”.

C. intervém salientando que “...já se perderam alguns conhecimentos com os mais velhos que morreram e com eles levaram, mas acho que é importante tentar manter porque é algo que nos identifica, faz parte da nossa cultura, mesmo cá.”

Notas de campo, Aveiro, janeiro 2017

Sobre a prática do *contra*, E. discorre sobre as diversas receitas para este fim, desde o banho do bebé, aos rituais para adultos mais elaborados. Dá um exemplo que recebeu como conselho da *avó*, a *mãe* do pai: cortar uma folha de *babosa* em 7 pedaços e ferver. Depois deve banhar-se com esta água, da cabeça aos pés, uma vez.

Também a *ulua*, de forma muito semelhante a um coco, um pedacinho da terra que também viaja nas malas é utilizada, sobretudo, para a proteção da família contra o mau-olhado, devendo ser colocada em frente à casa ou numa varanda, conforme inclusive já pude observar durante a minha visita à família de H.S em Aveiro.

Notas de campo, Coimbra, novembro 2017

“É uma coisa que vai acompanhar a malta para o resto da vida, acho eu! [...] há muitas folhas [...] por isso é que as pessoas mais velhas nunca estão doentes, estão sempre a comer folhas! [...] eles comem de tudo o que a natureza dá [...] se ensinam-nos a fazer o mesmo. Mesmo cá!”

A.Z., santomense, Viseu, julho 2017

A manutenção, de uma forma geral, dos laços de parentesco e de afinidade intimamente associada à mobilidade das pessoas e, conseqüentemente, à dispersão transnacional, pode também reforçar, em certa medida, a própria socialização de lembranças. O que se denotou das narrativas, nas memórias do saber-fazer e ser, foi o enfoque na relação do ser humano com a natureza e, mais especificamente, com as plantas de reconhecido poder medicinal que esta mesma natureza lhes oferece. A efervescência das memórias e do que representam na construção do presente é, sem dúvida, revelador das idiossincrasias do sistema etnomédico local. Conforme nota Connerton (1999), recordar experiências perpassadas no tempo constitui

também, em si, uma forma de apropriação e sustentação de uma memória, cujo processo de (re)produção das narrativas sobre a 'história' (de saberes e afazeres) se apresenta no fundo como "...uma atividade básica para a caracterização das ações humanas..." (p. 19).

Ressalva-se, desde já, que não é pretensão, construir uma história que se enquadre no 'esqueleto cronológico linear'⁷⁸ (Levi-Strauss, 1976), enquanto premissa da concepção dominante da construção da história. Antes, o recurso ao tempo interessa para demarcar um determinado momento do passado, como o 'tempo dos avós' e surge precisamente para lembrar o lugar que a família e, em particular, os antepassados ocupam na memória dos interlocutores e do lugar que a mesma ocupa nas experiências de vida do presente. Assim, o principal referencial de tempo refere-se a um passado, que é transposto para o presente e a partir do qual se equaciona o referencial transnacional no que tange a construção de uma memória coletiva. A referência constante aos antepassados e à família é, indubitavelmente, um aspecto gerador das raízes familiares e coletivas que tendem a manter-se, mesmo em contexto transnacional. A mobilidade, ainda que com eventuais disrupções naturalmente associadas e pelas mais diversas razões, não é considerada como uma condição desagregadora da memória e, por sua vez, dos saberes e das práticas. Na verdade, vislumbramos continuidade e adaptação.

A presença de heranças (i)materiais consolidadas e a relevância das redes de cuidado constituídas por meio das relações familiares e de afinidade, contribuem para a manutenção de uma memória geracional relativamente longa e que se estende muito para além do imaginário de um povo. Estas memórias apontam para o presente e tantas estas, como os indivíduos de dela são protagonistas, podem ser pensadas como rizomas⁷⁹. Na biologia, a rizoma classifica-se como um tipo de caule que cresce horizontalmente no solo e que, por sua vez, forma raízes adventícias a partir dos seus nós (Bailey, 2014).

Os nós representam aqui os núcleos de memórias, mais ou menos, comuns e através dos quais as pessoas se comunicam. Na verdade, podem representar pontos de interseção entre as redes de relações que se reconhecem a partir de uma farmacopeia partilhada. Não obstante, sublinha-se também a necessidade de pensar em termos mais amplos e questionar se podemos efetivamente aludir a uma memória social de tal modo abrangente que seja possível conceder um substrato para a construção de uma *identidade coletiva*. Nesta questão importa considerar não somente o passado, mas as relações que as pessoas estabelecem entre si e lugar que elas ocupam.

⁷⁸ O conceito revela-se como um exercício que, de acordo com Lévi-Strauss (1976), permite a ordenação cronológica de acontecimentos, no intuito de atribuir significado à sequência de eventos na construção da história linear.

⁷⁹ A palavra rizoma coloca-se no sentido de enfatizar a conectividade esparsa tanto entre os indivíduos, como 'a memória' num contexto de mobilidade.

A natureza e os respetivos recursos medicinais que alberga, constituem-se como referência para uma ideia de identidade partilhada e que enfatiza uma memória do ‘tempo dos avós’, de um presente que reconhece uma relação de continuidade com o passado, mas também da própria biodiversidade existente em São Tomé e Príncipe e da sua riqueza farmacológica.

O ato de pensar e de refletir sobre a natureza, dos seus recursos medicinais, não se subsume à utilização de sistemas de categorias, conceitos, conhecimentos e práticas que foram legadas através da transmissão oral e/ou escrita ou à profundidade do seu enraizamento na comunidade local. O ato de diligência humana é maleável, no sentido em que é passível de adaptações e, até mesmo, de substituição, de acordo com os interesses e as necessidades prementes. E, ao fazê-lo, imprimem-se uma diversidade de mutações, frequentemente devido a processos endógenos, dando origem a uma plêiade de esquemas de classificação (Goody, 2004) e de significação.

Neste contexto, os percursos e as respetivas ações terapêuticas, revelam igualmente a relevância da familiaridade no que respeita a procura de cuidados de saúde. A conotação sócio afetiva das pessoas tem, de facto, o potencial de conduzir as pessoas para a utilização desta ou daquela modalidade médica. A coesão social e as redes de relações sociais que unem os santomenses constituem-se, de facto, como fatores que permeiam a utilização das memórias coletivas para corroborar todo um sistema etnomédico que subsiste a partir da natureza e desde tempos ‘antigos’. As redes sociais e as recomendações através da partilha de conhecimento entre o círculo familiar e comunitário, determinam as estratégias de gestão para os cuidados de saúde (Amoah & Gyasi, 2016; Gyasi, Siaw & Mensah, 2015).

“O meu avô, que é uma pessoa que teve muitas filhas e que é um homem já antigo, já de 80 anos. Eu lembro-me perfeitamente de ele comentar connosco, porque somos netas que ao prepara para ter filhos nós devíamos comer muito amendoim fresco. É amendoim quase tirado da horta e comer assim sem nenhum procedimento [...] muito abacate e muito milho fresco também. E coco, comíamos muito, comia-se...tem que se comer para preparar o organismo para receber o feto, a criança.”

R.M., santomense, Lisboa, janeiro 2017

O gesto etnográfico serve assim como referencial para descortinar as dinâmicas que subjazem a preservação de saberes e práticas terapêuticas locais entre gerações, sobretudo as que se baseiam na transmissão oral (Whyte, 2002). Numa constante interseção de histórias pessoais e sociais, a partir da qual a memória social resulta e em associação às questões identitárias e ao universo cultural, é possível vislumbrar a importância das relações interpessoais, assim como a relação dos indivíduos com o mundo exterior. Deste modo, a

construção do passado, alicerçado em esquemas de significação e em contextos culturais específicos, encontra-se igualmente configurada, tanto pelas experiências emocionais, como pelas expectativas pessoais de cada pessoa (Peralta, 2007).

2.3 Circulação de pessoas e plantas: dinâmicas e consumos

No quadro dos principais desenvolvimentos teóricos assinala-se um enfoque e aprofundamento da noção de circulação, a partir de uma perspetiva que contempla a sua dimensão dinâmica e contínua (Raj, 2007). O modo e as razões pelas quais a circulação de folhas, cascas, raízes e sementes, concretamente os *mindján tela*, se processa entre São Tomé e Portugal constituem, assim uma via de análise de suma relevância. Ainda, coloca-se ênfase no processo de produção da classificação dos 'sistemas' médicos, tendo por base a noção de circulação e o seu papel na construção do conhecimento, contribuindo, deste modo, para elucidar a complexidade intrínseca à flexibilidade do "saber", afirmada pelo seu carácter eminentemente circulatório e transformativo (Moreira-Frazão, 2010).

Neste contexto, concetualizar a circulação, é pensar o fenómeno da globalização e do transnacionalismo no quadro da diversidade de fluxos que potencia e da sua multidireccionalidade num mundo, cada mais, interconecto (Appadurai, 1990, 1996). A globalização tem sido sujeita a inúmeras aproximações teóricas, políticas, económicas e sociais, oriundas de várias áreas disciplinares e, até mesmo, no espectro político e ideológico, contudo não corresponde a uma teoria consolidada, apesar do crescente volume de títulos que a incluem (Featherstone, 1990; Hannerz, 1992; Robertson, 1992). Atualmente, assiste-se também a uma condenação política e moral das consequências da globalização, acompanhando os esforços de resistência e ativismo, por parte de alguns grupos, ao processo de expansão económica e de 'imperialismo cultural', cuja irreversibilidade é flagrante, no que se refere aos impactos que se coloca em todos os contextos e povos.

A última década do século XX assinala, assim, o momento em que a globalização e a transnacionalização se transformaram num novo enfoque de pesquisa (Hannerz, 1997), dadas as repercussões decorrentes dos processos de trânsito (de pessoas e bens), da criação de redes de produção, usos, acumulação e intercâmbio de conhecimentos e tecnologias no mundo contemporâneo. Neste contexto, abre-se a discussão sobre a ideia de "cultura global", podendo ser assumida como uma forma de imperialismo cultural, veiculada pelos processos de uma 'globalização da cultura' e dos 'fluxos de cultura' transnacionais. Contudo, interessa aqui dissecar os moldes em que opera a apropriação e a transformação de formas culturais consideradas dominantes (Gupta & Ferguson, 1997a), a partir de relações de poder historicamente constituídas.

Sob a ótica da retórica 'globalista', imbricada na noção de interconexão, Tsing (2000, p. 327) acrescenta que o processo de fluxos reflete também a (re)criação de contextos e circuitos:

“Imagine an internet system, linking up computer users. Or a rush of immigrants across national borders. Or capital investments shuttled to varied offshore locations. These world-making “flows”, too, are not just interconnections, but also the recarving of channels and the remapping of the possibilities of geography.”

De facto, os fluxos transnacionais intensificam a rapidez das interações, seja qual for a sua natureza, dando lugar a um regime capitalista quiçá desorientado, à desterritorialização, à mobilidade e à flexibilidade do capital e do trabalho, à fragmentação de experiências de vida e a um mundo no qual a relação com as estruturas de poder e de decisão, se tornam progressivamente mais complexas (Appadurai, 1990, 1996; Bastos, 2001).

À luz dos contributos do pensamento antropológico, é possível, assim, desvendar as tendências e os efeitos destas transformações em todas as esferas da vida – social, cultural, económica e política, esbatendo as fronteiras entre lugar, nação e povo e dissipando percepções de homogeneidade e tradições culturais autónomas. Colocando, deste modo, o trânsito transnacional de pessoas e bens na mira de uma reflexão sobre as dinâmicas e os consumos em mobilidade.

A noção de circulação *per si*, assume um carácter de transversalidade, que em muitos casos, é comumente equacionada a partir de outras conceções, como seja a acessibilidade, o transporte ou até mesmo a transmissão de conhecimentos. A concetualização nas ciências em geral foi, entretanto, alvo de estudos e reflexões contemporâneas, sendo que o seu surgimento não se materializou como uma mera substituição dos demais. A definição de circulação emergiu como forma de elucidar sobre as mutações sociais que se tornaram mais relevantes com o expansão da mobilidade nos últimos séculos (Garcia, 2000), adquirindo, no entanto, diversas formas, usos e explicações. Da circulação quotidiana, à social, laboral, geográfica, de saberes e práticas, podendo assim constituir uma multiplicidade de facetas bastante densas.

Todos os movimentos constituem processos onde a mobilidade humana se procura imiscuir de uma forma tão densa que é reveladora, tanto da maleabilidade das suas dinâmicas, como da capacidade de trânsito de bens, saberes e afazeres. A construção emergente e a preeminência desta troca, encontra-se como sendo um dos primordiais constituintes que enceta a definição de formas de ser e de fazer (Raj, 2007). Paralelamente, as dimensões da circulação contetam-se amplamente com modos de (re)produção, mormente elementos que configuram os espaços pelos quais e através dos quais os trânsitos ocorrem. Desta forma, o ser humano tende a aprofundar as suas relações consoante o enquadramento

social e histórico onde está inserido (Torrallbo, 2016). Assim, tanto a circulação de pessoas, como de bens, deve ser estudada a partir de uma ótica que considere, não só o contexto sociocultural, mas também os aspetos estruturais, incluindo as dimensões materiais que as atravessam e as colocam no contexto da vida social contemporânea.

O contexto de mobilidade migratória deve ser igualmente pensada a partir do seu caráter dual, de um lado, o seu cunho endógeno e, de outro lado, o processo de integração e adaptação no contexto de acolhimento (Bastos, 2001), enquanto fatores relevantes para entender as formas de apropriação e (des)continuidade.

No campo das práticas terapêuticas, a noção de circulação ganha corpo, em junção com a erudição e a experiência que são indivisivelmente interligadas, ainda que não seja uma determinação consequente. Dado que existe toda uma correlação formalizada de conhecimentos ligados à intervenção e à saúde, como por exemplo na biomedicina, não é significativo de que se possam depreender as ingerências a partir daquele corpo, ou seja, que o saber seja o que despoleta a ação. Ao invés, tampouco, se pode dizer que a prática é indiferente ao saber, servindo, no mínimo, de informador quanto ao papel da ação, dialogando em maior ou menor grau com outros saberes e as contingências locais. Segue-se que tais saberes revelam uma importância fundamental para a atividade humana e certamente no âmbito das práticas de saúde (Garcia, 2000).

A análise da formulação de saberes e a sua circulação têm, por conseguinte, um papel importante na inteligibilidade de diversos eventos ligados à atividade no campo da saúde e da doença, como a formulação de demandas por parte da população, a elaboração de políticas públicas e mesmo a própria pesquisa, uma vez que o saber estabelecido também apresenta contingências à emergência do novo (Saraiva, 2008) e/ou diferente.

Posto isto, entende-se que os processos pelos quais se traduz a mobilidade humana, é passível de desconstruir e reconstruir toda uma estrutura de saberes, práticas e consumos, particularmente as dinâmicas assentes no trânsito de práticas e bens terapêuticos, em contexto transnacional. Esses contextos de mobilidade também podem adstringir o conhecimento que se faz acompanhar de forma (in)direta.

No que tangem as dinâmicas subjacentes ao consumo, importa considerar as aplicações teóricas da sua concetualização, particularmente a partir da perspectiva dos teóricos da cultura, que entendem as práticas de consumo, antes de mais, como uma forma de comportamento simbólico, que cria e expressa significados e sentidos de pertença (Holbrook, 1991; Douglas & Isherwood, 1979). A pressuposição implícita em todas as teorias da cultura é a de que os indivíduos enquanto seres expressivos e simbólicos, constroem significados (Wilk, 2002), história e memórias. Neste sentido, importa pensar que o consumo acompanha saberes e significações historicamente estabelecidas, sendo que a sua renovação deve ser contextualizada no tempo e no espaço.

Assim, os *mindján tela* encerram em si uma componente simbólica e material de pertença santomense. Sendo amplos os consumos que se (re)editam dentro do contexto de circulações migratórias, sobretudo porque são formatos de encetar e de existir que permanecem numa mundividência transfronteiriça e intergeracional. A agnição sobre recursos medicinais naturais deve, desta forma, também ser percecionado a partir dos seus sentidos e significações, cujos sentimentos e reminiscências materializam, não só, o acompanhamento de todas as práticas, como também constituem o seu núcleo matriz e, em último caso, a sua idoneidade (Camargo, 2012). Desta forma, torna-se possível abarcar a maneira como se difundem e se geram determinadas dinâmicas e consumos, assim como o porte patrimonial que os salvatérios medicinais naturais patenteiam em muitas comunidades da diáspora transnacional.

O modo como o movimento de pessoas se cruza com o movimento de coisas e, particularmente de recursos medicinais naturais, acompanhando os preceitos das terapias médicas locais, pode, assim, fornecer pistas orientadoras para aclarar os processos de coprodução que lhes estão subjacentes, como também e, neste contexto, o modo com se podem (inter) explicar no quadro das redes de mobilidade – *terapêutica* – transnacional.

Da circulação de pessoas e coisas, à reprodução de *habitus*, estabelece-se uma relação indissociável entre a natureza e, por sua vez, o mundo das plantas e o santomense na sua demanda pela saúde, bem-estar e imaginário simbólico e material de pertença.

"[...] quem fornece estas plantas são familiares que estão do lado de lá. Vêm no interior das malas que na maioria das vezes passam indetetadas. A minha tia, mais velha, é uma espécie de curandeira e intermediária para muitos santomenses em Portugal. É como um 'pombo correio'. Ela recebe as plantas e depois faz circular juntamente com as indicações para a sua preparação e consumo. [...] as plantas têm que vir clandestinas [...]. Elas são muito bem embrulhadas e tratadas para chegarem cá [...]."

R.M. santomense, Lisboa, outubro 2016

"[...] geralmente vêm [as coisas e plantas medicinais] com as pessoas que vão de férias. Os santomenses quando vão de férias e se a gente conhece alguém, por exemplo, eu tinha lá a minha mãe que ela agora está cá, mas daqui a pouco ela vai e quando tem alguém assim que vem eu digo, 'olha vem alguém, manda-me isso, isso e isso' e ela compra essas coisas ou escolhe na roça ou coisa assim e faz um embrulho e manda para mim [...] a pessoa traz mesmo nas malas de viagem [...] Com o meu marido já aconteceu por exemplo...ele teve um trabalho da escola que ele escolheu fazer sobre São Tomé e ele precisava de algumas plantas para apresentar como exemplo e ele pediu à mãe e a mãe enviou pelos correios. Só que demora mais tempo."

[...] lá quando a gente está a vir, muita gente fica no aeroporto a procurar quem está a vir para dar algumas coisas para trazer, mas a gente não aceita muito quando é uma pessoa que a gente não conhece, porque a pessoa pode-nos dar coisas que não são para trazer, como drogas ou outras coisas assim. Por isso, lá os familiares dizem assim 'ah se gente te dá coisa no aeroporto não aceita, só se for alguém conhecido'. Só se for alguém próximo que nos dá coisas para entregar é que a gente traz [...]

E.S. santomense, trabalhadora-estudante, Coimbra, agosto 2016

Acabada de chegar a Portugal, interpelo D^a A., “Trouxe folhas consigo? Pode mostrar-me?” Prontamente levantou-se, subindo as escadas até ao segundo andar e pouco depois regressa à sala com um saco preto grande. Estende uma manta no chão e de seguida exhibe a variedade de plantas e cascas que trouxera consigo na mala de viagem. Um por um, abre cada saco ao mesmo tempo que as identifica e explica a sua utilização.

Cheiros mais e menos intensos. Num frasco, a bebida quente, a que chamaram de Piloló Atómico, sobretudo dirigido para os homens e cuja função é, não só, a de energizar, mas também a de limpeza. Esta bebida é uma infusão, habitualmente elaborada com aguardente, casca de pau-três, pau-pimenta, flor de mamão macho, dente de alho, limão, raiz de maioba.

Em seguida, oferece-me um pouco do preparado à base de barbosa - aloé vera – ralado com mel. ‘Faz bem à barriga’, diz A. Doce, agradável.

Por instantes, acabei de fazer uma pequena viagem por São Tomé e Príncipe. Foi a primeira vez que tal sensação invadiu o meu pensamento.

Notas de campo, Aveiro, setembro, 2017.



Imagem 2.1: Da mala de viagem de A.: *Ossame*, *Pau-pimenta*, *Atlimija*, *Bengue*, Folha de *Abacateiro*, *Sapo-Sapo*, *Matrusso*, Folha de *Canela* e *Micócó*. setembro, 2017



Imagem 2.2: Da mala de viagem de A.: *Micócó*, Setembro, 2017



Imagem 2.3: Da mala de viagem de A. setembro, 2017



Imagem 2.4: A mistura de cascas para a bebida quente – “Pilóló Atómico”, novembro, 2017

As plantas, as cascas e raízes transformadas em *mindján tela*, são como objetos que habitam, tal como nós, num mundo social, no qual se exhibe uma relação indissociável entre a natureza, o *matu* e os humanos. Neste universo de pessoas e objetos, vislumbramos a dialética destas relações, em linha com os contributos do pensamento de Marcel Mauss (2017) que concebeu os objetos enquanto emissários de trajetórias e agentes de circulação social.

Sob a ótica teórico-metodológica, a estratégia de encaixar os objetos, na sua forma de recursos medicinais naturais é relevante na medida em que os significados desses ‘objetos’ encontram-se inscritos nos seus múltiplos usos e percursos e, ainda, evidencia o quanto a circulação dos mesmos é capaz de elucidar contextos sociais, culturais e de história familiar.

Podemos pensar que o fluxo de bens terapêuticos, para as mais variadas situações, constitui-se como uma espécie de acordo que oscila entre caminhos socialmente regulados e (re)configurações concertadas.

2.3.1 Redes transnacionais de cuidado e circuitos de (re)produção de práticas

O enfoque nos fluxos transnacionais de saberes, práticas e bens terapêuticos que acompanham os santomenses na sua trajetória de mobilidade para Portugal, permite pensar e aclarar a circulação de recursos medicinais naturais - em particular as plantas - e o propósito final a que se destinam – cuidar. Mas não só. Tal conduz-nos a uma reflexão, por um lado, sobre as redes de cuidado interpessoal (e transnacional) e respetivas microdinâmicas (Torrallbo, 2016), as quais esclarecem os processos de preparação e de intercâmbio de um vasto conjunto de mezinhas e afins. E, por outro lado, sobre todo o mercado (in)formal que potencia. Pode-se dizer que constituem, assim, redes (in)formais de cuidado consolidadas a partir do trânsito contínuo de bens terapêuticos que, além de sinalizarem o garante da sustentabilidade social e cultural dos usos das plantas, também fomentam o desenvolvimento de um mercado informal (troca, compra e venda) de valor socioeconómico interessante, tanto na origem, como no destino. Contudo, importa ressaltar que a par das descontinuidades e da transformação das práticas enquanto algo intrínseco ao próprio processo de mobilidade, são amplos os saberes-fazeres que se reimprimem, constituindo, no fundo, formas de ser que permanecem além-fronteiras.

Notas sobre o cuidado

Na amálgama de definições existentes sobre o *cuidado*, sublinha-se que a noção foi sendo construída gradualmente a partir da observação das práticas quotidianas. Em termos gerais, o *cuidado* tem sido definido como as relações e as atividades envolvidas na

manutenção da pessoa em todos os aspetos da sua vida, mas também na noção de cuidado intergeracional. Todavia, esta perspetiva generalista presume uma multiplicidade de definições de *cuidado* e algumas imprecisões sobre o próprio termo (Bastos, 2007). De facto, o ecletismo das formas de *cuidar* e da sua concetualização abre espaço para um vasto leque de dimensões em função do contexto e das variáveis analíticas em questão.

No quadro do pensamento antropológico, a noção de cuidado surge mais especificamente no âmbito do cuidado em saúde (e doença), a partir do qual se aborda a intervenção do Estado sem, no entanto, reduzir as modalidades de apoio ao mesmo (Benda-Beckman, 1988).

Não obstante as diversas considerações coloca-se uma determinada complexidade associada não só ao nível da significação de cuidado, mas também na tipologia que a mesma abraça, colocando dificuldades no estabelecimento de limites específicos entre o ‘trabalho de cuidado’, o ‘trabalho doméstico’ e o ‘trabalho reprodutivo’, uma vez que, no fundo constituem termos passíveis de intercâmbio semântico e relacional. Alguns teóricos a noção propõem o ‘trabalho de cuidado’, como o oposto às premissas relacionados com a ideia de mercado, por considerarem que é contraditório aplicar a terminologia do mercado de trabalho, no âmbito do domínio das relações (inter) pessoais (Pordié, 2014). Privilegiando o que Lima (2016) faz notar quando descreve que *“...na existência relacional da vida quotidiana, as pessoas usam “cuidado” num sentido abrangente para descrever os processos e sentimentos entre pessoas que cuidam umas das outras em várias dimensões da vida social, num envolvimento tanto prático quanto emocional que mostra que ser significa ser/estar com outros, cuidar e ser cuidado”* (p. 80).

Neste contexto, a tónica no plano dos sentimentos (plano da emoção) e do sentimento de pertença (plano da identidade) em relação ao ‘trabalho de cuidado’, permite contextualizar o *cuidado* a partir das relações sociais, culturais e, também políticas e económicas, no qual esse cuidado se localiza. Desde que emergiu como uma categoria de análise, o *cuidado* tem mostrado a sua complexidade a partir dos arranjos que permitem satisfazer as necessidades de cuidar e bem-estar, sejam eles cuidados remunerados e não remunerados (com ou sem contrato, com ou sem documentação), cuidados que se realizam dentro ou fora do lar, cuidados que se prestam além-fronteiras - cuidados transnacionais (Raj, 2007), entre outros.

Assim, procurando ir além da definição de *cuidado*, pode-se observar que explicar esta ‘prática’ pressupõe também dialogar sobre oposições e/ou complementaridades o que, por sua vez, ilustra, na verdade, uma prática de intercâmbio entre pares, onde o cuidado ocupa um lugar de transversalidade, dado que:

- 1) rompe com a noção de dependência face à independência, ao sublinhar a ideia de que as pessoas ‘têm’ de se cuidar no dia-a-dia, de uma forma ou de outra (assim se assume), mas que, ao mesmo tempo, dependem umas das outras em diferentes dimensões e em momentos diferentes da vida;

- 2) entrelaça, de maneira indissociável, o “material” e o “imaterial”;
- 3) atravessa várias esferas de atividade política e económica (mercados (in)formais);
- 4) não se restringe às famílias, e tão-pouco a uma pessoa em particular, mas historicamente tem sido organizado em torno de redes de pessoas, dentro e fora de casa, remuneradas ou não remuneradas, parte de famílias nucleares ou estendidas, entre outras;
- 5) constituem cadeias de cidadãos que atravessam fronteiras;
- 6) pode constituir-se como um trabalho em que se misturam várias tarefas ao mesmo tempo, exigindo constante gestão de tempo, de espaço e versatilidade de conhecimentos;
- 7) pode constituir-se como um trabalho em que a diferenciação entre o tempo de vida e tempo de trabalho é extremamente difícil (Garcia, 2000).

Não obstante o desenvolvimento do conceito, o *cuidado* e as suas respetivas premissas base, ainda não são consensuais, dando origem a controvérsias entre os que tentam dar uma abordagem teórica capaz de superar as fronteiras nacionais, as diferenças quanto ao género, ao parentesco, e aqueles que limitam o seu âmbito, tornando-o numa categoria de descrição localizada num contexto nacional particular, deixando de fora todas as experiências de cuidado exercido à distância - *cuidado transnacional* (Raj, 2007).

Indubitavelmente, os contextos são relevantes para a compreensão do *cuidado* a que nos referimos e pertencem a um cenário de mobilidade em que *cuidar* emerge, não só, como uma categoria analítica de sobrevivência quotidiana, mas também como uma categoria económica face à distribuição mercantil informal de bens da *terra* e, quiçá política considerando precisamente o potencial económico e social do património natural.

A constituição de redes informais de cuidado advém, precisamente, a partir da transferência ininterrupta de saberes, fazeres e bens que para além de assinalarem a sustentabilidade social dos usos de recursos medicinais naturais, também favorecem o estabelecimento de um mercado (frequentemente informal), enquanto elemento central à continuidade de práticas terapêuticas da *terra*. Neste campo, os processos informais de intercâmbio das plantas medicinais imprimem-se numa aceção mais global do *cuidado* e do ato de *cuidar*, que é levado a cabo pelas redes interpessoais, familiares ou de amizade. Neste contexto, sublinha-se o contraste e o distanciamento que se pretende evidenciar de uma visão de *cuidado* reduzida a uma atividade, assalariada ou não, como também das estruturas informais de apoio e de cuidado promovidas pelo associativismo assistencial de que nos fala Lima (2016).

A associação do *cuidado* à esfera de atuação da mulher constitui-se, de facto, como uma aceção tradicionalmente vincada (Lima, 2016), pese embora os processos de desconstrução de que esta premissa tem sido alvo (Lima & Oliveira, 2019). Contudo, afastamo-nos das

formulações sobre o *cuidado, valor e género* tecidas no âmbito do trabalho de Lima (2016), ressaltando especificamente a pertinência da articulação entre as motivações de afetividade e económicas. Pois, nos mercados informais de distribuição de bens permeiam-se, frequentemente, as relações de interpessoais de amizade, as quais sob uma perspetiva utilitarista ganham aqui outra dimensão, conforme aflorado o subcapítulo seguinte.

Em suma, as características dos elementos em circulação adaptam-se às circunstâncias transnacionais de forma, mais ou menos elástica, dependendo dos contextos, dos processos de adaptação e de reinvenção e mostram como as práticas para a saúde e o bem-estar são exemplos perfeitos dos laços sociais, culturais e também imaginários, claramente visíveis nas fronteiras flexíveis da vida quotidiana, onde muitas vezes, o sentimento de pertencer é constantemente renegociado e renovado (Barth, 1998).

Fazer circular e cuidar

“Pelo menos, eu falo por mim. Porque mesmo eu que cresci cá, as pessoas com quem nós convivemos cá incentivam ao uso das plantas. Eu lembro-me que, o meu tio, quando estávamos em convívio amigável, com familiares e não só, até pessoas que não são da minha família e nunca me viram na vida, mas só o facto de saberem que estava grávida, começaram a perguntar se eu já tomei as folhas, se já fiz os banhos. E fui levada a entrar nesse sistema.”

A.Z., santomense, Viseu, julho 2016

“[...] as mais velhas aconselham muito tomar banhos [para purificação e fortalecimento]], mas os banhos é com folhas tradicionais, folha de micócó, o sal e outras e tem que encher a banheira e mergulhar lá [...] é uma tradição antiga que se faz cá em Portugal.”

R. santomense, Lisboa, outubro 2016

Sobre as experiências entre lá e cá...J. acabará de regressar a São Tomé em permanência após largos anos a residir em Portugal, 37 mais precisamente. Refere que viajou para Portugal quando o seu filho H. tinha ainda 4 anos e salienta que “...*com este fizemos tudo! Desde os banhos, até ao micócó na pilinha!*” H. sorri! Mas nota que já os filhos que nasceram em Portugal, uma menina atualmente emigrada no Luxemburgo e, um outro rapaz a residir em Viseu, “...*não foi exatamente igual, mas a minha mãe na altura enviou-me as plantas e eu também fiz algumas coisas aqui*”.

A preparação e o envio do *mindján tela* é, de facto, frequentemente desempenhado pela mulher – *mãe* e *avó* –, reproduzindo simbólica e socialmente a relação *umbilical* entre mãe e filhos e o seu respetivo papel na transmissão de conhecimentos, contudo não emerge como algo exclusivo da esfera feminina, alargando assim a nossa visão sobre as questões de género associadas, no sentido de evitar essencialismos e complexificar a heterogeneidade do conhecimento e dos perfis existentes – *tempos dos avós* também se refere em diversas ocasiões ao avô, assinalado, por outro lado, a quantidade de terapeutas locais masculinos que existem em STP (Cf. Madureira, 2012).

Partindo de um entendimento mais amplo, os laços familiares e de amizade configuram um veículo importante na circulação de bens terapêuticos e no *cuidado* ao seu próximo conterrâneo, estabelecendo uma estreita ligação com as *pertenças da terra* e *(re)criando sociabilidades* que viajam entre gerações, no tempo e no espaço.

2.3.2 O mercado das plantas do lado de cá: processos de intercâmbio em contexto migratório

A constituição de redes informais de cuidado consistentes, desenvolve-se a partir da transferência ininterrupta de bens que para além de assinalarem a sustentabilidade da utilização das plantas, também abrem o caminho para a criação um comércio informal, de interesse económico (Pordié, 2014).

Imiscuído no contexto das redes transnacionais que fazem circular ‘coisas’ para cá – Portugal, deteta-se um mercado que assenta no intercâmbio, não só familiar, mas de aquisição, como seja, de compra e venda, com um potencial valor socioeconómico que ocorre desde a colheita das plantas na origem, ao intermediário – *pombo correio* e, por fim, ao mercado de destino.

A circulação das plantas é indissociável a qualquer narrativa, acompanhado, de modo quase, ininterrupto a mobilidade das pessoas. Várias são as plantas que utilizam, refere C., mantêm em stock no congelador para a sua melhor conservação e quando terminam, entra em contacto com a família no Príncipe e, por norma, enviam através de um portador que tanto pode ser um familiar ou apenas conhecido da família.

Paralelamente à circulação de bens terapêuticos entre redes familiares, desenvolve-se todo um comércio informal de plantas e cascas, mas também de alimentos variados, com espaços de compra e venda em casas particulares, como também em mercados públicos:

“[...] tem um santomense, um casal santomense que mora mesmo aqui perto e ele tem pessoa que enviam de São Tomé para cá. De vez em quando eu compro na mão deles [recebem e revendem] mas é mais caro [...].”

D^a A., santomense, Coimbra, abril 2017

Divagando sobre as plantas, os seus usos e trânsitos para as casas dos santomenses em Portugal, apercebo-me que existe um mercado informal que faz circular estes recursos quando não esperam a chegada próxima de um familiar. A e HC. contam que G., marido de E. são vendedores de plantas e outras coisas vindas de São Tomé e Príncipe a partir de casa. Explica A., que quando acaba o seu stock no congelador, procura comprar algumas folhas, sobretudo para a confeção do calulu. Mas salienta que também podem encontrar peixe congelado para venda, nomeadamente, o concon, peixe andala e peixe voador seco.

Notas de campo, Coimbra, março 2017.

Ainda num contexto de mercado informal, todavia virada para o domínio público, encontram-se várias referências ao Mercado das Galinheiras em Sintra, onde o ponto de encontro é São Tomé e Príncipe:

“No mercado das galinheiras, na zona de Sintra, existem indivíduos que vendem estas plantas e [outras coisas da terra], e elas vão, mais ou menos, suprimindo as necessidades do indivíduo [...], embora seja a preços, por vezes, exorbitantes.”

R. santomense, Lisboa, maio 2016

Prestando atenção à proposta de Appadurai (2010) relativamente à circulação de mercadoria na vida social, extrapolamos para pensar esta ‘mercadoria’, como objetos, como coisas que, porventura, perpassam o tangível. De acordo com Appadurai (2010), o intercâmbio económico é gerador de valor e esse é consubstanciado na mercadoria trocada. Se aprofundarmos o debate, nas coisas trocadas e não somente nas formas e funções da troca em si mesmo, abrimos a reflexão para a dimensão política, na sua aceção mais ampla, do vínculo entre a troca e o valor. Deste modo e no intuito de colocar enfoque nas coisas em

circulação, acompanhei os recursos medicinais naturais em si mesmo. Os seus significados inscrevem-se nas formas que adquirem, nos seus usos e nas suas trajetórias.

De história em história, ressaltam significações e percursos que em muitos aspetos se assemelham, convergindo quase sempre para o poder das plantas e subsequente retorno à sua utilização. C. conta uma história que envolveu a sua irmã mais velha. Quando os seus pais ainda se encontravam imigrados em Portugal, a sua irmã foi diagnosticada com anemia, ao que a sua mãe encomendou Pau-sangue para iniciar o tratamento. Exaltou que a hemoglobina havia aumentado em dois tempos. C. confessa que o médico que acompanhava a sua irmã, ficou espantado com o estado de melhoria, todavia não revelaram qual o tratamento seguido.

O pau-sangue é frequentemente utilizado para ‘dar sangue’, no sentido de tratar estados de anemia, de ‘sangue fraco’.

Notas de campo, Aveiro, fevereiro, 2017.

Na última viagem de São Tomé para Portugal, D^a J. conta que a pedido da prima AL. trouxe consigo a folha de micócó fresca para colocar no pénis do seu neto que já tem cerca de 8 anos, embora, por norma se começa a partir dos 2, 3 anos de idade. Explicou que a folha é espremida (daí ter que ser fresca), colocando algumas gotinhas no pénis dos meninos para ‘matar o bicho’. ‘Quando começam a coçar a pilinha, a gente diz que tem bicho e esta folha resolve isso! Soltando uns risos, D^a J. acrescenta que esta prática também se realiza com base na ideia de que irá ‘guardar’ o futuro do menino. ‘Para ficar sempre forte!’, dizia. Aproveitando para enfatizar que os homens de São Tomé e Príncipe mantêm a sua capacidade de reprodução aos 70, 80 anos de idade.

Notas de campo, Viseu, setembro, 2017

A trajetória do *mindján tela* elucidada, assim, o contexto social, cultural e humano em que opera, assim como os processos de codificação das *coisas* com base nas significações, mas também eficácia física atribuída.

2.4 As plantas daqui: ‘espaços’ e sentidos da ‘tradição’ terapêutica de São Tomé

Pensar os ‘espaços’ e os sentidos dos ‘sistemas’ médicos locais segundo a premissa da ‘tradição’, convida, em primeiro lugar, a uma leitura crítica da ideia de ‘grandes unidades’,

sobre a qual Hannerz (1997) nos oferece um contributo interessante. Situando estas considerações no quadro do debate teórico sobre a globalização e o transnacionalismo, entende-se a importância da desconstrução da noção de tradição terapêutica, concebida como estática e imutável:

“Por enquanto, tendo a não aceitar sem exame as grandes unidades, seja na dimensão social, seja na dimensão cultural; é preciso desagrega-las primeiro antes de retomar (possivelmente) formulações de maior escala. [Num contexto de] globalização do final do século XX, muitas pessoas têm cada vez mais experiência tanto dos fluxos de formas culturais que costumavam se localizar em outros lugares quanto daqueles que acreditam pertencer à sua própria localidade. E, além disso, algumas correntes de cultura são dificilmente identificáveis como pertencentes a qualquer lugar específico. Na medida em que são enredadas nessas diversificadas correntes de cultura presentes em seus habitats, as pessoas, como seres culturais, provavelmente estão sendo moldadas, e modelam a si mesmas, por peculiaridades de sua biografia, gosto e cultivo de talentos. As identidades atribuídas ao grupo não precisam mais ser todo-poderosas.”
(Hannerz, 1997, p. 18).

Em segundo lugar, estende a nossa reflexão para a noção de ‘limites’ e ‘fronteiras’, perpassando uma aceção meramente geográfica, para abarcar os próprios limites, as fronteiras, mas também os processos de adaptação e de rutura, que a circulação de conhecimento e de bens terapêuticos gera.

Tal evoca uma discussão crítica e analítica mais ampla sobre o quadro de referência da diversidade cultural e, inclusive, da conceção de cultura. Os dilemas em torno da incoerência interna do conceito de cultura colocaram e continuam a colocar importantes desafios à antropologia contemporânea. Neste sentido, repensar a própria questão relativa à ‘interpretação das culturas’ revelou-se premente e tem implícito a reconstrução da noção de cultura e a forma de “tradução” das suas particularidades, dando resposta ao que se considerava já uma conceção abrangente (Gupta & Ferguson, 1997a) e, em simultâneo limitada, analiticamente débil e inacabada. Biehl, Good e Kleinman (2007) salientam que a ‘cultura’ deve conceber-se como algo que se encontra patente ao nível das interações intersubjetivas e das relações institucionais, ao mesmo tempo que se revela como um fenómeno em contínuo desenvolvimento, (re)construído através da interação social, de questões éticas, dos próprios processos políticos, económicos, entre outros.

Neste âmbito, a perspectiva de Clifford (1994) sobre as culturas de diáspora, permite-nos refletir sobre a necessidade de ponderar o modo como nos referimos a ‘uma cultura’, sem partir do pressuposto de que deriva de um centro geográfico, como seja de um país de origem. Tomando estas considerações teóricas para olhar, não só, para as especificidades das

trajetórias terapêuticas a partir dos diversos ‘espaços’ que as definem e enformam, como também a problematização das fronteiras aqui entre ‘tradições’ terapêuticas – práticas terapêuticas locais e práticas biomédicas, aliada a uma análise crítica dos processos de legitimação e de negociação entre saberes terapêuticos. Desta forma, as questões relacionadas com a autenticidade, a origem e os ideais essencialistas, devem deixar de ocupar um lugar no pensamento contemporâneo, sendo que a profusão dos movimentos migratórios tem conduzido a um processo contínuo de transformação social, enquanto reflexo da formação de ‘identidades transnacionais’. E, neste contexto, deve pensar-se a identidade como um processo contínuo, híbrido, em constante transformação ou articulada a partir de relações complexas e contextos específicos (Clifford, 1994).

Procura-se, deste modo, cruzar dimensões analíticas que reiteram a relevância das circunstâncias históricas, sociais, culturais, políticas e económicas dos campos de ação dos diversos interlocutores, bem como dos processos de mobilidade cultural e humana, enquanto lente a partir da qual é possível vislumbrar a produção de identidades e percursos híbridos em resultado da mútua absorção de diversos elementos.

Não obstante, a noção de ‘medicina tradicional’ apresenta-se distintivamente de forma *emic*, emanando do terreno, a partir de discursos tanto individuais, como coletivos e veicula-se a pretexto da expressão social e cultural e de uma, entre muitas, práticas que unem os santomenses à terra a partir de vários pontos do globo. Conquanto, relevam também a transformação das trajetórias nos cuidados de saúde que conduzem a uma diversificação e estratificação no cenário médico (Dilger, Kane & Langwick, 2012).

Sobre cuidados pós-parto: “[...] *queimar a água [...] tem algumas folhas que as pessoas mais velhas escolhem lá nas roças e a gente ferve aquelas folha e desmancha tudo dentro de uma bacia e senta em cima. Quando a mulher sai mesmo do hospital, depois de ter o bebé e vai para casa tem que fazer isso durante uns três dias ou uma semana. [...]. Diz-se que é para o órgão genital ficar mais rijo, mais resistente e também para ajudar a mãe a cicatrizar a ferida mais rápido. Só que a água é mesmo quente, mesmo a ferver e a gente senta em cima [...] foi cá mas fiz. Tive pessoas que foram lá de férias e me trouxeram as folhas e eu fiz cá em casa. Tive ajuda de uma amiga porque a minha mãe naquele momento não estava cá.*”

E., santomense, Coimbra, agosto 2016

[...] acho que a medicina tradicional...eu acredito nisso. Eu morei em São Tomé por muito tempo e a maioria das coisas, tosse, gripe, e outras coisas são todas tratadas em casa com remédios tradicionais. [...] em São Tomé as pessoas cumprem muito aquela

parte tradicional, mas, por exemplo, aqui, tive duas amigas que já tiveram filho, podem ir ao médico para ser acompanhadas, mas a mãe leva para a parte tradicional. Elas têm que fazer aqueles tratamentos tradicionais, tem que comer tal folha, tem que tomar banho de tal folha. Esse comportamento, esse tratamento não pode faltar. E acompanhada no médico [biomedicina], mas também essa parte tradicional não pode faltar. Quem está em São Tomé manda folhas e tem que fazer. Já comi tanta folha que até hoje não me fez mal nenhum!”

N., santomense, Porto, julho 2017

“[...] os medicamentos tradicionais são parte da crença do nosso povo. Desde sempre que os santomenses acreditam na cura das plantas, pois é uma sabedoria que nos foi passada pelas nossas avós e faz parte da nossa tradição, tal como escutava a minha mãe dizer «quí cú bé mé nu, dona mu cá fé, ele só çá vede, ele só cá buá dá nom» - O que eu vi a minha mãe e minha avó a fazer, é para mim verdadeiro e o melhor para nós.

Quando as pessoas ficam curadas de um mal, é porque aí também está presente a crença no poder de cura das planta daqui e porque a minha avó disse que curou outras pessoas. Pois, também sabemos que a pessoa ao tirar a preocupação da sua mente e ter esperança, ela vai melhorar.

A medicina tradicional é uma medicina vizinha do nosso povo e é, quase sempre, o nosso primeiro posto de saúde.

E., santomense, São Tomé, fevereiro 2018

A (re)produção de conhecimentos no tempo e no espaço acompanha e estabelece-se fortemente na significância da relação *umbilical*⁸⁰ entre mãe e filha(o) e/ou as mulheres da família em matéria de cuidado, sendo particularmente visível na esfera da saúde sexual e reprodutiva da mulher, na preparação para o parto e no acompanhamento materno-infantil.

A expressão *plantas daqui* é, assim, reveladora de uma espécie de extensão espaço-temporal do valor patrimonial, social e cultural que os recursos medicinais naturais adquirem para os santomenses, mesmo constatando uma variabilidade social do conhecimento e apontamentos de ruturas e renegociações, mais ou menos, constantes que permeiam as relações interpessoais.

⁸⁰ Cf. Subcapítulo 3.1 Sobre saúde e doença: percursos e construção de narrativas

2.4.1 Mindjân tela de hoje: a contemporaneidade de práticas terapêuticas de São Tomé

O que torna o consumo de plantas medicinais uma prática significativa e contínua?

O tempo é ele, também um construtor do lugar, das coisas e do que elas representam, deixando as marcas da sua passagem em inúmeros vestígios, uns mais evidentes do que outros. Em São Tomé, o tempo expressa-se nos saberes-fazeres da terra, cujas pegadas podemos encontrar impressas ao longo dos séculos. Os santomenses conservam momentos dessa história secular perpassada pelos seus antepassados, mas também renovada e negociada pela contemporaneidade. Configura, deste modo, a materialização de memórias, ainda que possivelmente fragmentadas e sentidos de pertença que nos explicam o modo como se veem e incorporam os ensinamentos dos mais velhos.

“[...] agora se eu tiver um outro filho, eu já sei que tenho que mandar vir não sei quantas folhas para fazer isto e aquilo [...] A parte tradicional é obrigatória na fase da gravidez, não há escapatória, mesma cá. [...] e mesmo jovens cá, santomenses, tenho alguns amigos que vieram há pouco tempo e quando se estão a sentir mal com alguma coisa, eles automaticamente dizem 'fogo! se eu estivesse em São Tomé agora estava a tomar o chá de não sei o quê para melhorar não sei o quê [...] a medicina tradicional acaba por ter duas vertentes, primeiro é mais barata, segundo, atua, digamos, um bocadinho mais depressa ou mesmo que seja devagar, mas atua bem!”

A. santomense, Porto, agosto 2017

O legado sociohistórico dos ‘sistemas’ médicos ditos “tradicionais” acompanha a sua continuidade ao longo dos séculos, sobrevivendo as tentativas de repressão durante o período colonial (Bastos, 2007; Feierman & Janzen, 1992), contudo não se devem considerar como sistemas estáticos, irracionais, ineficazes, nem desprovidos de capacidade de inovação (Lock & Nguyen, 2010), mas sim como conjuntos de práticas que se interligam entre si (Feierman & Janzen, 1992). A partir desta abordagem interessa, por um lado, pensar este processo enquanto estratégia de modernização das medicinas locais, operacionalizando-se através da reconfiguração e adaptação de saberes e práticas (Lock & Nguyen, 2010), da força dos interesses do mercado e da intervenção dos estados para a gestão pública de uma chamada “medicina tradicional moderna” (Langwick, 2015), ao mesmo tempo que se assume como o garante de uma continuidade renovada de ‘sistemas’ médicos locais. Por outro lado, importa considerar esta questão enquanto mecanismo de resposta local e, em simultâneo global, às novas necessidades sociais de um mundo contemporâneo em permanente reconfiguração e fusão resultante de novos modelos globalizadores (Bastos, 2001).

Os preceitos da modernidade, constitutivos dos processos globais e transnacionais podem ser, sem dúvida, geradores de descontinuidades e reconfigurações postuladas pelos próprios desafios na transmissão de conhecimentos e práticas de outras formas de fazer e de ser. Acrescentando, a multiplicidade de relações de poder, de dependências e de desigualdades que delinham e restringem a adoção de estratégias para a gestão da saúde, doença e o bem-estar (Farmer, 2003). Particularidades como rituais, saberes e práticas locais, seriam, assim resíduos em vias de desaparecimento com o advento da globalização (Frazão-Moreira, 2009) e com ele o intento de substituir ou complementar os ‘sistemas’ médicos locais pela biomedicina e a respetiva promoção de medicamentos sintéticos. Não obstante o ímpeto da biomedicina para a regulação e a medicalização da vida, foram os contributos do pensamento antropológico que permitiram desmembrar a ideia de extinção. Por um lado, as práticas entendidas como ancestrais ou até mesmo do foro mágico religioso, não se reduzem a atavismos, nem estão necessariamente alheadas do conhecimento biomédico, mas como mostraram os trabalhos pioneiros de Malinowski (1935; 1948) e Evans-Pritchard (1937), apresentam uma eficácia local associada à sua execução contextual, e assente nas suas funções sociais e culturais. Por outro lado, seguindo a mesma linha de raciocínio, tais práticas não se evaporam mesmo quando são adotadas determinadas estratégias e recursos da biomedicina.

Na mesma medida, a área de estudos da antropologia médica argumenta que também a presença acrescida e a circulação transnacional de tecnologias médicas, assim como a emergência de novas patologias, assume um papel importante no desenvolvimento de formas de sociabilidade, de governança e cidadania (Digler, Kane & Langwick, 2012). Mediante esta perspetiva analítica, alertam para o papel da etnografia para desvendar e introduzir possíveis debates sobre os processos de (re)significação, identidade e pertença (Glick Schiller, 2004) que têm vindo a caracterizar as micropolíticas da saúde e da medicina num contexto em permanente conexão global e transnacional (Digler, Kane & Langwick, 2012) (cf Biehl, Good & Kleinman, 2007).

Os discursos exalam precisamente esta realidade, demonstrando a contemporaneidade do *mindján tela*, assumindo, igualmente, o papel dos processos de hierarquização e de conjugação dos consumos terapêuticos por entre a diversidade de ‘sistemas’ médicos disponíveis (em particular, o biomédico), destacando, por sua vez, a dimensão das práticas terapêuticas santomenses e, em simultâneo, o modo como estas (re)formatam as experiências de vida:

“[...] eu tive grávida e não gosto de ir ao médico [biomedicina], mas por isso comecei a ir ao médico mais vezes. E, mesmo cá em Portugal arranjam-me não sei quantas folhas para tomar banho, para ajudar com a gravidez [...] a ‘medicina tradicional’ na gravidez é uma coisa indispensável.

Paralelamente, e face ao contexto pandémico atual, onde o COVID-19 tem colocado diversos desafios, tanto ao nível nacional e local, como internacional, tanto na saúde, como na vida social, cultural e na mobilidade, a contemporaneidade dos usos das plantas medicinais, pode ganhar renovados sentidos e perspetivas. A circulação de saberes perpassa o trânsito físico das plantas e hoje, são variadas as formas que encontra para alcançar a continuidade e a preservação dos consumos:

“[...] derivado a situação que está a decorrer no mundo inteiro e como nós santomenses somos ricos em medicamentos tradicional e eu como conhecedora da matéria, não poderia ficar de fora [sem dar o] meu contributo. Vos apresento [...] folhas, raízes e cascas para podermos [prevenir] ou fortalecer a nossa imunidade. Caso precisares me dá um toque. Temos folha alfabaca, moringa, matriz mató, canan e coentro, temos cata manjinga, músafli, raiz de canapistula, etc.”

I., santomense, Publicação na rede social Facebook, março 2020



Imagem 2.5: Mostra de plantas medicinais indicadas para estimular o sistema imunitário e prevenir a infeção pelo COVID-19. Publicação na rede social Facebook, março 2020

“[...] Caros a situação é grave, mas não vamos entrar em pânico. Vamos seguir as recomendações das entidades competentes. Temos a melhor farmácia do mundo

(natureza), por isso vamos consumir produtos locais e plantas medicinais que ajudam o sistema imunológico, respiratório e pulmões. Somos um povo abençoado, porque o COVID-19 só chegou agora e tivemos muita informação e preparação, por isso é hora de pôr todas as medidas em prática. [...]

M.N., santomense, Publicação na rede social Facebook, abril 2020

Contemplando, também, a variabilidade social do próprio conhecimento, em particular, das plantas medicinais e dos seus usos, remanesce o *know-how* trazido do *passado*, com aplicação prática no *presente*. Práticas que se reproduzem ao longo de várias gerações e cuja explicação remete, frequentemente, para o conhecimento dos *mais velhos* e para o *tempo dos avós*:

“[...] tem algumas folhas que as pessoas mais velhas escolhem lá nas roças e a gente ferve aquelas folhas e desmancha tudo dentro de uma bacia e senta em cima. Quando a mulher sai mesmo do hospital, depois de ter o bebé e vai para casa tem que fazer isso durante uns três dias ou uma semana. [...]. Diz-se que é para o órgão genital ficar mais rijo, mais resistente e também para ajudar a mãe a cicatrizar a ferida mais rápido. [...] foi cá, mas fiz. Tive pessoas que foram lá de férias e me trouxeram as folhas e eu fiz cá em casa. Tive ajuda de uma amiga porque a minha mãe naquele momento não estava cá.

E. santomense, Coimbra, agosto 2016

É notório que os saberes sobre os usos das plantas variam de acordo com fatores como a idade e o género, sendo sobretudo o reflexo de diferentes experiências de vida e de conhecimento. Atenta-se, de facto, a um menor conhecimento dos nomes das plantas, dos seus usos, assim como uma maior variabilidade dos hábitos de consumo. Não obstante, todas as narrativas aludem a um *know-how* local e de práticas consistentes com o ‘sistema’ médico local, ao mesmo tempo, que se reconhece a aquisição e a aplicação de conhecimentos e ideias provindas da biomedicina, por exemplo. Tal pode configurar também um sentido de valorização dos conhecimentos locais e da herança ancestral que os acompanha, enquanto forma de salvaguardar o património local (Frazao-Moreira & Carvalho, 2014). E, seja por intervenção familiar ou por iniciativa própria, as continuidades permanecem e atravessam fronteiras e gerações.

De sublinhar que, a flexibilidade do conhecimento (Moreira-Frazão, 2010), nos alerta para os processos de apropriação e adaptação de saberes e práticas, cuja versatilidade e potencial circulatório, permite compreender precisamente os moldes em que operam as suas

(des)continuidades históricas e sociais. Tal remete para um conjunto de questões que possibilitam contextualizar os 'sistemas' terapêuticos e os processos que permeiam os discursos de legitimação, bem como a retórica em torno da eficácia terapêutica e dos seus limites (Digler, Kane & Langwick, 2012).

No processo migratório, os conhecimentos e as práticas diluem-se e adquirem, por vezes, outras formas, onde, por exemplo fatores endógenos, como o processo de integração no contexto de acolhimento, a idade, o género, a escolaridade, acessibilidade a serviços de saúde biomédicos e a medicamentos sintéticos, entre outros, subjazem os processos de (des)continuidades e adaptação. Contudo, as descontinuidades não nos remetem de imediato para um abandono, mas sim para processos de adaptação e de seleção com base nos bens terapêuticos e nos meios de aquisição que se encontram à disposição e, no confronto com realidades terapêuticas distintas largamente disseminadas e acessíveis em contexto migratório - Portugal. As narrativas fornecem-nos um registo inequívoco de que são amplas as práticas que se reimprimem em contexto migratório, formas de fazer e de ser que permanecem além-fronteiras e entre gerações, independentemente dos itinerários terapêuticos traçados e/ou alterados e de consumos complementares. Deste modo, o conhecimento sobre recursos medicinais naturais deve assim ser perspectivado enquanto saber sensorial, dotado de emoção e de memória que o acompanha e que constituem, em última instância, o seu poder (Moreira-Frazão, 2010).

No trilho da diversidade de recursos naturais em trânsito que os discursos mais reportam, apresenta-se em formato de tabela, os nomes vernáculos e respetivas designações científicas (botânicas), que nos irão servir, não só de referência para os próximos capítulos, mas também nos dá um vislumbre dos consumos.

A propósito da derivação dos nomes das respetivas plantas e dos demais recursos, sublinha-se um aspeto interessante sobre o qual Espírito-Santo (1969) narra e que os múltiplos discursos dos interlocutores confirmam. O autor refere-se a uma espécie de osmose da linguagem entre o português e o crioulo na definição dos nomes vernáculos. Assim, falamos da existência de designações com várias origens linguísticas e de vários nomes atribuídos à mesma planta e, inclusive plantas diversas com os mesmos nomes (Espírito-Santo, 1969).

Quadro 2.1: Lista dos principais recursos naturais utilizados em trânsito migratório

Nome vernáculo	Nome científico
Abacateiro ou Bacatche (fruto)	<i>Persea americana</i> Mill.
Alecrim	<i>Salvia rosmarinus</i> Schleid.
Alfabaca	<i>Peperomia pelucida</i> pellucida (L.) Kunth ^L _{SEP}

Atlimija	<i>Epaltes brasiliensis</i> DC.
Babosa; Álíba-babosa	<i>Aloe vera</i> L.
Bana (designação genérica das bananeiras)	<i>Musa</i> Spp.
Beldroega, Bodlega	<i>Portulaca oleracea</i> L.
Bengue	<i>Alchornea cordifolia</i> (Schumach. & Thonn.) Müll.Arg.
Bodó-bodó	<i>Commelina congesta</i> C.B. Clarke <i>Commelina diffusa</i> Burm. f. subsp. <i>diffusa</i>
Canela, Caneleira	<i>Cinnamomum verum</i> J.Presl.
Chalela, Fiá-chalela; Chá-do-Príncipe	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf
Fiá-bôba	<i>Piper umbellatum</i> L.
Fiá-bôba-d'Obô	<i>Begonia ampla</i> Hook. f. <i>Begonia crateris</i> Exell
Fiá-da-mina; Fiá-da-mina-qué	<i>Kalanchoe crenata</i> (Andrews) Haw. <i>Kalanchoe pinnata</i> (Lam.) Pers.
Fiá-fleminga	<i>Euphorbia serpens</i> Kunth
Fiá-galo	<i>Heliotropium indicum</i> L.
Fiá-mandjoló; Manjóló	<i>Solenostemon monostachyus</i> Briq.
Fiá-mosquito	<i>Ocimum basilicum</i> .
Fiá-ponto	<i>Achyranthes aspera</i> L.
Fiá-tataluga	<i>Basella alba</i> L.
Gligô-d'Obô	<i>Sacosperma</i> <i>paniculatum</i> (Benth.) G.Taylor
Goiabeira; Gueva	<i>Psidium guajava</i> L.
Izaquente, Zéquentxe	<i>Treulia africana</i> Decne. ex. Trécul
Libô-d'áua; Libô-de-água	<i>Struchium sparganophorum</i> (L.) Kuntze
Libô; Libô-qué	<i>Vernonia amygdalina</i> Del.
Maglita; Maglita-tuá-tuá	<i>Capsicum annuum</i> L. <i>Capsicum frutescens</i> .
Maioba	<i>Senna occidentalis</i> (L.) Link
Maquêquê	<i>Solamum macrocarpon</i> L.
Matluço; Matrusso	<i>Dysphania ambrosioides</i> (L.) Mosyakin & Clemants
Micóco	<i>Ocimum gratissimum</i> L. var. <i>gratissimum</i>
Micóco-campo	<i>Lantana camara</i> L.
Micondó; Imbondeiro; Múcua (fruto)	<i>Adansonia digitata</i> L.

Mússua	<i>Hibiscus acetosella</i> Welw. ex Ficalho
Ossame	<i>Aframomum daniellii</i> (Hook..f) K.Schum.
Pau-três; Pó-tlexi	<i>Allophylus africanus</i> P.Beauv.
Pau-pimenta; Pó-pimenta	<i>Piper guineense</i> Thonn.
Pau-sangue; Pó-sangui	<i>Harungana madagascariensis</i> Lam. ex Poir.
Pega-lato; Pega-rato	<i>Pupalia lappacea</i> (L.) Juss.
Pinincano	<i>Leonotis nepetifolia</i> (L.) R. Br.
Sapo-Sapo	<i>Annona muricata</i> L.
Stlófi	<i>Momordica charantia</i> L.
Úlua	<i>Borassus aethiopum</i> Mart.

Fonte: Espírito-Santo (1969) e Roseira (2004 [1984])

Nomes botânicos verificados em <http://www.worldfloraonline.org/>

2.5 O voo das ‘coisas’ além-fronteiras: as malas de viagem

A movimentação fluída de pessoas e bens traz, indubitavelmente, luz sobre a realidade dos trânsitos transfronteiriços, que não é nova, mas que nos fornece coordenadas renovadas para continuar a problematizar e a estudar as dinâmicas que envolvem, neste caso, a utilização de recursos medicinais naturais. A circulação de ‘coisas’ potencia também a veiculação de uma cosmovisão que não se encerra nos limites geográficos de um país, de uma região ou até de uma família. Não obstante, a dimensão globalizante do fenómeno é, não só, reveladora da demanda existente pelas folhas para a confeção do calulu, as mais variadas plantas para o ‘curar os males de barriga’, o micócó para os rituais na infância e para aquela omelete, as folhas para o preparar o contra, as cascas para a bebida quente, o peixe seco e às vezes até congelado, as frutas, os legumes. Como também, manifesta a intensidade do trânsito de ‘coisas’, bem como a versatilidade dos próprios processos de circulação, usos e adaptações mediante o contexto. A noção de trânsito permanente que se patenteia no quotidiano dos santomenses, possibilita assim contemplar a relação reflexiva com as ‘coisas’ e dos micro agenciamentos que compõem as histórias individuais e coletivas de quem migra.

Ressalva-se que a direção dos trajetos ocorre de forma intensiva nos dois sentidos, embora o enfoque repouse nas ‘coisas’ da terra – de lá – que permitem estimular a continuidade de saberes e práticas de São Tomé e Príncipe. *De cá* (Portugal) *para lá* (São Tomé), essencialmente circulam bens de difícil acesso, quer pelo seu elevado custo, quer mesmo pela parca oferta. Remetem desde produtos alimentícios, como o açúcar, o arroz, a farinha de trigo, os iogurtes, o queijo, as chouriças, por vezes também carne, a objetos como televisões e utensílios vários para a casa.

como material biomédico são considerados bens escassos e assim, a cada viagem de alguém familiar, se transporta o possível para ajudar a colmatar algumas necessidades. Contam-me que em São Tomé, a realidade conta com as chamadas farmácias públicas, as quais constituem postos de venda de medicamentos do estado e cujos comprimidos são comercializados avulso. Por outro lado, existem as farmácias 'privadas', onde os medicamentos apresentam preços mais elevados e, deste modo, incomportável para a maioria das famílias santomenses, cujo ordenado mínimo se situa na ordem dos 40 euros/mês.

Notas de campo, fevereiro, 2018

Imagem 2.6: Material escolar para a mala de viagem PT-STP, fevereiro, 2018

O regresso.

Depois de uma noite mal dormida, desperto, ansiosa. É dia de regresso! De fazer as malas e nelas fazer voar pedacinhos de qua tela que, não só, orgulhosamente selecionei para presentear família e amigos, mas também das 'coisas' que aceitei transportar de amigos para os seus familiares em Portugal. As malas podiam esperar! Ainda é tempo para uma última incursão ao terreno, acompanhando a Associação Ajudar a Amparar a entregar bens de primeira necessidade a várias famílias na cidade. Fui ao encontro de J. e seguimos viagem no seu todo terreno conduzido pelo pai B e foi neste momento que conheci o L., um engenheiro da marinha portuguesa, que em conjunto com alguns colegas de trabalho por gentileza haviam transportado mercadoria da Ajudar a Amparar, desde Lisboa até São Tomé e Príncipe. Era uma pessoa conhecida de H., o dirigente da Associação e conhecedor do trabalho que realiza nas ilhas há anos.

A pirataria era o objetivo da missão da marinha portuguesa. Vinham monitorizar as águas daquela zona, o que fornecia a oportunidade perfeita para o transporte de alguns bens para as famílias que a associação apoia em São Tomé. L. acompanhou as visitas daquele dia, não sem antes passarmos no mercado em busca das frutas mais apetecíveis das ilhas!

Jaca. Doce jaca!

Saídos da azáfama do mercado, na primeira visita encontramos uma vendedora de jaca! E não poderia voltar sem levar o sabor e o cheiro desta iguaria. Comprei uma jaca enquanto conversávamos com J. Após a troca de algumas impressões, chegou o momento de ir ao encontro de outra família. O tempo era escasso em cada lugar por onde passávamos e no meio da atribulação daquela manhã, já em jeito de despedida do terreno e das gentes que me acolheram, continuaram a afigurar-se uma série que

questões e dúvidas que certamente deixaria para trás. Apoderava-se de mim uma certa angústia de que deixaria perguntas por fazer, lugares por ir, conversas por ter, mas, ao mesmo tempo, levava já a convicção de que o regresso estaria no horizonte.

De regresso à Roça Monte Alegre, na Trindade, pela hora do almoço e já em casa de J., desfrutei da última refeição em terras do leve-leve. Na fogueira, a fruta pão, no fogão, o peixe frito, na mesa o Safu, o sape sape e a papaia para sobremesa.

Preparar a mala.

Subitamente, recordava a conversa que havia tido com HS em finais de 2016. Dizia que as coisas passam sempre, raramente alguém implica e principalmente quando a quantidade é pouca e para consumo próprio. Algo que, de imediato, suscitou o meu interesse para o mercado informal que existiria. Indaguei. Ao encontrarem grandes quantidades de 'coisas' na bagagem, assumem que é para venda e, por norma, é apreendido. Orgulhoso, contava que na última viagem a São Tomé, para além das plantas e cascas também trouxe uma vassoura santomense, algo que já queria trazer há algum tempo, mas que nunca tinha conseguido. Trata-se de uma vassoura que é feita a partir de galhos finos, de palmeira e que são devidamente amarrados por forma fazer uma espécie de vassoura.

Não escapava ao preceito e também eu, com enlevo, regressava agora com qua tela para mim e para os amigos santomenses do lado de cá. A jaca, as mangas, as anonas, o maracujá (como nunca havia visto), a fruta pão, a banana pão, a banana prata, o safu, a matabala, o xuxu, o coco, o cacau, as sementes, as cascas, algumas plantas para a confeção do calulu, a prensa com as plantas medicinais colhidas para o meu herbário, as peças de artesanato e, inclusive dinheiro, de dobras que haviam sido trocadas por euros para H. Assim, um pouco mais de 30kg de 'coisas' com sabor a São Tomé e que transportam consigo as memórias de um lugar e das suas gentes.

O voo de qua tela de cá para lá, de lá para cá é uma realidade tangível, fazendo parte do repertório das viagens entre São Tomé e Portugal. A efervescência em torno do trânsito de bens, seja para fins terapêuticos ou culinários, constata-se em 'todas as malas' que viajam desde São Tomé e Príncipe. Aquele pedacinho da terra que vai mantendo a guardando os saberes e as práticas locais. Esta mobilidade, mais ou menos facilitada, é também, em si potenciador de todo um mercado informal. Não falamos apenas do transporte de 'coisas' para familiares, mas de igual forma, para posterior venda entre santomenses em Portugal.

Já no aeroporto. O caos. Observava atenta todo aquele rodopio em torno 'das cargas'. Nenhum santomense levava menos do que 3 malas, repletas e no limite do seu peso. Mas não tão somente malas, no seu sentido literal, viajam também caixas de papelão bem-acondicionadas, sacos de plástico envoltos de fita cola. Com coisas da terra!

Enquanto isso, observo os sussurros, as conversas escondidas, mas tão visíveis quando prestamos atenção. Levas-me isto? Pessoas na fila que esperam embarcar, um saco, uma mala, uma caixa juntamente com um familiar, amigo ou conhecido que vai viajar. Subornos nos postos de atendimento para deixar passar algo que não deveria passar, uma mala que já ultrapassa o peso.

A propósito relembra uma das últimas conversas com J. que havia confessado um suborno de 1 milhão de dobras para conseguir transportar um determinado objeto, não especificando, mas que para o qual deveria ter obtido autorização das forças de segurança.

É prática frequente, rotineira, todos sabem. Todos, quando necessitam, recorrem e tentam a sua sorte. Regra geral, por 500 dobras, o que equivale a cerca de 20 euros, se fecham olhos.

As licenças. Existe uma regra para quem transporta bens como frutas, entre outros. É necessário solicitar uma licença, ali mesmo no balcão ao lado, com o custo de 30 dobras. Pouco mais de 1 euro, não obstante, licença esta que, posteriormente, não é válida para as autoridades portuguesas. A licença é obrigatória, sim, em teoria. Dizem que, por norma, questionam o que levamos na mala, mas nem sempre o solicitam. E dizem que não têm por hábito questionar os turistas! Eu passei por turista, não me questionaram. Não obtive nenhuma licença. Nenhuma das minhas pesadíssimas três malas foram inspecionadas.

O mesmo acontece com o transporte de plantas com raiz. Para fazer o seu transporte é necessário passar por um período de quarentena em São Tomé e Príncipe, sendo essas mesmas plantas alvo de pulverizações químicas para desinfestação. Posteriormente, é efetuada a emissão de um certificado a atestar o processo. Contudo à chegada a Portugal, a mesma planta tem que permanecer novamente em quarentena e ser alvo do mesmo procedimento, presumo. Um processo longo e que acarreta vários custos, havendo quem desista e acabe por deixar a planta no aeroporto ou arrisque a trazê-la. Assim, advertem-me, “se levas plantas, esconde-as bem entre a roupa! Se e quando vistoriam as malas, mal veem!”.

O caos no aeroporto era flagrante, um atraso imenso, devido a uma falha no sistema informático, mais especificamente, falha de internet. Os bilhetes passaram a ser manuais e não havia atribuição de lugares. A fila acumulava-se no exterior da porta das partidas, o calor intenso e ninguém vistoriou as malas, ninguém questionou sobre o que continha as malas, ninguém me solicitou a licença. Segui!

Já no aeroporto de Lisboa e enquanto esperava pela bagagem, cruzou-me o pensamento: “se me pedem para abrir as malas, vou ficar sem nada!”. Atenta, passei

pelos corredores em direção à saída, ninguém. Ninguém se cruzou no meu caminho, ninguém solicitou a vistoria das minhas três malas.

De regresso! Comigo veio, não só, o sentimento “leve, leve” das gentes da ilha, mas também pedacinhos da terra que prolongaram a minha viagem pelos sabores tropicais de São Tomé e Príncipe; pedacinhos ‘coisas’ que colhi enquanto fruto do meu trabalho no terreno.

Notas de campo, São Tomé, fevereiro, 2018



Imagem 2.7: Mala de viagem de São Tomé para Portugal, fevereiro, 2018



Imagem 2.8: Mala de viagem de São Tomé para Portugal, fevereiro, 2018



Imagem 2.9: Mala de viagem de São Tomé para Portugal, fevereiro 2018

Embrenhada num processo permanente de construção, transformação e interação, resultado dos fluxos sistemáticos, criam-se relaoes sociais fluídas, tanto com as pessoas, como com as 'coisas', estas enquanto elementos constitutivos de memórias e de uma identidade partilhada.

No mês de agosto de 2019, H. havia viajado para São Tomé no âmbito de mais uma missão ao abrigo da associação e no seu regresso, como habitual, fez-se acompanhar de alguns regalos da terra. Para mim, uma cajamanga, um maracujá, um pedaço de jaca e pau de canela. Foi uma surpresa deliciosa que, por instantes, me deu asas para voar no tempo e no espaço.

Cada viagem traz consigo um fragmento da terra, de memórias, de coisas que exprimem a proximidade tanto com a farmacopeia natural, como com a qua tela.

Notas de campo, Viseu, agosto 2019

Experiências outras: da logística, às redes de contato e de intercâmbio

"A Nina, a senhora que está lá na nossa casa, quando nós viajamos, ela manda sempre folhas para Portugal. Uma pessoa está no aeroporto e vem sempre l um saquinho [...] 'leve isto para alguém, está aqui o número'. As folhas estão sempre a circular. E quando vamos para o aeroporto encontra-se muito, uns a pedirem favores aos outros para levar para Portugal, mesmo pessoas que não se conheçam, são abordadas [...] por acaso eu nunca tinha pensado que podia ter esta versão das mezinhas e da parte tradicional, pensava sempre mais pela questão alimentar, porque associo sempre aquilo às folhas para o calulu, porque vem tmbm muitas vezes o peixe seco e o ossame e o pau-pimenta [...] mais o peixe fumado seco e o peixe salgado, porque é para fazer esses pratos tpicos e fruta-pão, porque tmbm  das coisas mais difíceis de encontrar c em

Portugal. É uma coisa que se deteriora muito rapidamente. E, depois também há o hábito de mandarem já a comida feita. [...] há muita comida já cozinhada que chega ali ao aeroporto e mesmo sem nos conhecerem, pedem e dizem que estará depois alguém à espera [...] fazem lá os contatos [...] de São Tomé para cá já trouxe o ano passado. O que eu nunca aceitei foi de Lisboa para São Tomé. Agora quando eu viajei em março [...] eu quase que ia aceitar. Era uma senhora já de idade e eu quase que ia fazer o favor à senhora, mas depois, de repente, a parte racional não é, realmente eu não sabia o que estava dentro da mala e era uma mala grande, um saco de desporto e isso era a sair de Lisboa para São Tomé [...] não conhecia [a senhora], ela estava na fila do check in e veio abordar e eu disse que não e ela foi continuar a tentar abordar outras pessoas [...] [não explicou o que estava dentro da mala] acho que nem perguntei.

Há mais santomenses a sair de São Tomé para virem para cá, enquanto aqui no aeroporto em Lisboa anda uma ou duas pessoas ali perdidas e geralmente ninguém as ajuda. Em São Tomé, alguém chega ali, mas também porque a rede já está um bocadinho instalada. Já conhecem, de facto, um santomense da família que está a viajar ou um amigo. As pessoas chegam ali e há toda uma dinâmica que flui e entregam, deixam os números [de telefone]. Aquilo está com os plásticos à volta, com os nomes das pessoas [...] não se sente o atrito ou a resistência como se sente aqui no aeroporto de Lisboa [...] aquilo [peixe e alimentos confeccionados] vai tudo dentro das malas e está tudo super acondicionado.

Quando vim no natal, como é inverno não trouxe roupa nenhuma de São Tomé. Então nós podemos transportar duas malas de 18kg ou 23 kg. Eu trazia as duas malas e só trazia comida [...] trazia bananas, trazia cocos, matabala. Trazia jaca que cá é difícil de encontrar e trazia mais coisas ainda! Trazia farinha de mandioca. Não questionam [...] dessa vez acho que não [abriram a mala].

M.L. portuguesa, Tomar, setembro, 2017



Imagem 2.10: Da mala de viagem de H. Para o Tó – Micóco, fevereiro, 2018

Das viagens de H.C2: *Ajudar a Amparar*

Tenho 42 anos, moro em Viseu e sou natural de São Tomé e Príncipe. Sou vigilante de profissão e fundador/presidente da Associação Ajudar a Amparar - Os Príncipes de África, constituída oficialmente no final de 2016.

Os meus avós maternos são Santomenses, a minha avó paterna é Santomense e o meu avô paterno é Português. Vim para Portugal com cerca de 4 anos e, desde os meus 25, costumo ir quase todos os anos de férias à Ilha de chocolate. Em 2006, comecei por levar 14kg de bens na mala para oferecer a quem mais precisava, para além da minha bagagem normal com roupa e calçado, produtos de higiene pessoal e também medicamentos.

Levava e, continuo a levar, alimentos variados; chouriço, atum em lata, bolachas de vários tipos, carne congelada, cogumelos, bacalhau, azeite, vinho do porto, chás, e mais alguns snacks.

Com o passar dos anos, comecei a levar mais ajudas do que bagagem pessoal e, quando dei conta, já estava a enviar caixotes por navio, para quando fosse novamente de férias, para poder ajudar mais e mais pessoas. Sempre o fiz sozinho, sem apoios e,

por vezes, com alguma dificuldade, mas custava-me ver coisinhas tão baratas e saber que no meu país [STP] iriam dar muito jeito. Então, fui mandando sempre alguma coisa pelo navio, antes de embarcar de férias.

Com a descoberta das redes sociais, mais propriamente, o Facebook, comecei a comunicar com muitos amigos e conhecidos e, dessa forma, tentei angariar os bens que a meu ver fazem mais falta, tais como material escolar; roupa e calçado para bebés; crianças e adultos; brinquedos, livros variados; artigos de higiene pessoal; artigos para o lar como lençóis, fronhas, toalhas de mesa e banho, talheres e panelas; material de primeiros socorros; material de pintura, e alimentos não perecíveis como arroz, massa, feijão, grão, atum e sardinhas enlatadas, cereais, leite em pó, etc.

A associação começou a tomar forma, em outubro de 2015. Entretanto estava a preparar-me para ir de novo à minha terra natal e quis enviar alguns bens de barco, para que quando eu chegasse a São Tomé, os mesmos já lá estivessem. Fiz um apelo através da minha página do Facebook e algumas pessoas mais próximas contribuíram com os bens que pedi na altura. Consegui encher 7 caixas grandes. Como uma carrinha emprestada, levei tudo de Viseu para a empresa que faz o envio de mercadorias em Lisboa [...]

Os meus amigos contactaram com os seus amigos e os amigos dos amigos e assim sucessivamente e em duas semanas passei de 30 membros [no grupo de Facebook] para 4500 membros. Hoje são mais de 20.000.

Foi em 2016, na 1ª campanha oficial do Ajudar a Amparar, que levei um grupo de voluntários para fazermos a distribuição dos bens em várias zonas da Ilha [São Tomé]. Percorremos cerca de 2000 km durante as entregas. Pernoitamos algumas noites em antigas roças de cacau e café para interagir o máximo com os locais. Fomos e, continuo a ir, aos locais onde os turistas e até muitos Santomenses não vão, e é aí que se sente que se faz alguma diferença. Atualmente, há 4 anos seguidos que envio cerca de 14 Toneladas de “Sorrisos” para os Príncipes de São Tomé

De São Tomé, costumo trazer, várias ervas medicinais para banhos, chás e culinária; peixe congelado como atum, cherne, andala; várias espécies de bananas, como banana pão, gramichel, ouro branca, ouro vermelha e prata; mangas; jaca; café biológico; mangustão; sap sap; coco; cana de açúcar; cacau; piri piri; matabala; cajamanga; tecidos e, alguns doces caseiros. Costumo levar malas específicas, rígidas, para trazer os peixes congelados, sobretudo para que não transpire, expondo exteriormente o que levo e também para poder trazer as frutas sem que cheguem cá todas pisadas. Quando regresso a Portugal, durante uma ou duas semanas, sempre que abro o meu frigorífico, parece que ainda estou em África!”

HC2, santomense, Viseu, maio, 2018

CAPÍTULO 3 - “Plantas que curam, saberes que perduram”: em torno da construção simbólica da doença e do uso das plantas medicinais

“People act practically by acting symbolically.”

(Sahlins, 1976)

O simbolismo resume-se, sobretudo, ao ato de estabelecer associações com base na similaridade ou contiguidade, entre imagens e conceitos geralmente perceptíveis. Sendo que tais associações podem ser analiticamente divididas entre metáforas e metonímias (Kleinman, 1988; Whyte, Geest & Hardon, 2002). Estas conexões, quer sejam improvisadas ou com base em saberes locais transmitidos de geração em geração, demonstram, de facto, um fio condutor que liga o processo de construção simbólica, ao modo de pensar a saúde, a doença e respetivas as práticas terapêuticas adotadas. A assunção dos estados de saúde, de doença e de dor são, assim, naturalizadas no discurso (Le Breton, 1999) e, por conseguinte, no entendimento sobre o processo terapêutico mais adequado (Whyte, Geest & Hardon, 2002).

O ideal de saúde é, quase sempre, configurado pela ausência de doença e, por conseguinte, de dor, constituindo estas como experiências eminentemente transformativas e invalidantes e cujos significados podem ampliar de uma forma infinita um estado de mal-estar ou, por outro lado, neutralizá-lo por completo. *“Pain is a ubiquitous feature of human experience.”* (Kleinman et al. 1992, p. 1): a relação íntima com a doença e as experiências de dor depende de e é revestida de significados pessoais, sociais, culturais e contextuais, ao mesmo tempo, que se pode classificar como um processo tanto situacional, como sensorial (e biológico) (Kleinman et al. 1992) que não escapa ao vínculo social (Le Breton, 1999). Ainda, importa estabelecer a sua conotação religiosa e espiritual. Le Breton (1999) indaga sobre a ligação religiosa com a dor e o sofrimento, explicando que não foi o Cristianismo que inventou a redenção pela dor, estando ela já presente em diversos contextos, mas foi, de facto, o Cristianismo que difundiu pelo mundo uma visão simbólica para enfrentar a dor. Neste contexto, ao identificar-se com Jesus Cristo, a pessoa doente ou com dor não ‘sofria’ tanto. A explicação bíblica da dor transforma-a num estado de graça, tomando como referencial a *dor do parto*, e está explícita em mais de 70 passagens nas escrituras. No plano espiritual, pode assumir-se que a dor e, no limite, a morte são experiências humanas que conduzem à metamorfose.

A dor, *per si*, está impregnada de significação e, por conseguinte, o sofrimento encontra-se imiscuído nessa mesma significação que nada mais é do que subjetivamente situada no tempo e no espaço (Le Breton, 1999), cuja expressão e também conceção é veiculada tanto

por discursos leigos, como periciais sobre as suas causas e consequências (Kleinman et al. 1992).

A concetualização da *dor* é etérea: desde a mundivisão aristotélica onde a dor era relegada ao domínio das emoções; à perspectiva mecanicista de Descartes que ao perspetivar o corpo como uma máquina, caracterizava a dor como o uso desmesurado dos sentidos; a Freud, cuja concetualização do inconsciente, abriu espaço para pensar nas manifestações de dor e de sofrimento enquanto produto de conteúdos do aparelho psíquico e, a conspeções contemporâneas que classificam a dor como uma exasperação dos sentidos, situando-a no domínio da perceção, da interpretação e, não apenas enquanto reação (Le Breton, 1999).

A partir das assunções sobre o *mal de barriga* e as dores do e no corpo – *dôlô bega e dôlô ubué*, ampliamos a lente sobre o repertório do uso das plantas que configura em si, frequentemente, uma espécie de *homeopatia simbólica*.

De um modo generalizando, nas práticas terapêuticas locais encontramos uma forte componente de medicina tanto preventiva, como curativa, assim como, a sua respetiva conexão com a história familiar e social. Desde a sua incorporação na gastronomia, à preparação de *mindján tela* e dos seus usos para a proteção contra o mau-olhado – a prática do *contra* – os recursos medicinais naturais afiguram-se amplamente não só, como pré-requisito para a manutenção da saúde e do bem-estar, como para os processos de cura, contendo em si mesmo um estatuto simbólico particular, quer seja na esfera física ou emocional e espiritual.

3.1 Sobre saúde e doença: percursos e construção de narrativas

Cada «cultura» dá forma a uma gestalt de saúde específica e a uma configuração única de atitudes perante a dor, a doença, a incapacidade ou a morte [...]

A saúde manifesta um processo de adaptação.

*Não é o resultado de instinto, mas sim de uma reação autónoma e culturalmente moldada a uma realidade socialmente construída*⁸¹ (Illich, 1976, p. 205).

A experiência da doença, expressa por um dos clássicos da antropologia da saúde Scheper-Hughes & Lock, (1987), vislumbra-se como uma forma de comunicação – a linguagem dos ‘órgãos’ – através da qual a natureza, a sociedade e a cultura se pronunciam e, em simultâneo, desemboca em múltiplas ações no âmbito dos cuidados em saúde estas que, por sua vez,

⁸¹ Tradução.

constituem respostas social e culturalmente organizadas. Concebe-se, assim, que a *cultura* configura a expressão externa dos processos de saúde e de doença, da experiência e das explicações sobre o adoecer, assim como as predições sobre as possibilidades terapêuticas (Laplantine, 1998 [1978]). Formando, deste modo o que Kleinman (1980) designou de um “sistema cultural” próprio onde veiculam ideias, normas de conduta e expectativas específicas que inclusive traduzem formas complexas de decodificação de *disease e illness* e, subsequentemente, distintas práticas terapêuticas (Helman, 2000). A multiplicidade das formações simbólicas em torno da saúde e da doença tornam-se compreensíveis a partir da sua contextualização espaço temporal e dos mecanismos psíquicos, enquanto processos culturais *internos* que legitimam a materialização da doença e dos sintomas (Laplantine, 1991; 1998 [1978]; 1986). Deste modo, a condição de doença e também de mal-estar e, por outro lado, a condição de estar saudável caracteriza-se, antes de mais, como um processo experiencial que se integra num quadro simbólico, não sendo assim uma entidade percebida e vivenciada universalmente (Langdon, 2001; Kleinman & Petryna, 2001).

Os contributos da antropologia cultural americana constituíram, sem dúvida, um veículo importante para pensar a *cultura* como uma complexa teia de (i)materialidades que (i)enformam a nossa compreensão dos indivíduos. Particularmente a partir do trabalho de Benedict (2005), embora alvo de controvérsia face à interpretação de uma ideia de padronização da cultura, evidencia-se o vínculo que estabelece entre os aspetos culturais e o desenvolvimento dos traços de personalidade e das relações psicoafetivas, as quais, por sua vez, (re)produzem formas de *ser* e de *fazer* que, naturalmente, se repercutem nas cosmovisões sobre a saúde, doença e nos percursos terapêuticos adotados.

Compreender os processos de significação e o curso de ação sobre os mesmos requer, assim, pensar que a “...cultura proporciona modos de pensar que constituem, em simultâneo, modelos de e modelos para a realidade”⁸² (Geertz, 1978). Deste modo, Kleinman (1980) classifica as distintas práticas terapêuticas com base no modo como o conhecimento é transmitido e organizado, sendo que os indivíduos, profissionais de saúde ou não (saber leigo e pericial), tendem a incorporar o sistema individual de significação do contexto de pertença sociocultural – modelo explicativo.

O modelo explicativo define-se a partir da diversidade de processos de experiência da doença e as respetivas terapias disponíveis (Kleinman, 1980), permitindo aceder a uma compreensão das lógicas internas aos entendimentos sobre saúde e doença, sobre eventuais lesões e incapacidades, assim como do quadro de diversidade terapêutica e processos de definição de estratégias para a gestão da saúde. A concetualização dos modelos explicativos

⁸² Tradução.

encontra-se, desta forma, enraizada no pressuposto da existência de uma pluralidade de 'sistemas' terapêuticos.

Desenvolvido no decorrer dos anos 1970-1980, o conceito de pluralismo médico estabelece-se através do estudo da diversidade de práticas médicas e a sua relação genealógica com a biomedicina, representando, assim, um marco importante no campo da antropologia médica (Khalikova, 2021). Na tentativa de suplantar a representação dualística subjacente a uma visão de "mundo ocidental-medicina moderna versus mundo não-ocidental-medicina tradicional", os percursores do pluralismo médico evidenciaram que a multiplicidade de noções médicas, abordagens, terapeutas e instituições subsistem em todas as sociedades, incluindo o ocidente. Pese embora, os desafios colocados à noção de pluralismo médico e à sua concetualização, a mesma ainda configura um quadro teórico relevante, cujo enfoque analítico se estende para além da saúde e dos processos de cura e sublinha a heterogeneidade, a diversidade e também o ímpeto competitivo que permeia o pensamento e a prática médica (Clamote, 2008; Khalikova, 2021). A sua abordagem contempla, assim, a (co)existência sincrónica de uma panóplia de terapêuticas alicerçadas em distintos pressupostos culturais (Johannessen & Lázár, 2006; Lock & Nguyen, 2010; Whyte, Geest & Hardon, 2002), princípios e/ou visões do mundo (Bhasin, 2007) que ao longo da história se reconfiguram e fundem como resultado de empréstimos mútuos (Bastos, 2007; Lock & Nguyen, 2010). Assente, assim, numa perspetiva crítica que desafia a noção de 'sistema' e de 'tradição' médica, enquanto premissas rígidas e até de cariz essencialista e reducionista, importa não perder o foco da sua capacidade de transformação e de empréstimo o que, ao mesmo tempo, permite que respondam rapidamente a processos socioeconómicos diversos (Khalikova, 2021). Tal permite cunhar as medicinas locais de modernidade, na mesma medida da biomedicina, sustentando a própria natureza compósita dos 'sistemas médicos'. As distintas práticas terapêuticas partem de heranças culturais (Bhasin, 2007) e *coloniais* (Cunha & Durand, 2011), como ecológicas, de abordagens e concetualizações dotadas de variabilidade, tanto no seu entendimento, como na sua natureza (Khalikova, 2021) que ocorrem em e criam contextos sociais específicos (Kleinman, 1980).

Não podendo igualmente descurar que os significados produzidos resultam da interação entre saberes e práticas leigas (ou por experiência) e periciais, os quais (podem) nutrem (nutrir) uma relação de permanente influência mútua, originando a formulação de uma multiplicidade de ideias que circulam através dos meios de comunicação formais e informais. Simultaneamente, é este sistema de interpretação dotado de variabilidade espaço-temporal, que orienta as condutas que, no fundo, traduzem a relação social do indivíduo com a saúde, a doença, o corpo e os respetivos percursos terapêuticos adotados (Naraindas, Quack & Sax, 2014).

Em retrospectiva histórica referente aos desenvolvimentos da antropologia médica, a par dos trabalhos em torno do modelo explicativo, emerge um enfoque no papel das relações sociais na “produção” do significado e na “distribuição” de *sickness* na sociedade (Bhasin, 2007). A noção de *sickness* pode assim ser entendida como um processo de socialização de *disease* e *illness*. Em contextos de pluralidade médica, um determinado conjunto de sintomas são suscetíveis de designar um leque variado de doenças e os símbolos terapêuticos constituem simultaneamente símbolos de poder (Bhasin, 2007).

Assente na abordagem do modelo explicativo, Good (1977) sublinha que, na sua essência, *illness* é uma questão de semântica, traduzindo significados particulares e que qualquer prática médica é em si interpretativa. Young (1982) explica que *disease* remete para a disfunção biológica, isto é, a existência de uma patologia ou anormalidade orgânica, ao invés da noção de *illness* que se refere ao modo como a *disease* se manifesta no pensamento humano e que, por sua vez, se traduz no processo de experiência da doença e nos respetivos significados atribuídos à etiologia do seu estado – intervenção divina/espiritual, intervenção humana (Bhasin, 2007).

As concepções sobre a doença e a sua ligação ao mundo do sagrado – intervenção divina – traz à luz a importância da *fé*, mas também das transformações que a própria tem sofrido no domínio da evolução da religião ao longo da história (Douglas, 1991). Vejamos, o princípio aparentemente abstrato da *fé* – *crença* e as questões metafísicas que a impele circunscrevem, à partida, uma ideia de invariabilidade que na verdade não existe na medida em que se assinalam consumos terapêuticos híbridos e complementares sem que tal implique uma rutura no ‘sistema de crenças’. A *crença* no poder do médico/terapeuta e, inclusive no mundo das plantas, atravessa toda a diversidade terapêutica e ‘sistemas’ médicos e não se reduz a um universo hermético.

“Como somos ingénuos quando se trata das crenças dos outros! As antigas obras de antropologia partilhavam muitas vezes a ideia de que, aos olhos dos povos primitivos, os ritos têm por efeito uma intervenção imediata nos seus assuntos; e os antropólogos ridicularizavam com complacência aqueles que recorriam à medicina europeia, independentemente dos seus rituais de cura, como se isto denotasse uma falta de fé.”
(Douglas, 1991, p. 47)

Por outro lado, a carga simbólica, muitas vezes, punitiva de que se reveste a doença (ou determinados estados de doença), apela a uma resposta do universo que parece emitir julgamentos morais sobre os indivíduos e nos quais intervém para garantir, de algum modo, a manutenção de uma ordem social (Douglas, 1991). O que se revela como uma forma de controlo social cristalizada nas múltiplas instituições que compõem a estrutura social e que tanto responsabiliza o indivíduo pelas suas ações (Cunha & Durand, 2011), como apela a *crenças* sobre a punição alheia associada à feitiçaria, ao mau-olhado, entre outros.

A forma como visionamos e entendemos a ordem social encontra-se imbricada na construção das ideias sobre a etiologia da doença e na própria origem do poder terapêutico. Bhasin (2007) argumenta que “...*sickness is redefined as the process through which worrisome behavioural and biological signs, particularly ones originating in disease, are given socially recognisable meanings, i.e. they are made into symptoms and socially significant outcomes.*” (p. 3). Neste contexto, e considerada como uma das primeiras aproximações à saúde e doença no âmbito da pesquisa sociológica, Talcott Parsons (1951) conceptualiza a doença como um “desvio” e vem demonstrar a importância do papel de doente, definindo o conceito *sick role* enquanto mecanismo de controlo social. Neste contexto, e embora atualmente se assumam uma perspectiva “holística” de saúde e do corpo, o paradigma biomédico adquiriu uma posição legitimadora e hegemónica na sociedade (Kleinman, 1995; Giddens, 2009), o que implica que as noções de saúde e doença não podem ser entendidas à margem da biomedicina. Good (1994) alude precisamente à dimensão moral que subjaz o *sickness*, tal como a experiência de sofrimento, argumentando que a medicina se reveste tanto de elementos racionais, como irracionais.

O entendimento sobre a experiência da doença, as estratégias de gestão do nascimento e da morte, da saúde, as expectativas face às terapêuticas, inclusive o modo de lidar com os profissionais de saúde e/ou outros terapeutas no seu todo, constituem aspetos que compõem a realidade sociocultural (Kleinman, 1980). Os meios através dos quais os indivíduos procuram a prevenção, o alívio e a cura de um estado de sofrimento e doença forma-se, transforma-se e reforma-se no campo da saúde. A criação de espaços terapêuticos é essencialmente fruto de contratos sociopolíticos, da especulação histórica, do encontro entre pessoas e significados, entre ideologias e também ideias (Bhasin, 2007).

Em simultâneo, tais questões introduzem uma importante reflexão sobre o corpo, o *self* e o próprio processo experiencial da doença (Csordas, 1994; Johannessen & Lázár, 2006; Scheper-Hughes & Lock, 1987) e das sensações de mal-estar. Neste contexto, a relação do corpo com a sociedade está imbricada no conceito de *embodiment* que referindo-se à experiência vivida do corpo, apresenta-se, simultaneamente, como objeto e agente da prática social. Não obstante, a particularidade individual do *corpo* em si mesmo, ele existe num espaço sociocultural que determina, não só o modo como o concebemos, mas também controla os seus ímpetos moldando o modo como o vivemos (Womack, 2010). Deste modo, percebemos que os processos corporais estão ligados às estruturas sociais (e culturais), o que Connell (2002) designa de *social embodiment*.

E, é na expressão da doença e do mal-estar que as metáforas permitem compreender e dar sentido a uma experiência sensorial concreta. As sensações corpóreas assumem tanto um carácter real, como elusivo e até obscuro. Como, por exemplo, a dor cuja experiência pode ser caracterizada como indefinida, dada a dificuldade de a assimilar, concretizar e até

explicar/comunicar ou ainda a concretização de uma determinada condição por associação livre – descrição e comparação metafórica (Whyte, Geest & Hardon, 2002). Concretizar a dor, uma determinada condição que reflete um ‘problema’ ou a sensação de mal-estar, explicando-a com relação a outras experiências mais tangíveis ou compreensíveis tanto do ponto de vista “real”, como simbólico (Kleinman et al. 1992), permite, assim não só a materialização da ação terapêutica, como também a explicação das causas.

O valor prático da metaforização configura, deste modo, uma estratégia para simultaneamente explicar e dar sentido à realidade, no intuito de transformar o problema num fenómeno empiricamente comensurável e de o resolver numa simbiose que conjuga o simbólico e o concreto, objetificado:

“Quando a criança nasce com macaco, dizemos que tem problema de macaco! Tem problema de macaco quando a criança se encolhe toda e geme e tem muito pelo. Tem parecenças com um macaco! Então usamos a folha de Stlofi, fazemos uma cama, tipo colchão com folhas de Stlofi para tirar os pelos do bebé.”

J.F., santomense, São Tomé, fevereiro 2018

“[...] em relação às mulheres grávidas o que mais se destaca são alguns mitos até [...] por exemplo não comem ovo, porque dizem que a criança, durante o trabalho de parto ‘espreme muito’. Então fazem aquela analogia com a galinha. Elas dizem que se as mulheres comem muito ovo durante a gravidez a criança ‘espreme’, ou seja, a criança espremer significa, a criança gritar e ser difícil durante o trabalho de parto.”

M.L., portuguesa, nutricionista, Tomar, setembro 2017

“[práticas pós-parto] é frequente as mulheres consumirem vinho tinto e considero que é mesmo um mito associado à cor. Acham que o vinho tinto dá sangue. Compram, é caro o vinho tinto, e fazem o investimento mesmo a achar que aquilo lhes vai dar mais sangue, que vão sentir menos fraqueza.”

E.C. nutricionista, Lisboa, setembro, 2017

As narrativas, frequentemente, aludem à *dor no corpo – dôlô d’ubuê*, por analogia a uma dor de barriga – *dôlô bega* e em associação direta à experiência da doença e do mal-estar tanto físico, como emocional, por analogia ao que Kleinman (1988) interpretou como uma dialética entre os sentidos do corpo e a simbologia social. E, por outro lado, a *dor de parir* envolve de assunções que a naturalizam e a sedimentam como necessária, com reiteradas referências à importância de *aquecer a dor*, denotando claramente processos metonímicos, cujo significado concretizam a experiência e localizam as formas de atuação. Contudo,

encetar numa classificação do que é a *dor*, ou do que é *uma dor*, é sem dúvida imiscuído de alguma complexidade dada a sua variabilidade social, cultural, espiritual e também sensorial (Le Breton, 1999), bem como dos diversos *idiomas* e categorias de racionalidade que envolve (Kleinman et al. 1992).

A dor de barriga

Variadas são as cascas e folhas mencionadas para prevenir, aliviar e tratar a *dor de barriga* – *dôlô bega* e/ou *dor no corpo* – *dôlô d’ubuê*, a dor física. Desde o *bengue*, ao *pau-pimenta*, *pau-preto*, *micóco*, *matrusso*, *pega-rato*, folha de *goiabeira*, ao *libô*, encontraram-se referências sucessivas e consistentes relativas à sua ação na *dor* ou no *mal de barriga* o que, na verdade, é uma designação vasta que incorpora um leque de dores, desde as cólicas abdominais, aos distúrbios gastro-intestinais, às dores menstruais e às dores musculares e equimoses.

Por exemplo, explicam que a raiz do *libô* é muito utilizada para a dor de barriga, “...é bom para limpar o organismo” [E.A.], mas acrescentam um outro tipo de dor, por um lado, mais generalizada no que se refere ao corpo e, por outro lado, mais específico quanto à sua causa e experiência sensorial. Esclarecem que esta raiz utiliza-se também em banhos para “...tirar pancada”, o que significa um estado de dor corporal, como seja, muscular e/ou em resultado de contusões e hematomas.

Notas de campo, Aveiro, janeiro 2017

A dor de parir: “*ter dor para saber o que é ser mãe*”⁸³

“Em verdade, em verdade vos digo: haveis de lamentar e chorar, mas o mundo se há-de alegrar. E haveis de estar tristes, mas a vossa tristeza se há-de transformar em alegria”.

“Quando a mulher está para dar à luz, sofre porque veio a sua hora.

Mas, depois que deu à luz a criança, já não se lembra da aflição, por causa da alegria que sente de haver nascido um homem no mundo”.

Novo testamento, João 16: 20,21

A partir dos 7 meses de gestação E. iniciou um conjunto de rituais que incluíam diversos banhos e a ingestão de determinadas plantas enviadas pela sua mãe de São Tomé, para facilitar o processo de parto. A função primordial é trabalhar no sentido de *aquecer a dor*, uma vez que a dor está associada à celeridade e normalização do parto.

⁸³ Entrevista: A., santomense, Viseu, março 2017

E.S. e o 'tio' acrescentaram, explicando que a vulgo epidural, tem um efeito contrário, a de arrefecer a dor, o que potencia um trabalho de parto mais demorado e difícil.

Enquanto falávamos um pouco mais sobre a 'epidural' e as experiências passadas em Portugal, E.S. desabafava o que sofreu aquando do parto da sua primeira filha, depois de ter aceite a 'epidural', desabafando "...passei muito mal. Fica-se mal das costas", tendo assim recusado o procedimento nos dois partos seguintes.

O tio, muito recatado, de expressão afável e sorridente, interpelou-nos, reforçando a importância da concetualização subjacente ao binómio quente-frio, tanto na concretização da dor, como na alimentação.

Notas de campo, Oliveira do Bairro - Aveiro, setembro 2017

A romantização da dor:

A tarde já vai longa, mas continua a fluir ao sabor das múltiplas interrogações que atravessam o mar de informações, ideias, noções que emergem dos discursos. A certo momento, divagando sobre a experiência de parto e da dor, E.A. exalta que frequentemente ouve dizer "a mulher teve a honra de sofrer a dor do parto para ter o seu filho". Continua explicando que para além da importância da dor no processo de parto em si, ela encontra-se igualmente associada à relação umbilical que existe entre a mãe e a filho. Uma relação que refere ser reforçada por meio desta dor, que é única e necessária para estabelecer e manter esta ligação. A experiência da dor entende-se, desta forma, como um marco de reconhecimento e de validação da maternidade e, por conseguinte, da consolidação da relação entre mãe e filho.

Notas de campo, Aveiro, janeiro 2017

A romantização da dor do parto permite classificá-la como 'diferente das outras' e naquilo que se revela como uma espécie de processo de aprendizagem social de valorização da dor do parto, ela é epitomada como necessária e análoga ao prolongamento da ligação umbilical. Sendo retratada como que um vínculo que não deve ser quebrado, sob pena de enfraquecer a relação entre mãe e filho. Revela-se assim, em vários discursos, uma tendência para recusar a epidural nas maternidades portuguesas. Porém, é interessante analisar em que medida o parco acesso a este procedimento no sistema de saúde santomense, não se vislumbra, em parte como reflexo das estratégias poetizadas para a gestão da dor do parto?

Em contrapartida, as narrativas demonstram claramente que a dor resultante de uma doença, como seja de um mal no corpo, já não é contemplada do mesmo modo, procurando-se o seu alijamento.

Por princípio, o ser humano reclama o sofrimento e a dor como uma condição debilitante, desintegradora do corpo e da mente (Kleinman et al. 1992), mas também e, por outro lado, pode ser reveladora de uma outra dimensão, onde veicula a ideia de Homem sofredor, cujo estado de sofrimento – necessário – lhe permite observar o mundo e as coisas a partir de uma outra perspectiva (Le Breton, 1999), como que um aclarar do nosso lugar no mundo e da nossa condição enquanto humanos, mulheres e homens. Neste contexto, a *“História, fisiologia, imaginário, língua, posição social, valores dominantes e tantas outras coisas, tudo isso age contemporânea e historicamente sobre os indivíduos, plasmando sua percepção da dor e sua resposta a ela, modificando o modo que encara a sua definição, a sua importância e a sua suportabilidade.”* (Guerci & Consigliere, 1999, p. 65). Não obstante, a dor e o sofrimento não se afiguram como um ‘continente’ no qual seja possível hastear bandeira, remetendo para condições que impõem alívio (Le Breton, 1999), quer esteja subjacente ao culminar de um processo entendido como natural e honorável (como seja o parto), quer seja pela intervenção terapêutica.

Numa perspectiva biomédica, a dor é enquadrada num campo específico de conhecimento, a partir do qual o clássico Canguilhem ([1966] 2009) sustentava que a ‘medicina’ existe, porque existe a dor e, por sua vez, cuja figura do médico/terapeuta é formada em resposta à procura de cuidados de saúde: *“Pain as human suffering in the dominant institutions that deal with it in our times is a question of therapeutic means – analgesia, surgical procedures, rehabilitation, psychotherapy – not of human (or suprahuman) ends.”* (Kleinman et al. 1992, p. 14). Contudo, a premência em eliminar e/ou tomar as rédeas da dor, do sofrimento e da doença, tem conduzido a biomedicina a uma melhor compreensão dos mecanismos fisiológicos que desencadeiam as desencadeiam e, por conseguinte, a uma narrativa subjacente à medicalização (Cunha & Durand, 2011). Ao que assistimos a desenvolvimentos cada vez mais sofisticados e eficazes de medicamentos e de técnicas para a eliminar ou reduzir as suas manifestações, tomando como exemplo, o uso mais ou menos generalizado de analgésicos, seja de prática em SOS ou um hábito quotidiano; ou enquanto medida de prevenção; ou ainda no control da dor em situações de parto, intervenção cirúrgica, entre outros. Contudo, apesar dos inúmeros resultados da investigação científica sobre a dor fisiopatológica, permanece um hiato na explicação aprofundada da dor quando a mesma se apresenta na ausência de alterações fisiológicas visíveis (Le Breton, 1999). Na verdade, as formulações sobre a dor, veiculadas pela biomedicina, não esgotam todo o espectro do ‘sofrimento’ que dela advém. Ela assenta, sobretudo, no tratamento sintomático da dor, cuja percepção é camuflada e/ou anulada através do ímpeto anestésico que subjaz a biomedicina. Na senda explicativa da dor, das suas múltiplas reações e concepções, e dos mecanismos para a sua gestão, olhamos sempre para além da fisiologia humana que é tão universal, quanto

intangível, para procurar os reflexos do foro cultural, social, linguístico, como também religioso (Zola, 1975b) e espiritual.

Não obstante, a dor não consta como o único elemento analítico na narrativa do binómio quente-frio. Encontramos resquícios da concetualização quente-frio nas contribuições de Hipócrates para a teoria da medicina humoral, esta que já remonta os tempos da Grécia Antiga (Brock, 1977). Em termos gerais, Hipócrates descreve que a função da medicina humoral é a de manter o equilíbrio entre os quatro humores do corpo, isto é, os fluídos corporais, como sejam: sangue, fleuma (catarro), bÍlis amarela e bÍlis preta, sendo cada um representativo do estado de um órgão, nomeadamente – coração, pulmões (sistema respiratório), fÍgado e baço. As suas concetualizações levaram ao reconhecimento da importância na observação do corpo humano, das suas variabilidades, sobre a doença e as práticas terapêuticas mais adequadas a cada situação. Na senda da medicina humoral e das considerações tecidas por Hipócrates vamos encontrar o princípio de opostos quente/frio – húmido/frio, aplicado ao tratamento de determinadas condições com o intuito de prevenir ou curar o desequilíbrio (Brock, 1977).

Neste contexto, Foster (1978) vem argumentar que as práticas terapêuticas assentes no princípio dos opostos, em particular o binómio quente-frio, ocorrem a partir da absorção da conceção de Hipócrates sobre medicina humoral, remontando à época das grandes expedições e dos posteriores processos de colonialização de que a Europa foi protagonista. Contudo, contrariamente às premissas estabelecidas por Foster, a investigação conduzida em torno do mapeamento da origem e dos significados do princípio quente-frio nas práticas médicas, a par dos desenvolvimentos da teoria antropológica, mostra, não só, a sua variabilidade entre indivíduos e comunidades, como também a sua universalidade, o que suporta a ideia de que a assunção dicotómica e a necessidade de manter o seu equilíbrio é, na verdade, uma produção inata e transversal às diversas sociedades (Redfield & Rojas, 1934; Worsley, 1982) e configurações terapêuticas.

O binómio quente-frio, revela-se, ainda hoje, como uma componente orientadora de diversas práticas em São Tomé, com particular enfoque na saúde materna, cujos eixos de análise se estendem dos cuidados alimentares pré-natais, à preparação para o parto com práticas efetivas que se revelam também em contexto transnacional. Assim, acredita-se que o (in)sucesso da gravidez pode depender de vários fatores entre os quais, a alimentação:

Durante a gravidez, em particular no primeiro trimestre, aconselha-se, por exemplo, que seja evitado o consumo de peixes considerados como quentes, nomeadamente o fulu fulu, o tubarão, o camarão, o atum, a cavala, entre outros. Acredita-se que “*estraga a mulher, queima*” e pode desfazer a gravidez, um saber que é reproduzido ao longo das várias gerações e cuja explicação remete para o conhecimento dos “mais velhos”:

“já os mais velhos diziam, mas não nos explicavam porquê. Não se pode comer e quem já sabe não come!”

Notas de campo, Aveiro, janeiro de 2017

A relação dialética entre o quente e o frio: da metonímia à metáfora

Associado ao ‘aumento do fluxo sanguíneo’ e à noção de infeção, os alimentos considerados quentes devem assim ser evitados como forma de prevenção de determinadas situações. E, embora fortemente associado à preservação da gravidez, a privação deste tipo de alimentação também está indicada para situações de hipertensão, por exemplo, pois acredita-se que pode potenciar o agravamento de um estado já por si considerado como ‘quente’ – *molo quente* ou doenças quentes conforme nota Woortmann (2008):

“Molo quente é o excesso de quente no organismo. A mulher grávida é considerada um estado quente, provavelmente associado ao “aumento de sangue no corpo”. Significa também o aparecimento de certas doenças e problemas, como a hipertensão.”

H.C., santomense, Coimbra, março 2017

Escutam-se ideias e práticas de fundo eminentemente mitológico, mas que são reproduzidas em Portugal dada a veia histórica e cultural que atravessa os saberes e as práticas de uma grande parte dos santomenses. Ainda que, por outro lado, se questione o carácter dúbio da própria ciência, na medida do seu distanciamento de práticas terapêuticas locais, em termos de linguagem e de abordagem, como da sua incapacidade de fornecer explicações efetivas para a causa de determinadas situações. Tal pode assim colocar a biomedicina em posição de maior rejeição por parte da população ou de alguns setores da população. Deste modo, a procura de uma explicação para um conjunto de acontecimentos, como por exemplo, o aborto, pode tendencialmente centrar-se sobretudo em práticas alimentares ou outras inadequadas, ou ainda na esfera do sobrenatural, como seja, em energias negativas provocadas por entidades térreas, nomeadamente, o mau-olhado.

Notas de campo, Coimbra, outubro 2016

A dicotomia quente-frio remete não só para um estado corporal, mas também para a categorização de determinados alimentos em função das suas propriedades (independentemente da sua condição térmica) e da ação que podem exercer no corpo face a

determinado estado ou doença (Woortmann, 2008). Woortmann (2008) argumenta que não existe, no entanto, uma uniformidade relativamente à percepção das qualidades atribuídas aos alimentos, na medida em que um mesmo alimento pode ser considerado ‘quente’ num local e ‘frio’ noutra. Não obstante, é evidente este modelo classificatório, por relação direta ao corpo humano e respetivos estados corporais.

Etimologicamente, reima ou *reuma* deriva do grego e significa a corrente de um líquido ou o fluxo de um humor orgânico, enquanto *reimoso* é tudo aquilo que provoca a reima – ‘que faz mal para o sangue’ (Woortmann, 2008), reiterando que a reima exprime uma conexão entre o alimento em si e o estado corporal.

Numa perspetiva fisiopatológica, a característica *reimosa* dos alimentos, associa-se por princípio ao consumo de animais com uma dieta carnívora, como os peixes de pele, ou de dieta detritiva, como os peixes cascudos, caranguejos e camarões, além de animais de dietas mistas, generalistas (frutas, sementes de palmeiras, animais pequenos e insetos) e detritiva de locais próximos a áreas lamacentas. A dieta destes animais é maioritariamente constituída por alimentos em decomposição, o que por norma, se encontram associados à presença de uma grande quantidade de bactérias. A preparação destes animais para consumo humano, ainda que bem cozinhados, pode levar à destruição destas bactérias, contudo, não das suas toxinas, que normalmente são resistentes à cozedura (Júnior & Estácio, 2013).

Pese embora, a classificação *reimosa* é atribuída, não só, a alimentos de origem animal (embora principalmente), mas também inclui uma variedade de plantas. O comportamento de determinados alimentos está, deste modo, associado a uma espécie de vulnerabilidade orgânica, onde se pode incluir o período da menstruação, a fase pré-natal, o puerpério, como também a distúrbios intestinais, ferimentos ou afeções respiratórias, hipertensão, reumatismo, entre outros, nas quais os alimentos *reimosos* apresentam o potencial de agravar ou tratar esses estados patológicos em função da composição dos alimentos ingeridos (Woortmann, 2008).

O verso da moeda: a *frialidade*

Contrariamente, o ‘corpo gelado, frio’ assume um carácter metonímico ao aludir a um estado de doença fisiológica e/ou condição física cuja causa é atribuída pelo excesso de frio no corpo – doenças frias (Woortmann, 2008):

“[...] ou fio glosi, caracteriza o excesso de frio, um resfriado. É, por exemplo, utilizado para explicar o reumatismo, a ausência de virilidade, entre outros. O próprio clima pode ser responsável pela acumulação de frio no corpo, provocando um desequilíbrio. Quanto mais frio, menos virilidade, por exemplo. Uma vez fui a Lamego, estava tanto frio que os meus genitais mingaram e eu fiquei tão assustado que telefonei logo ao meu pai para lhe perguntar o que devia fazer! Ele disse-me ‘não te preocupes,

isso é normal com o frio, depois volta ao sítio! E resolve-se com o preparado de bagaço com casca de pau-três. Serve para aumentar a temperatura cultural [exclama, com risos]”

L.B. santomense, Coimbra, março 2017

Assente no princípio do equilíbrio, perante a existência de *frialidade* ou doenças ‘frias’, importa evitar alimentos considerados ‘frios’ e privilegiar alimentos ou bebidas ‘quentes’ e, em sentido inverso, perante estados corporais ‘quentes’, é aconselhável a ingestão de alimentos ‘frios’ (Woortmann, 2008).

Alguns mecanismos de ação terapêutica: como e porquê

A gestão da saúde e da doença e respetivos percursos terapêuticos têm sido amplamente debatidos, elucidando o impacto do paradigma das perceções – (e) das formas se pensar – na concretização de saberes e práticas locais, assim como a sua relação com abordagens de índole holística, cuja ênfase assenta nas triádicas forças distintivas da mente, do corpo e da alma (Kuunibe & Domanban, 2012; Yekta et al., 2007).

A definição dos percursos de saúde e doença é, de igual modo, determinada pelo ímpeto da ideia de utilidade, o que corresponde à expectativa das pessoas face aos cuidados de saúde e que nos explica o valor percebido e os benefícios globais dos planos terapêuticos propostos, tanto ao nível individual, como coletivo (Lauver, 1992). Quando transpomos para o contexto transnacional, acresce repensar os modos de adaptação, de (re)aprendizagem e de (re)negociação que acompanham pessoas e bens na circulação entre mundos paralelos: o mundo físico, tanto do país de origem e o país de acolhimento, e os dois universos concetualizados a partir dos vivos e dos antepassados (Sargent et al., 2011).

As próprias características dos elementos em circulação encerram em si o potencial de transformação às circunstâncias transnacionais de uma forma, mais ou menos flexível, dependendo do contexto ambiental, económico, sociocultural e político, incluindo o sistema etnomédico do país de acolhimento (Medeiros et al., 2012). Nesta dinâmica de trânsito e de continuidade, as pessoas consciente ou inconscientemente, desenvolvem estratégias para preservar a estrutura da medicina local – do país de origem – por meio da importação, do cultivo (Volpato et al., 2009), quando as condições ambientais se encontram reunidas, e/ou substituição de plantas medicinais obtidas no contexto de acolhimento (Medeiros et al., 2012). Pese embora, o papel secundário que a substituição em si representa, dada a relativa facilidade de obtenção de plantas medicinais vindas diretamente de São Tomé e Príncipe e, ao mesmo tempo, a acessibilidade aos serviços de saúde biomédicos no país de acolhimento, há que considerar o seguinte: não só, um maior índice de complementaridade com

medicamentos sintéticos, como também a abertura de um espaço para a decisão de privilegiar a medicina *convencional* (Lundberg, 2007).

Manifestamente, os *mindjân tela* constituem uma parte importante da identidade local, encontrando-se largamente disseminado em vários setores da população (Valverde, 2000; Madureira, 2012). Contemplando, contudo, a variabilidade dos discursos e a própria regularidade e/ou intensidade das práticas terapêuticas do sistema etnomédico local em contexto transnacional e, particularmente, o uso de plantas medicinais mediado pelo círculo familiar, este representa ainda e, sobretudo, a estrutura de primeira linha de prevenção da doença e de cuidados de saúde primários:

“[...] quando estamos com uma doença, mesmo que ela não seja grave propriamente dito, nós tendencialmente, culturalmente, é mais fácil. Enfim a linguagem, o tratamento por estas vias [práticas terapêuticas locais com recurso a plantas medicinais], porque também se acredita muito que estas plantas, elas saram, que ajudam muito mais. É quase os primeiros socorros antes de ir ao médico em casos mais graves ou de persistência e então quer plantas, quer chás, quer qualquer alimento propriamente dito é enviado nesse sentido. Então nós consumimos alguns alimentos e plantas [...]”

R.M., santomense, Lisboa, outubro 2016

“[...] [práticas em contexto migratório] da mesma forma penso que não. Tem certas coisas que tem que se viver lá mesmo [...] principalmente a juventude...tenho amigos cá que já têm um filho ou dois que não fizeram nada disso [refere-se particularmente a práticas associadas à preparação para o parto]. Pode até fazer uma coisa ou outra, mas não fizeram 'queimar a água', não fizeram estas coisas todas com o bebé e tal. Há até alguns miúdos que nascem que já não têm aquela paixão como lá, porque os pais também não falam assim muito e dependendo de como as pessoas viveram lá, há pessoas que preferem esquecer algumas coisas, acho eu. Há algumas coisas que as pessoas dizem que são crenças e que não põem em prática, outras sim, outras não.

[...] As pessoas têm tendência a apanhar os hábitos de cá mais do que os de lá, porque muita gente chega cá tem muitas coisas. Por exemplo, lá a gente não usa muito o hospital, a gente usa o hospital mesmo, mesmo quando é necessário, por exemplo, quando tem gente doente ou quando estamos a dar à luz [...] mas assim fazer aquelas coisas como cá, as consultas de rotina, qualquer coisa a gente já está no médico, por exemplo, a criança tem uma dor de barriga já está no médico. Lá tem uma dor de barriga a gente dá um remédio, além da goiaba, temos o remédio que fica na garrafa, tipo aguardente, um preparado com umas cascas de madeira que se bebe e não

usamos muito a parte da medicina [biomédica]. Mas cá não. Os que estão cá já estão a acostumar diferente [...] há pessoas que preferem pronto. Aqui o desenvolvimento é mais e preferem acreditar mais nas coisas que os médicos dizem cá do que o que os mais velhos dizem lá, mas também há pessoas que preferem manter aquela tradição de lá, mesmo usando os médicos aqui para as coisas que são precisas, e ainda mantêm algumas tradições. Isso vai depender do ponto de vista da pessoa e da maneira que pessoa pensa."

E.S., santomense, Coimbra, agosto 2017

"[...] a medicina tradicional...eu acredito nisso. Eu morei em São Tomé por muito tempo e a maioria das coisas...tosse, gripe, essas coisas são todas tratadas em casa com remédios tradicionais que normalmente tem mais efeito do que estes medicamentos que a gente anda a tomar. Demora mais e causa outros problemas. Acho sim, eu tenho a certeza que cura e é muito mais benéfico assim [plantas medicinais] [...] dizem que é bom...tem certas plantas que protegem e nós utilizamos na comida, por exemplo, [...] a babosa [que tem no seu frigorífico em Portugal] [...] Toma-se isso e cura. Também para cabelo é bom, fortifica o cabelo. É uma planta que nós usamos bastante em São Tomé. Por exemplo, folha de goiaba que é para dores de barriga e cólicas, nós usamos também muito [...] a folha de matrusso também [...] para dores de barriga, para cólicas." [...] Em São Tomé as pessoas são obrigadas a cumprir aquela parte tradicional e, por exemplo, aqui, tive duas amigas que já tiveram filho, podem ir ao médico para ser acompanhadas, mas a mãe praticamente que obriga. Elas têm que fazer aqueles tratamentos tradicionais, tem que comer tal folha, tem que tomar banho de tal folha. Esse comportamento, esse tratamento não pode faltar, é acompanhada no médico, mas também essa parte tradicional não pode faltar. Quem está em São Tomé manda folhas e tem que sempre fazer [...] Já comi tanta folha que até hoje não me fez mal nenhum! [...]"

N.S., santomense, Porto, julho 2017

"Os primeiros socorros fazem-se com a medicina tradicional, só casos com alguma gravidade é que vão ao hospital."

L.S. santomense, Oliveira do Bairro - Aveiro, outubro 2017

Pese embora, a acessibilidade aos serviços de saúde (biomédicos) no contexto de acolhimento, em contraste com a relatada ausência de resposta e de infraestruturas

(bio)médicas em São Tomé e Príncipe, a par da variabilidade social dos saberes e das práticas, assim como dos respetivos fatores contextuais e sociais associados, vislumbra-se a existência de um vasto conhecimento e de práticas do passado, com aplicação prática no presente, conforme já notava Madureira (2012). Sublinha-se que a coexistência de práticas terapêuticas a partir da utilização de recursos medicinais naturais, eventualmente complementados com medicamentos sintéticos (ou vice-versa), assume uma representação paradigmática que atravessa os diversos sistemas de saúde pelo mundo. Acrescentando, inclusive, que tal não se constitui como um fenómeno exclusivo dos meios (mais) urbanos (Medeiros et al., 2012).

Y.T cresceu e viveu no Bairro do Hospital, na Cidade de S. Tomé, salientando que sempre viveram, ela, a mãe e a avó, na cidade. Ao longo do discurso, subentende-se nas entrelinhas, nos gestos e nas palavras que esta (re)afirmação surge como modo de justificar o certo afastamento da sua família das “práticas locais”, particularmente, no contexto da feitiçaria, mas não só.

O distanciamento reafirmado entre práticas terapêuticas com o recurso a plantas medicinais e do foro sobrenatural, espiritual, é também subtilmente consubstanciado na contraposição entre urbano / (mais) cosmopolita / modernidade e rural / tradicional / assente em práticas ancestrais. No entanto, de igual forma presente em outros discursos, onde rapidamente se remete para os mais velhos, para os antepassados, para os angolares, observa-se a presença de diversos elementos caracterizadores daquilo que são práticas e modos de pensar comuns no contexto santomense.

A título de exemplo, face à situação de alegado transe e possessão ocorrida nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba⁸⁴, Y.T. explica que se tratava de maus espíritos que se apoderaram das crianças e adolescentes daquelas escolas. Ressalvando de seguida, *"Apesar de não acreditar muito nessas coisas"*, refere Y.T. Pese embora, a sua mãe colocava água benta no seu corpo, todos os dias, antes de ir sair de casa. Esclarece que *"Tudo foi resolvido depois de ter sido realizada uma missa na escola que foi inicialmente 'infetada' e parece que passou, sem mais nem menos!"*.

No decorrer da sua narrativa, Y.T. sente a necessidade de reafirmar *"Uso de plantas, sim! Curandeiros...não! Não sou muito de acreditar nessas coisas."* E discorre sobre as plantas medicinais, aludindo numa primeira instância a uma situação pessoal.

⁸⁴ Cf. Cravo (2013)

Após consulta com o médico (biomedicina), conta que foi diagnosticada com ‘excesso de açúcar no sangue’, referindo que fez a medicação prescrita, mas os medicamentos não surtiram efeito e, por isso, acabou por recorrer ao conhecimento local, concretamente ao uso de plantas medicinais. A empregada da mãe, uma senhora mais velha, assim se referiu à mesma, indicou o consumo de chá de uma casca medicinal, a *casca de mamadeiro*, tendo sido inclusive preparado pela mesma. Nota que para além dos seus usos curativos, as plantas medicinais são muito utilizadas na culinária, em particular nos pratos típicos de São Tomé e Príncipe, cujo efeito preventivo se encontra bem patente no conhecimento local.

Acrescenta, reconhecendo que a gravidez é uma fase marcada pela utilização de um conjunto de plantas que visam a preparação para o parto em associação, em complementaridade, por norma (dependendo do contexto – origem ou acolhimento) com um acompanhamento (bio)médico.

Notas de campo, Lisboa, julho 2017

Imbuído, de um modo transversal na diversidade de contextos familiares e coletivos e nos respetivos processos migratórios, o quotidiano confunde-nos com uma certa erosão do conhecimento, algo que é indissociável de uma erosão do próprio património natural e cultural. Pelo que, numa primeira instância, importa contemplar os processos criativos e transformativos a que o campo das práticas, do conhecimento e também das políticas são submetidos quando o local se encontra com o global (Tsing, 1999). Adivinhando-se, assim, como uma tarefa inútil e até incoerente procurar desvincular os conhecimentos do passado, de conhecimentos e práticas do presente (Agrawal, 1995). Precisamente, as práticas terapêuticas não constituem sistemas estáticos ou ‘instituições’ isoladas, mas sim conjuntos permeáveis e interligadas entre si que refletem conceitos, valores, instituições e relações de poder (Feierman & Janzen, 1992).

Dizem: os percursos terapêuticos podem transformar-se consoante o contexto. Em São Tomé e Príncipe a trajetória ‘normal’ será a ‘medicina tradicional’ como primeiro recurso e caso esta não resolva o problema, recorre-se aos serviços de saúde biomédicos. Tal pode explicar-se, por um lado, pelo que representa a ‘medicina tradicional’ para os santomenses e, por conseguinte, pela facilidade de acesso a recursos medicinais naturais e, por outro lado, pela precariedade do sistema nacional de saúde, como pela relatada escassez de medicamentos (sintéticos) e, ao mesmo tempo, o elevado custo dos mesmos, o que coloca assim a biomedicina como último recurso.

Em Portugal, os percursos tendem a inverter-se e considera que a tendência será recorrer primeiro ao centro de saúde ou ao hospital e caso este não resolva de modo satisfatório o problema ou ainda como forma de complemento, recorrem à utilização de plantas e cascas medicinais que têm que encomendar de São Tomé, conta D.

Notas de campo, setembro, Aveiro, 2017

O papel dos profissionais de saúde no quadro da diversidade terapêutica:

“[...] há uma grande percentagem, há muitas de mães e famílias que não vão ao posto de saúde e preferem as mezinhas. Então vão aos ‘curandeiros’, usam coisas à base das ervas santomenses, das folhas, dos chás. Tirando isso, mesmo aquelas que vão ao posto de saúde, continuam a fazer, ou seja, combinam as duas medicinas, digamos assim. Principalmente, por exemplo, diarreias, quando têm febre, coisas com que eu lido mais, não é. Questões de pele, algumas delas [plantas] os próprios enfermeiros também recomendam e fazem aconselhamento do uso de plantas de lá. Por exemplo, eczemas, borbulhas, quando as crianças estão com...eles chamam de ‘lika’. Quando está muito calor, a pele fica toda cheia de umas borbulhinhas pequeninas. A primeira abordagem, muitas vezes, nos casos que não são graves, eles dizem, para tomar banho com folhas frescas ou folha ponto e de facto há bastantes melhorias nos sintomas, mas depende, claro, da gravidade da situação e dos problemas em si. O óleo de palma também é muito utilizado, o óleo de coco. Depois nas diarreias, os chás, o chá de folha de goiaba, é o mais usado. Então, o que eu sinto é um pouco isso, é quando as pessoas vão ao posto de saúde, algumas continuam a fazer também [uso de plantas medicinais] por transmissão das famílias e porque a avó diz, porque a mãe diz e, principalmente, nas mães mais jovens quando têm o primeiro e o segundo filho.”

M.L, nutricionista, Tomar/STP, setembro, 2017

“[...] para o tratamento de anemia utilizam uma planta que é a erva sangue e que eu nunca consegui recolher dados, mas é utilizada e mesmo os enfermeiros aconselham as mães a fazer tratamento com ferro tomando esse chá.

Na questão das infeções urinárias é muito frequente utilizarem uma planta que se chama Alfabaca e eu acho que de facto a planta é diurética e, na pior das hipóteses é um chá, tem líquido, ao ter líquido a pessoa está a consumir mais líquidos [...] já ajuda.

E.C, nutricionista, Lisboa/STP, setembro, 2017

O senhor B.C., com cerca de 80 anos de idade reside habitualmente em São Tomé e Príncipe, na zona de Trindade, contudo passa temporadas em Portugal junto da filha e dos netos. Foi enfermeiro de profissão, parteiro e com um *pé dentro e um pé fora* da biomedicina e, em simultâneo, da ‘medicina tradicional’, conta, com orgulho, que realizou os partos da mulher e mais tarde das filhas. Realça que se trataram de partos já realizados no hospital e, portanto, partos institucionalizados, referindo que hoje em dia são raros os partos em casa e quando acontecem é porque, por exemplo, não foi possível chegar ao hospital a tempo.

Conversava sobre os benefícios das plantas, sublinhando a riqueza botânica de São Tomé e Príncipe, apesar de referir que já não se lembrava de algumas coisas, como nomes de plantas e receitas específicas. No entanto, o discurso atentava sempre para a mais-valia do recurso às plantas medicinais e das suas vantagens quando comparadas com a medicação alopática. Dizia: *“As plantas constituem um recurso da terra, um recurso acessível a todos e a todas e cujos benefícios se têm comprovado ao longo dos anos.”*

Notas de campo, Viseu, fevereiro 2017

O contexto hospitalar distingue-se em diversos aspetos, dos cuidados de saúde primários, cujo contato pode limitar-se no tempo e no espaço e, por conseguinte, na relação que estabelece entre o profissional de saúde e o utente. Sublinhando que seja qual for o contexto de encontro, os profissionais constituem um elemento-chave no âmbito da relação terapêutica, sendo muitas vezes determinante no (in)sucesso da comunicação e das assimetrias que se (re)produzem na procura de cuidados de saúde (Rodrigues & Dias, 2012).

Em Portugal, particularmente em meio hospitalar, o tempo de internamento, mais ou menos prolongado, resulta em abordagens diferenciadas dos profissionais de saúde, assim como em distintos graus de abertura por parte dos utentes considerando, no entanto que, de um modo geral, as pessoas tendem a conter as suas práticas terapêuticas com recurso a plantas medicinais perante os profissionais de saúde.

“[...] tema da medicina tradicional ainda é algo tabu no quadro da biomedicina e entre os profissionais de saúde. No entanto, geralmente a gestão ao nível da enfermagem, não é negativa, há respeito e já vai sendo muito comum. Existe um cuidado acrescido com a abordagem em enfermagem relativamente a práticas medicinais diferentes no sentido de maximizar a adesão à terapêutica. A atitude por parte dos enfermeiros para tentar perceber o que está a acontecer e, existe de certa forma, uma pressão para saber a composição das infusões e dos preparados, no intuito de verificar se o que

tomam não interfere com a medicação [alopática]. Algumas pessoas perguntam se podem fazer determinada prática ou tomar uma determinada coisa. Muita coisa pela porta do cavalo, mas em ambulatório o contexto já é muito diferente.

[em meio hospitalar] [...] os preparados medicinais muitas vezes vêm juntamente com a comida que os familiares trazem na hora das visitas. Quando nos apercebemos e quando se tratam de pacientes com um tempo de internamento já mais longo, questionamos o uso de determinadas plantas e terapias, mas também nem sempre sabem em que consistem estas mesmas terapias e preparados [o que na perspetiva de T.M. pode inclusive comprometer o tratamento biomédico em curso, sobretudo pelas propriedades químicas que determinadas plantas têm]. É muito comum a tentativa de conciliar o tratamento biomédico, com práticas tradicionais.”

T.M., enfermeira, Lisboa, julho 2017

Tal remete para toda uma literatura sobre a adesão à terapêutica e respetivas dificuldades expressas em contexto clínico (Campayo et al., 2006; Eshiett & Parry, 2003; Fuertes & Laso, 2006; Horner et al., 2004; Michaelsen et al., 2004; van Ryn & Fu, 2003; Wieringen et al., 2002) que se encontram vinculadas, sobretudo, a uma perspetiva hierarquizada e *bioformatada* da estrutura epistémica biomédica. A complexidade inerente a estes processos polimorfos requer não só diálogos cruzados e compreensivos, mas a abertura de fronteiras nosológicas e terapêuticas.

No contexto específico da saúde materno-infantil são descritas inúmeras práticas que se estendem para lá do parto realizado em meio hospitalar, sendo reservadas à privacidade do lar devido ao sentimento de reprovação e/ou desdém de que as mesmas são alvo. Deste modo, considerando frequentemente experiências passadas e/ou familiares de incompreensão do legado medicinal local, criam-se barreiras de auto preservação e lógicas internas que permitem a continuidade e, inclusive, a complementaridade de práticas terapêuticas.

Das histórias de família, das experiências de doença e dos seus percursos de cura, ressoam as estratégias múltiplas que todos os dias encontram para dar sentido ao enlaço terapêutico. Atenta, ouço uma história que se terá passado com a irmã mais velha de C.L. quando os pais ainda estavam imigrados em Portugal. Diagnosticada A sua mãe fez este tratamento à irmã que tinha sido diagnosticada com uma anemia grave, desconhecendo a sua origem e classificação médica do tipo de anemia em causa. Prontamente exclamou, “mandamos vir o pau-sangue do Príncipe e aumentou a hemoglobina de dois tempos!”. Quanto ao médico, terá ficado surpreendido com a

melhoria da irmã, mas confessa de imediato que não revelaram qual o tratamento que haviam seguido. O receio de reprovação e de incompreensão prevalece.

Notas de campo, Aveiro, janeiro 2017

“O pau-sangue é frequentemente utilizado no pós-parto para ‘dar sangue’, dependendo do estado da mulher, por exemplo, se estiver debilitada, mas o tratamento é feito em casa porque o hospital não aceita, os médicos não aceitam a medicina tradicional.”

E.C., santomense, Aveiro, janeiro 2017

“[as plantas] também previne quando a mulher dá à luz, assim ao princípio. Para aquecer a água, lá a gente chama “queimar a água”. Tem algumas folhas que as pessoas mais velhas escolhem lá nas roças e a gente ferve aquelas folhas e desmancha tudo dentro de uma banheira, de uma bacia e senta em cima. Quando a mulher sai mesmo do hospital, quando tem o bebé e vai para casa tem que fazer isso durante uns três dias ou uma semana. [...] só a mãe. E, normalmente lá diz-se que é para o órgão genital ficar mais rijo, mais resistente e também para ajudar a mãe a cicatrizar a ferida mais rápido. Só que a água é mesmo quente, mesmo a ferver e a gente senta em cima [...] foi cá, mas eu fiz. Tive pessoas que foram lá de férias e me trouxeram as folhas e eu fiz cá em casa. Tive ajuda de uma amiga minha, porque a minha mãe naquele momento não estava cá. Veio, mas veio depois e como aquela amiga também já tinha filho, ela já sabia mais ou menos o que fazer e ela me orientou. Aceitei naturalmente. É assim, a pessoa não é obrigada a fazer. Faz se quiser, mas normalmente como é um hábito nosso e como a gente vê que tem vantagens e que olha quase toda gente vai querer fazer, sabes!

E.S., santomense, Coimbra, agosto 2017

L. conta que não teve cuidados pré-natais como dita a ‘tradição’, nem tão pouco realizou as práticas de pós-parto, porque a mãe não conseguiu viajar para Portugal nessa altura. No entanto, o mesmo já não aconteceu em relação à filha, dado que tinha o básico necessário à sua disposição. No dia em que regressou a casa da maternidade, revela que iniciou de imediato os banhos de alecrim e vinho tinto, contando que também se dá a beber umas pingas desta água ao bebe, reforçando que apenas é dado ao bebé antes de se colocar o vinho. Refere que esta prática se realiza durante um tempo indeterminado. Especifica que cumpriu esta prática até a sua filha deixar de tomar banho na banheira. *“Isto faz os bebés ‘rijos’, mais fortes e ativos, mas também os protege contra o mau-olhado, ‘os maus espíritos’”, diz L.*

Notas de campo, Vagueira – Aveiro, setembro 2017

[...] com alguns risos E.S. confessa que nunca contou aos profissionais de saúde que tinha dado aquele preparado de aguardente ao filho bebé “...*não podia contar, eles não aceitavam!*”

Notas de campo, Coimbra, novembro 2017

Os processos de aquisição e transformação, bem como o papel dos mercados (in)formais na distribuição de recursos medicinais mostram como as práticas terapêuticas e os respetivos percursos de saúde e de doença, exemplificam a ação das redes de intercâmbio de bens e a mediação de conhecimentos. Estes configuram um sistema processual, visível sobretudo nas fronteiras flexíveis da vida quotidiana, onde as próprias identidades são constantemente renegociadas e renovadas (Barth, 1969).

Os saberes e as práticas terapêuticas constituem, de facto, dimensões culturais que enformam os processos de (re)estruturação das sociabilidades e das memórias identitárias, cujo papel é proeminente na (re)significação de formas de ser e de fazer no quadro de um novo cenário (Horowitz, 1985; Quintino, 2004; Wilson, 1983), quer seja num determinado tempo e/ou espaço.

3.1.1 A doença e o “mal de barriga”: transversalidades e significados

Olhar para a doença, entender os idiomas de mal-estar, as respostas à doença e os modos de transformação terapêutica, exigem uma reflexão multidimensional sensível à coexistência de ideologias em saúde e às mudanças nas próprias relações sociais e cosmovisões.

Desde a explicação da etiologia da doença, aos processos de cura, observamos, muitas vezes uma conexão com o mundo do sagrado enquanto ideal postulado no pensamento sobre as religiões desde Durkheim [1912]⁸⁵, onde se conciliam práticas de cariz religioso, mágico e terapêutico (Lobo, 1995). Pensar o facto religioso exige, porém, situá-lo na sua complexidade e nos desafios do próprio entendimento que dele se faz, refletindo a partir de uma perspetiva politética que abarca um conjunto de crenças, performances rituais, discursos e práticas de composição variável no tempo e no espaço (Obadia, 2011).

Na senda de um *sincretismo religioso-terapêutico* definem-se percursos que podem abarcar a procura das formas institucionais e simbólicas da religião, sob a figura do padre ou

⁸⁵ Obadia (2011)

pastor; da feitiçaria; do curandeiro ou terapeuta local e do biomédico, sem que haja qualquer contradição interna, sendo vital romper com o invólucro de categorias mais ou menos rígidas e/ou lógicas no que se refere à experiência da doença e da sua superação.

Fazer sentido da doença: a doença mágico-religiosa

[...] nem todas, nem todas [as doenças são causadas pelos maus espíritos], mas outras são causadas por esses maus espíritos [com quem os feiticeiros entram em contato para fazer mal – causar a doença em alguma pessoa]. Lá em São Tomé quando começou essa doença do paludismo, que dizem que é malária, muitas crianças, muitos bebés morreram com essa doença e não é esse paludismo verdadeiro porque... Sabe porque? O feiticeiro entra em contato com o demónio e põe nessa criança um paludismo, mas não é doença normal. Mesmo a gente tratando esse paludismo, dão medicamento, soro e tudo, essa criança não fica melhor. Essa criança acaba por morrer [...] não é o paludismo verdadeiro porque mesmo tratando essa criança a tempo, essa criança não fica melhor, mas também há criança, bebé que adocece de paludismo, que não tem tratamento a tempo e morre. Mas há outras crianças que morrem com paludismo, são esses que dizem falso, do mau espírito [...] o satanás já está na criança mesmo a gente fazendo todo o tratamento, a criança não fica melhor! Acaba mesmo por morrer [...]

A.B., santomense, Coimbra, abril 2017

D^a A. explica que o mau-olhado e a inveja têm um grande poder na vida e no bem-estar das pessoas. Subsiste uma grande valorização do mau-olhado como causa da doença “...o mau-olhado pega!”, refere. Existindo uma grande quantidade de práticas e de rituais associados à proteção contra o mau-olhado e os maus espíritos que trazem o mal-estar, a doença e a dor.

Notas de campo, Vagueira – Aveiro, setembro 2017.

Observa-se, assinaladamente, uma “reprodução discreta” de práticas de proteção contra a bruxaria, contra o mal, como por exemplo, colocar dentes de alho na carteira e também de práticas de *contra* – o mau-olhado – o qual se caracteriza como uma experiência de proteção de cariz transcendental bastante comum e presente no quotidiano dos santomenses. Contudo, evitando aquilo que possa eventualmente parecer um exercício de exotização tratam-se, de facto, de práticas cuja simbologia é transversal a vários contextos e comunidades.

Neste contexto, a capacidade de cura e o respetivo simbolismo mágico-religioso é dado ao objeto (Douglas, 1991), considerado como sagrado e que se figura sob a forma de amuleto, por exemplo. Assim, a cura está na proteção (Lobo, 1995) e em poderes espirituais autónomos.

Enquanto potencial elemento distintivo, é possível observar o significado e a abrangência que estas práticas adquirem e a forma como nos revelam cosmovisões, modos de ser, de fazer e de pensar os estados de doença.

Práticas e receitas de *contra* – contra o mau-olhado e os maus espíritos:

Por exemplo, a Úlua – de formato semelhante a um coco – tem efeito *contra*. É colocado na entrada da casa e serve para proteger a família dos males que possam vir.’ A Úlua é uma árvore semelhante a uma palmeira e está associada à penitência de bruxos(as) em São Tomé e Príncipe.

Notas de campo, Oliveira do Bairro – Aveiro, outubro de 2017

[...] o *contra* também pode apresentar-se sobre a forma de bebida feita com aguardente e um conjunto de folhas e cascas. Este preparado é também oferecido a crianças/bebés no sentido de as proteger contra o mal. Existem, no entanto, dias próprios para dar *contra*, de segunda a sexta e dizem os mais velhos que nestes dias não se pode tomar banho pois o corpo está fechado.’

Notas de Campo, Coimbra, novembro, 2017

Frequentemente, estes banhos requerem a sua realização em “terreno sagrado”, havendo a necessidade de “ir à terra”. Noutras circunstâncias, quando os banhos são passíveis de realização em Portugal, encomendam as plantas necessárias através de familiares ou amigos.

Fazem-se “banhos” com folhas do mato para ter sorte “...porque o corpo está sujo.” Por vezes as pessoas sentem esta sujidade e necessidade de limpeza porque a “vida está parada, nada acontece...” Então é necessário “limpar” o corpo para tirar o mau-olhado. Assume assim uma função de limpeza espiritual.

Notas de Campo, Coimbra, novembro, 2017

A representação da impureza corporal contem em si mesma uma conotação criativa e, em simultâneo, de perigo que investe a doença ou o mal-estar de uma carga simbólica de poluição (Douglas, 1991), servindo como instrumento ritual para a limpeza espiritual.

A naturalização do “mal de barriga”:

“[...] o calulu é bom para curar a barriga!”

J.C. santomense, Viseu, setembro 2017

A expressão “mal de barriga” esta imbricada, de um modo transversal e espontâneo, nas narrativas dos santomenses. Parece fazer parte do repertório sobre a explicação de determinados estados de saúde e o modo como tolhem o corpo, no geral e, mais especificamente no contexto da saúde infantil para se referirem às cólicas – *dôlô bega*. No contexto mais generalizado, são frequentemente relatadas uma variedade de folhas, cascas e raízes que são vocacionadas e preparadas para ‘curar a barriga’.

Quando a barriga está mal [...] a folha Stlofi também é muito importante para curar mal de barriga [...] a gente mistura um pouco de Gligô-d’Obô, com um pouco de Stlofi, com um pouco de babosa. Ferve, escoa, poe num copo, mas só um pouquinho, põe azeite de oliveira, se não tem põe azeite de caroço. A gente bate, para misturar. [...] ‘uanguilá’ [descrito como sementes de sésamo], tem que esmagar esse ‘uanguilá’ para tornar em pó, põe nesse pouquinho de chá, escoa [...] dá bebe para beber [para curar as cólicas].

A gente frita babosa com...pode ser óleo de palma ou óleo de oliveira, o que chamamos azeite doce também, é para dar ao bebé para beber também. É para friccionar na barriga quando barriga está mal, para curar mal de barriga. [...] sempre assim uns 3 dias. Depois dá purgante quando o bebé fica assim com mau estar na barriga, a gente faz sim.”

A.B., santomense, Coimbra, abril 2017

A circularidade da noção de ‘mal de barriga’ evidencia-se pela sua intermitência entre doença, mal-estar e dor, sendo que nem sempre a dor está associada a um estado de doença, no sentido patológico, mas também a um estado considerado comum na infância – as cólicas. Reflete, assim, a contextualização de uma ou mais condições, o que, por vezes, assume uma conotação algo vaga. E, tendo em consideração a ramificação da dor entre o plano físico e o espiritual (Guerci & Consigliere, 1999), compreendemos os mecanismos de resposta face aos fatores internos e externos que podem afetar o corpo físico e, por outro lado, o impacto que eventos significativos podem exercer sobre a mente.

3.2 O natural como *panaceia* para os *males* do corpo: do *Alecrim* ao *Stlofi*

“Uma boa alimentação traz benefícios no corpo, contribui para o bem-estar. Assim como as plantas e as cascas. Aqui [em Portugal] tudo é químico e o corpo cai! Em São Tomé e Príncipe tudo é natural!”

N. santomense, Oliveira do Bairro – Aveiro, outubro 2017

Do *Alecrim* ao *Stlofi*: as folhas e as cascas medicinais⁸⁶

O uso das plantas e de cascas para fins medicinais, como fonte de alimentação, de refúgio e de proteção espiritual constituem práticas milenares transversais a todos os povos do mundo. Assim, consideradas como uma força da natureza, como autênticas fábricas fitoquímicas ou, de igual modo, a mais natural *panaceia* para os *males* do corpo, as plantas medicinais de São Tomé e Príncipe passaram a ombreira do local, para a arena transnacional e, inclusive, dos laboratórios à conquista da própria ciência.

Os consumos e as práticas com vista à proteção e à manutenção da saúde e da vitalidade têm, muitas vezes, início logo à nascença e assumem um papel importante nas performances simbólicas de preparação para a vida. Assim, dentre a riqueza dos recursos medicinais naturais de STP, listam-se as plantas, raízes e cascas com maior relevância nos discursos transnacionais e os seus usos genéricos:

Alecrim: os ramos desta planta são fervidos juntamente com vinho em preparação dos banhos da criança. Trata-se de uma prática utilizada com frequência especificamente indicada para o fortalecimento, a purificação e a limpeza espiritual.

O património das práticas de saúde materno-infantil representam uma dimensão de grande relevância nas narrativas e contêm em si uma forte componente de homeopatia simbólica, desde práticas como a *vumbada*, que sugerem ter caído em desuso no contexto transnacional, aos banhos do bebé e à célebre *folha de micóco*.

O banho do bebé: ‘...o vinho tinto e o alecrim é fervido, atuando como banho estimulante e fortificante para o recém-nascido. É um banho para a criança ficar saudável’.

Notas de Campo, Oliveira do Bairro – Aveiro, outubro 2016

Alfaca: planta herbácea endémica de São Tomé e Príncipe. É referida a sua utilidade para baixar a temperatura corporal – febre e como estimulante sexual masculino. Como

⁸⁶ Cf. Quadro 6: Lista dos principais recursos naturais utilizados em trânsito migratório

estimulante utiliza-se em forma de chá – uma colher de sopa de *Alfabaca*, para meio litro de água.

Na culinária, também é utilizada na confecção do calulu ou em omeletes.

Atlimija: considerado como um anti-infeccioso de largo espectro. Refere-se que é utilizada a sua infusão para banho de assento, para a mulher ou preparada em chá para ingestão – utiliza-se uma quantidade pequena de folhas que devem ser fervidas em menos de 1 litro de água, deixar em infusão e beber ao longo do dia, aos poucos. Considera-se que esta infusão liberta o ‘mal’ da pessoa.

Babosa – Aloé Vera: é amarga e tem variadíssimos usos, desde a estética, até medicinais e também metafísicos. É utilizada como fortificante para o cabelo, para o tratamento da malária e como *contra* – limpeza contra o mau-olhado. O líquido das folhas é também empregue para friccionar a barriga das crianças, no sentido de facilitar a purga. Estimula o fluxo menstrual e reconhece-se a sua ação no tratamento de *inflamações do fígado*, icterícia, como também afeições do estômago e estados de fraqueza geral.

Bengue: utilizado tanto na culinária, como em preparados com fins terapêuticos específicos. Refere-se o seu uso com sal para aliviar a dor de barriga, mais especificamente dores menstruais – uma colher de sopa, para meio litro de água. O chá desta folha é igualmente indicado para aliviar situações de ansiedade.

Bodlega ou beldroega: utilizada na confecção do calulu. Descrita como planta rica em ferro.

Canela: largamente utilizada enquanto espécie aromática na culinária em sobremesas e bolos, sendo usada tanto a folha, como a casca. Reconhecem-se também as suas propriedades terapêuticas enquanto estimulante e tónico no tratamento auxiliar de gripes, bronquites, tosse e de “menstruações difíceis” e prolongadas. Deve ser utilizada a sua casca em forma de infusão.

Casca de Pau-três: de sabor amargo, é essencialmente utilizada para preparar a “bebida quente”, cujas propriedades são conhecidas como afrodisíacas e estimulantes. Modo de preparação: numa garrafa deve-se colocar a casca (geralmente em conjunto com outras plantas, dependendo da disponibilidade) e misturar com aguardente. Está pronto a consumir após duas semanas em infusão.

É igualmente referida a sua potencialidade no tratamento de enjoos. Modo de preparação: mastigar e engolir apenas o suco.

As virtudes da Casca de *Pau-três*:

A Casca de *Pau-três* é referida como uma espécie de viagra natural: “muito bom para o homem!”, dizem todos com alguns risos. A afirmação e manutenção da virilidade masculina é de grande relevância para o homem santomense e são diversas as práticas que seguem desde o nascimento. Em idade adulta, utilizam vulgarmente a casca de *pau-três* embebida em bagaço ou seu similar, por norma juntamente com pau-pimenta

e outras cascas e folhas, ingerindo este preparado no seu dia-a-dia. A dor de barriga! Referem que também é “...bom para a dor de barriga” [...].

Notas de campo, Oliveira do Bairro – Aveiro, novembro 2017



Imagem 3.1: Árvore Pau-três, Parque Natural d' Obô, São Tomé, 2018

Chalela ou Chá-do-príncipe: preparada em forma de chá, a *chalela* é muito utilizada pelo seu aroma e sabor fresco e agradável. Existem referências do uso do seu chá na preparação de papas de farinha de milho para as crianças.

Abacateiro: utilizada sobretudo em forma de chá. É classificada pelas suas propriedades diuréticas e é também indicada para tratar a hipertensão.

Fiá-da-mina: conhece-se a sua utilização na culinária, em pratos como o calulu ou na confeção de peixe. No âmbito medicinal considera-se que a folha é eficaz no alívio da dor de cabeça e/ou de alguma dor ou inchaço resultante de uma queda. Modo de preparação - bater com o dedo ligeiramente a folha por forma a retirar o seu suco e colocar no local do edema.

Fiá-fleminga: referida para tratar o designam de *angina*, entendida como uma infecção aguda das amígdalas. Modo de preparação: mastiga-se a folha com uma pedra de sal.

É também utilizada para banho de purificação espiritual.

Folha de *goiabeira*: indicada para a dor de barriga e de um modo geral para distúrbios gastrointestinais que provocam diarreia. Encontram-se várias referências à utilização preferencial de folhas pequenas, como sejam, os rebentos, frescas, para o tratamento da diarreia. Igualmente indicada como coadjuvante no tratamento de parasitas internos, refere-se à preparação conjunta da folha de *goiabeira*, juntamente com *Matrusso*, casca de limão ou lima, alho e flor de mamão macho. Deve-se ferver em água, coar e beber. Contudo, também é muito utilizada como chá para acompanhar o pequeno-almoço.

Fiá-mosquito: conhecem-se várias aplicações terapêuticas e culinárias, nomeadamente no calulu. É referido que esta folha faz parte do preparado da *vumbada*, dado que apresenta uma ação importante no tratamento do ‘mal de barriga’ nas crianças, embora haja vários relatos de um afrouxamento progressiva desta prática.

Também se conhece a sua utilização enquanto estimulante sexual para mulheres, quando consumida crua, ou para ajudar a mulher numa situação de parto ‘difícil’, sendo neste caso consumido em forma de chá.

Fiá-ponto: reconhecida pelas suas propriedades cicatrizantes e hemostáticas - *Dá o ponto* em feridas e cortes quando utilizada a folha fresca, verde. É igualmente relatada a utilização de folhas secas para o banho ritual de recém-nascidos, no sentido de o proteger contra ataques de ‘feiticeiras’.

Fiá-sangue: utilizada como chá para a estabilização da hemoglobina, dado que consideram que previne a baixa da hemoglobina.

Sapo-Sapo: é referida uma ação diurética. Considera-se indicada para o tratamento da hipertensão, para baixar a temperatura corporal alta através da preparação do seu chá, mas também por meio de banhos com a folha. Neste caso, é necessário ferver a água e deixar arrefecer. Quando estiver tépida, pisa-se a folha até sair alguma tinta e deve tomar-se banho com esta água. Adicionalmente, o sumo do fruto está indicado para acalmar a dor de estômago.

Gligô-d’Obô: frequentemente utilizado como coadjuvante para tratar o *mal de barriga* das crianças em forma de chá. De igual modo, a folha fresca também pode ser pisada e misturada com azeite de palma para massajar a barriga das crianças.

Libô: esmagado com água, está indicado para diversos quadros sintomatológicos, como dor de barriga, temperatura alta (febre). Para além disso, os relatos referem a sua ação antibacteriana, desparasitaria e de estimulante do sistema imunitário. A sua utilização faz-se em forma de chá e banho.

Matrusso: a sua preparação em forma de chá ou a sua folha consumida fresca juntamente com sal, está indicada para a dor de barriga, como seja, as cólicas derivadas de distúrbios gastrointestinais. Existe também a referência a um preparado efetuado a partir da mistura de coco, vinho e *matrusso* para tratar a “massada no corpo”. Explicam que quando as crianças fazem febre sem motivo aparente, acredita-se que deu “massada no corpo”. Para tratar este estado realiza-se uma massagem pelo corpo inteiro com este preparado durante 3 dias, não podendo tomar banho durante este período. Acrescenta-se que esta receita também está indicada para tratar entorses.

“[...] comemos também matrusso com sal. É muito usada para a dor de barriga e normalmente passa. Já comi a planta. Tem um sabor parece menta, um bocadinho parecido com menta. Nós usamos muito com sal para comer.”

R.M. santomense, Lisboa, maio 2016

Maquêquê: a folha de *maquêquê* é usualmente utilizada na confeção do calulu. Considera-se que tanto a folha, como o fruto contêm ferro, podendo ser utilizados como coadjuvantes no tratamento de anemia. O fruto pode ser consumido cozido e a folha também pode ser preparada para chá.

Micóco: a folha de *micóco* apresenta-se como uma das folhas mais mencionadas e utilizadas entre os santomenses, apresentando variadíssimos usos no âmbito da culinária, das práticas terapêuticas e do bem-estar. À folha de *Micóco* são reconhecidas propriedades estimulantes e antibacterianas, sendo muito utilizada para “tirar a frialdade”, pois acredita-se que ajuda a aquecer o corpo, particularmente no que se refere ao desempenho sexual masculino, mas também tendo sido relatado o seu uso para aumentar a libido das mulheres no pós-parto. Constitui uma das folhas que integram a preparação da ‘bebida quente’ e também da *vumbada*.

O *micóco* é uma planta de uso significativo dentro e fora de São Tomé e Príncipe e cujas práticas associadas ao garante do desempenho sexual masculino, têm início logo à nascença, assumindo um papel muito importante nas performances simbólicas de preparação dos filhos para a vida futura e de reforço da sua masculinidade.

Com funções semelhantes, a da estimulação e de revigoração, mas também de ação antibacteriana e de um desenvolvimento saudável do órgão sexual masculino, recorre-se à folha de *micóco*. Espreme-se uma gota da folha fresca no pénis da criança. Afirmam que, ao contrário da casca de Pau-três, a folha de *micóco* “dá-se à vontade às crianças, mesmo na alimentação, inclusive às meninas. É umas das práticas mais recorrentes e reproduzidas em contexto transnacional.

Notas de campo, Oliveira do Bairro – Aveiro, novembro 2017

M.C. havia imigrado para Portugal há cerca de 20 anos. Conta que o seu filho mais velho tendo nascido em São Tomé *“teve tudo a que tinha direito!”*, referindo-se aos vários rituais terapêuticos realizados às crianças desde a nascença. Contudo, as três irmãs mais novas que já nasceram em Portugal, tiveram um tratamento um pouco diferente dado que ‘aqui’, na época, não tinha acesso às plantas necessárias para todos os banhos e as infusões, nem tampouco o apoio da sogra. Pese embora, ainda que não tendo acesso às plantas necessárias, relata que são obrigatórios os banhos de alecrim, salientando que são banhos de purificação e fortalecimento do corpo e, em simultâneo de ‘limpeza contra o mal’.

Notas de campo, Viseu, fevereiro 2017

Considerando igualmente o seu carácter antibacteriano, também serve o propósito de ‘matar o bicho’:

A folha de micócó deve utilizar-se fresca: “Nós esprememos a folha e colocamos umas gotinhas no pénis dos meninos para matar o bicho. Quando começam a coçar a pilinha, a gente diz que tem bicho e esta folha resolve isso! Também dizem que é para guardar o futuro do menino, para ficar sempre “forte” [risos]. Os homens em São Tomé, com 70 e tal anos, ainda fazem filhos!”

J.C., santomense, Viseu, setembro 2017

A folha de micócó, detentora de propriedades antibacterianas e, em simultâneo, estimulantes e revigorantes, é muito utilizada desde idade tenra, nos bebés meninos como forma de assegurar a sua virilidade futura e um desenvolvimento saudável do órgão sexual masculino, até à idade adulta como forma de manutenção da virilidade.

Notas de campo, Coimbra, setembro 2016

“[...] a mãe prepara o filho desde a nascença. Espreme-se a folha de micócó fresca, tem que ser fresca, no pénis da criança, para assegurar a força [virilidade] do menino no futuro. E para [dada as suas propriedades antibacterianas, esta prática é também realizada com o intuito de] matar o bicho. Quando os meninos começam a coçar a pilinha, quando começam a andar com a mão na pilinha”.

A. santomense, Aveiro, setembro 2017

Tanto a folha, como a flor seca é pisada e pode ser utilizada em inúmeros pratos, sendo muito frequente a sua utilização em omeletes, por exemplo. O micócó-campo é sobretudo tratado com flor, planta de ornamentação.

Ossame: além da utilização na culinária, em particular na confeção de pratos típicos como o calulu, também é utilizado para fins terapêuticos e afrodisíacos – de estimulação sexual e garante da virilidade masculina. Os rizomas do *ossame* é parte integrante da preparação da ‘bebida quente’, atuando como uma espécie de viagra natural. O *ossame* é, ainda, utilizado para a cicatrização das “feridas” do pós-parto, como também auxilia na libertação de gases intestinais e na regulação do transito intestinal. Para a preparação do seu chá é necessário proceder à sua abertura e retirar as sementes do seu interior, ferve-se em água. É, assim, utilizado para chá e banho, consoante a situação. Pode-se também comer o fruto cru com sal.

Pau-pimenta: o *pau-pimenta* é picante, sendo muito utilizado na culinária pois “dá gosto e cura tudo”. Considera-se que possui propriedades estimulantes, sendo utilizado em forma de chá para ‘tirar a frialidade’, em situações de resfriado ou reumatismo, por exemplo. Por outro lado, encontra-se também associado à manutenção da virilidade masculina, sendo parte integrante da preparação da ‘bebida quente’. Existem igualmente algumas referências da sua utilização para o alívio de distúrbios gastrointestinais. A sua utilização verifica-se sobretudo na culinária.

Pau-sangue: é sobretudo utilizado como chá para o tratamento da anemia e em situações de debilitação no pós-parto. Acredita-se que serve o intuito de “dar sangue” à mulher parida. É também utilizado em banhos.

Pega-lato ou *pega-rato*: refere-se a sua utilização na culinária, em particular na confeção do calulu, apresentando-se eficaz no tratamento da diarreia e, conseqüentemente, no alívio da dor de barriga, sendo que deverá preparar-se em conjunto com a folha de goiabeira. Para além da culinária, é utilizada em forma de chá e banho.

Pinincano: refere-se o seu uso para tratar situações de diarreia com sangue, sendo preparado em forma de chá.

Stlófi: indicado para curar o ‘mal de barriga’, especificamente as cólicas.

[...] a gente mistura um pouco de Gligô-d’Obô, com um pouco de Stlófi, com um pouco de Babosa, ferve, escoa e põe num copo, mas só um pouquinho, põe azeite de oliveira, se não tem põe azeite de caroço [óleo de palma]. A gente bate para misturar. [...] depois põe uanguilá [descrito como sementes de sésamo], tem que esmagar esse uanguilá para tornar em pó, poe esse pouquinho de chá, escoa e dá a bebé para beber [...]”

A. santomense, Coimbra, abril 2017

Fiá-tataluga: é referida a sua utilização como ingrediente para o calulu e outros pratos típicos. Descreve-se ainda pelas suas propriedades cicatrizantes em feridas – lavagem das feridas.

Mússua: é utilizada sobretudo na confeção do calulu.

Fiá-mandjoló: a sua utilização em forma de chá é, sobretudo, referida no alívio de sintomas relacionados com a formação de hérnias em recém-nascidos. Existem igualmente relatos da sua preparação para banhos e a utilização das folhas para purificar a cama dos recém-nascidos.

3.2.1 “Remédio santo”: o devir das plantas medicinais

“São Tomé é um país de remédio santo!

L.S. Oliveira do Bairro, outubro, 2017

Problematizar o simbólico na ciência compõe o que Sahlins (1976) designou de “...*anthropology’s liberation from ‘the prison house of naturalism’*”, assinalando a necessidade de contemplar a imersão no simbólico, na análise do ‘prático’, como seja, na dimensão utilitária dos medicamentos⁸⁷. Assim, pensar a natureza simbólica no quadro da eficácia terapêutica remete-nos uma breve incursão na análise estrutural sobre o funcionamento dos processos de cura, onde recordamos o trabalho clássico de Levi-Strauss (1996 [1949]), cuja discussão demonstrou que o *simbólico* encerra um potencial de eficácia que pode assumir formas bem poderosas e reais. O autor sugere que a cura xamanística assenta na *eficácia simbólica* que se estabelece por meio de uma relação de influência mútua entre o corpo – através do qual se expressa o problema fisiológico – e o pensamento – ao nível psíquico, plano a partir do qual opera a narrativa mítica (Levi-Strauss, 1996 [1949]). Assim, a cura sustenta-se no poder que os rituais emanam como forma de atuação sobre as funções fisiológicas, ao contrário do que ocorre no paradigma biomédico. Contudo, a discussão introduzida por Levi-Strauss (1996 [1949]) ilustra o paralelismo estabelecido entre a cura xamanística e a psicanálise, mas não determina, por um lado, se os processos de cura são realmente eficazes e, por outro lado, se o são, como atingem seus objetivos. Assim, podem colocar-se questões de interesse no seguimento do pensamento de Pierre Smith (Halloy, 2015), nomeadamente como é que funcionam? Qual a sua ação sobre os indivíduos e como é que tal se processa? Remetendo também para questões relativas aos limites e às controvérsias da própria noção do efeito placebo, enquanto conceito que deriva da biomedicina e que contribui para problematizar o universo simbólico que os medicamentos encerram em si mesmo e da ação terapêutica percebida pelo indivíduo (Moerman, 2000; Whyte, Der Geest & Hardon, 2002).

⁸⁷ Refere-se ao conjunto de substâncias ou recursos com fins terapêuticos, como sejam, as plantas medicinais e os medicamentos sintéticos ou ‘biomedicinas’.

Tais interrogações constituem dimensões de análise que podem ser relevantes para uma abordagem da experiência terapêutica, enquanto componente do “ritual” que permite interpelar os processos de construção do imaginário simbólico e, assim, eventualmente descortinar as ou, algumas das, especificidades da eficácia terapêutica (Csordas, 1994).

Neste contexto, interessa perambular sobre a natureza transformacional das performances terapêuticas, cujo caminho conduz à reflexão sobre a eficácia e, em simultâneo, os efeitos sociais que os *mindján tela* podem abrigar. No compósito de práticas terapêuticas e de homeopatia simbólica, balizam-se as experiências de cura, os modos de atuação, assim como, o modo como a ação terapêutica atua na mente e, por conseguinte, no corpo enquanto motores dos efeitos transformativos no indivíduo e na sua história pessoal e social.

A eficácia terapêutica caracterizada como o “poder” da terapia para alcançar aquilo a que propõe o seu objetivo (Csordas, 1994), surge enquanto elemento de relevância dado que nos auxilia, por um lado, na compreensão e explicação da continuidade histórica e social de saberes e práticas locais, os seus limites, como também processos de legitimação. Por outro lado, possibilita ainda especificar os efeitos transformativos que o indivíduo acredita que é possível alcançar.

Ancorada numa abordagem ao processo de experiência terapêutica, sublinha-se a perspetiva da pessoa – paciente como a melhor forma de aceder a uma visão mais alargada da diversidade médica (Feierman & Janzen, 1992) e de compreender o *locus* da eficácia (Csordas, 1994), não descurando o papel do terapeuta neste processo, nem do quadro histórico, cultural, político, económico e sociodemográfico em que a ação terapêutica ocorre.

As estratégias de prevenção e de cura traduzem-se em experiências imersas num quadro simbólico complexo que oferece *significação* a uma situação de doença, mal-estar e/ou dor (Helman, 2000; Kleinman, 1980). Neste contexto, a eficácia terapêutica surge como elemento que nos permite especificar os efeitos transformativos que ocorrem no indivíduo (Csordas, 1994). Centrando a análise no papel do terapeuta, o poder da cura não resulta apenas de proezas individuais, mas também da sua capacidade de desenvolver relações sociais o que lhe confere autoridade terapêutica (Lock & Nguyen, 2010). Na perspetiva da pessoa – paciente, o *self* assume-se como um agente terapêutico poderoso (Csordas, 1994; Lock & Nguyen, 2010).

É evidente que as plantas medicinais “...detêm um poder que ultrapassa a dimensão pragmática da sua utilização” (Frazão-Moreira & Fernandes, 2005, p. 23) associando-se, deste modo, a uma dimensão simbólica que legitima a sua apropriação e eficácia. Estes aspetos fornecem um enquadramento teórico a partir do qual se deve pensar o processo de construção da retórica em torno da eficácia terapêutica e, eventualmente, dos seus limites.

Na dialética sobre a eficácia terapêutica, reflete-se o próprio ‘medicamento’ enquanto veículo objetificado – materializado – com um poder particular para transformar o corpo e a

mente. Os contornos simbólicos de preparação e uso dos medicamentos, mais precisamente *mindjân tela*, são atribuídos pelos atores sociais e, cuja eficácia é assumida pela experiência e pelo conhecimento intergeracional. Pese embora, o desenvolvimento da área de estudos da etnofarmacologia que vem desbravar o caminho dos *mindjân tela* para o mundo da biomedicina, mas que assenta, sobretudo, no estudo da eficácia terapêutica medida em laboratório através da análise dos parâmetros bioquímicos das plantas.

De facto, enquanto ‘coisas’ com vida social, detentoras de um poder transformativo, o objetivo dos medicamentos é prevenir e tratar, ao mesmo tempo que constituem importantes recursos e símbolos que transmitem esperança aos que neles vislumbram a possibilidade de bem-estar e de cura (Whyte, Der Geest & Hardon, 2002). A percepção de eficácia e a sua materialização no corpo e na mente podem assumir, não só, um carácter volátil e até ambíguo do ponto de vista da potência medicinal, mas sobretudo objetificam significados, independentemente dos efeitos farmacológicos do medicamento derivado das propriedades bioquímicas presentes na sua composição. Conforme nota Whyte, Der Geest & Hardon (2002, p. 23) “...medicines can also have social efficacy – that is, effects on the relations between those enacting illness and treatment.”

A transformação da cena farmacológica no decorrer dos séculos XIX e XX potenciou a sintetização, a produção e a mobilidade dos medicamentos em larga escala, o que veio, de facto introduzir alterações na gestão da saúde e da doença, bem como no contexto dos ‘sistemas’ médicos locais (Whyte, Der Geest & Hardon, 2002), veiculada, não só, pela demanda da biomedicina, mas também enquanto recursos de reconhecido seu valor económico e político.

Denota-se que, apesar da expansão iatroquímica em resultado do desenvolvimento da tecnologia médica, da subsequente globalização da biomedicina e de fármacos sintéticos, os medicamentos preparados a partir de recursos botânicos e, inclusive minerais, continuam no pódio das práticas terapêuticas. Assim, porque os *mindjân tela* mantêm a sua atratividade? Que significado carregam em si que explique a sua mobilidade de mão em mão e de lugar para lugar? Em primeiro lugar, a assimilação da sabedoria sobre os recursos medicinais naturais contem si uma forte componente utilitária. O intercâmbio de medicamentos, como sejam, de recursos medicinais naturais, é moldado e, em simultâneo, molda as relações sociais, cujo vínculo é reforçado e traduzido, não só, pelo reconhecimento dos saberes dos mais velhos, mas também pela experiência largamente disseminada na população dos efeitos das plantas. A transversalidade dos saberes e das práticas parece, ainda, definir uma linha muito ténue entre a fundamentação de fatores como o género, a posição social, a literacia e o nível de escolaridade e, eventuais, explicações dos (des)usos de práticas terapêuticas locais e de uma (des)valorização social das plantas medicinais. Pese embora, o vislumbre de uma

variabilidade intrínseca ao fator idade, ao contexto transnacional e, por outro lado, aos processos de experiência de doença e de cura.

Assim, contemplar a eficácia estende-se para além de uma análise dos efeitos bioquímicos dos medicamentos, devendo ser entendida de um modo mais abrangente, conforme já Ackerknecht (1946) fazia notar. Os medicamentos encerram em si efeitos sociais e performativos pelo modo como ratificam a doença ou problema e, ao mesmo tempo, revelam o carácter e as intenções de quem os administra/prescreve (Whyte, Der Geest & Hardon, 2002). Os saberes e a experiência local, perpassada de geração em geração, traduzem precisamente a sua natureza simbólica e, em simultâneo a praticidade da sua ação: *“Using a commonly recognised treatment in a habitual (unarticulated, unconscious) way has this kind of social efficacy.”* (Whyte, Der Geest & Hardon, 2002, p. 15).

Uma das questões centrais da eficácia relaciona-se com a perceção dos poderes que recursos medicinais detêm, o que nos leva, naturalmente, a percorrer a sua natureza simbólica e indagar sobre, não tanto *o que*, mas *como* significam os medicamentos – *“... how, medicines mean.”* (Whyte, Der Geest & Hardon, 2002, p.15). Neste sentido, e inobstante a origem das substâncias (biomedicinas ou recursos medicinais naturais), o entendimento assenta numa conexão entre a causa, os sintomas e o tratamento da condição, partindo de uma lógica que nos remete para a construção de metáforas e metonímias.

As configurações do património social, cultural e natural de São Tomé e Príncipe são tributárias dos padrões locais e da sociocosmologia a partir da qual se constroem as histórias terapêuticas e as categorias, por vezes, dicotómicas e ambíguas. Revisitamos a simbiose entre estados de excesso de quente no corpo – *molo quente* - e a sua forte associação ao sangue, como por exemplo, a estados de *aumento de sangue no corpo* e, por outro lado, os estados de frio – *frialidade*. Em resposta, definem-se processos terapêuticos com vista a *aquecer* ou *arrefecer o corpo*, conforme já notamos, ou ainda a *dar sangue*:

“[...] a minha sogra veio para cá [Portugal] com um diagnóstico de cancro [no sangue] e na altura usou-se muito coisas tradicionais para aumentar as plaquetas e ela na altura fazia também muitos alimentos tradicionais. O calulu, a própria feijoada que era mais rica por forma a colmatar estes défices no organismo que ela ia tendo. Passava muito, muito mesmo pela alimentação [...] a dada altura a hemorragia foi sendo cada mais difícil de travar, mas o que eu notava é que, naquele caso, fazia-se um esforço para que, pelo menos, a alimentação fosse a tradicional, com as plantas [...]

[dependendo da condição] vive-se à base de chás, vive-se á base de certos alimentos que se acredita que dão sangue, como se diz em São Tomé.”

R.M. santomense, Lisboa, maio 2016

“O chá de pau-sangue também é muito utilizado no pós-parto para ‘dar sangue’ [...]”

E.A., santomense, Aveiro, janeiro 2017

“É importante beber um copo de vinho tinto depois do bebé nascer para por o sangue perdido no parto. E também queimar água que é sentar numa bacia com água quente e com algumas folhas para tirar sangue da mulher parida. Para ajudar.”

A.I., santomense, Viseu, março 2017

No role de exegeses que partem, muitas vezes, da construção metonímica de um determinado estado de debilidade ou mal-estar e a respetiva prática terapêutica associada, por vezes, ressaltam retóricas desconstrutivistas do ponto de vista da eficácia terapêutica, como é o caso do consumo de vinho tinto no pós-parto. Sob este prisma, é a marca simbólica que matiza o plano terapêutico e a eficácia das coisas por analogia, sobretudo, a aspetos externos, de índole visual, como seja, a cor do vinho tinto e a sua semelhança à cor do sangue. De facto, as retóricas apontam frequentemente para esta prática, sendo assinalada como comum e partilhada, embora parcamente explicada e, por vezes, remetida para o campo das crenças e do mito.

“Falam que o vinho tinto é bom para recuperar o sangue que a mulher perdeu durante o parto, mas eu acho que é ideia, mito e que no fundo não existe uma relação direta.”

N. santomense, Oliveira do Bairro – Aveiro, outubro 2017

“[...] há pessoas que têm muito ferro no organismo e como o calulu, feito com essas folhas medicinais tem ferro, dá diarreia. Eu tenho um filho que tem isso, quando ele come calulu, feito com essas folhas medicinais que tem ferro, dá-lhe diarreia.”

A. santomense, Coimbra, abril 2017

O terreno, de facto, revela-se fértil à metaforização do medicamento ou da prática terapêutica em si. Como que o ‘dar um ponto de costura’, assim se caracteriza a ação terapêutica da *Fiá-ponto* no tratamento de feridas e cortes:

“E, por exemplo, quando temos uma ferida ou nos cortamos usamos a Folha de Ponto [...] é tipo uma erva, por exemplo, como se fosse espinafre, mais ou menos o tamanho do espinafre e dá o ponto na ferida. Estanca o sangue.”

E.S. santomense, Coimbra, agosto 2017

Neste processo de interconexão e de tornar tangível o problema e a respetiva terapêutica, revela-se precisamente o carácter simbólico e utilitário dos medicamentos, subjacente a uma estratégia prática de concretização do mal-estar, enquanto algo espontaneamente decorrente de associações simbólicas (Whyte, Der Geest & Hardon, 2002) e cuja dinâmica é, no fundo, transversal aos diversos ‘sistemas’ terapêuticos e processos de cura.

3.3 Entre gerações. Saber, fazer e guardar

“Knowing is not a matter of being in possession of information handed down from the past, but rather indistinguishable from the life-activity of the organism-person in an environment that has itself been, and continues to be, fashioned through the activities of predecessors and contemporaries. It follows that knowledge is perpetually generated, rather than applied, in practice.” (Ingold, 2003, p. 302)

Espaços, tempos e memórias

Há uma proximidade atávica de conhecimentos e práticas no espectro das gerações mais novas e mais velhas, pese embora os interstícios visíveis face a determinados processos de cura, particularmente os de cariz transcendental e de um universo terapêutico potencialmente hibridizado dada a proximidade com uma matriz de ‘europeidade’ nos diversos sectores da sociedade. A medicina local, de São Tomé e Príncipe, caracteriza-se enquanto sistema ecológico, eclético por natureza e onde o tempo, o espaço, os trânsitos transnacionais e a identificação com outras práticas, abrem fissuras nos saberes e nas práticas sem, contudo, colocar em causa a sobrevivência dos *mindján tela*. De facto, estudos em torno do pluralismo médico (Clamote, 2007, 2008; Lopes, 2010) demonstram que as práticas terapêuticas locais, conotadas como tradicionais e/ou inclusive as MCA, não desapareceram sob a dominância da biomedicina. Embora envoltas de uma ausência generalizada de apoio por parte de instâncias governamentais e até, não raras vezes, alvo de descredibilização, as práticas terapêuticas com recursos naturais estão largamente difundidas nas sociedades e atraem consumidores sem discriminação de género, nível de escolaridade, profissão (Khalikova, 2021), entre outros.

A logística do significado, do saber, do fazer e do guardar conserva em si uma panóplia de identificações e de pertenças, cuja fundamentação reside numa relação dialética entre a

identidade social e a identidade pessoal. Archer (2000) argumenta sobre a distinção necessária entre ambas, sendo a identidade social o produto da nossa relação com a sociedade e a identidade pessoal, de maior abrangência, desponta da nossa relação com o natural o prático e o social, enquanto dimensões a partir das quais a realidade é composta. Todavia, as identidades, social e pessoal, encontram-se naturalmente articuladas e em permanente diálogo, embora esta última configure uma espécie de árbitro na regulação da relação entre o *self* e a sociedade (Archer, 2000), sendo a partir dela que se processam diálogos internos e, por conseguinte, a capacidade de refletir sobre a realidade e de tomada de decisões. Numa perspectiva analítica, a identidade social deve ser pensada de modo a incluir a dimensão individual e os seus contextos de interação com a realidade social.

Nos espaços que atravessam fronteiras, nos tempos que cruzam gerações e nos traços das memórias enraizadas numa socio cosmologia (re)criada, encontram-se os axiomas de uma (auto)imagem produzida a partir de um quadro de referência cultural, social, económico, político e de um património natural, que reiteram, em simultâneo, a trajetória processual das conexões entre fronteiras nocionais, como pela sua fragmentação.

O carácter oral de transmissão da memória social sobre saberes e práticas terapêuticas locais, segue concomitantemente as transformações e as fusões que operam entre o tempo e o espaço. Almeja-se, assim, que estes retratos biográficos, representativos de dois polos geracionais, possam contribuir para caracterizar momentos de fusão, quer sejam ao nível dos saberes e/ou das práticas no campo da saúde e da doença, como do lugar e das significações que ocupam no plano individual e socio cosmológico.

3.3.1 Retratos biográficos: *entre gerações*

O retrato biográfico, enquanto estratégia narrativa mais circunscrita a um determinado momento ou circunstância (Cole, 1991; O'Neill, 2009), beneficia da possibilidade de mergulharmos em memórias contextualizadas num tempo e num espaço. Procurando assim evidenciar, nestas narrativas, a construção das experiências e dos percursos de duas pessoas, de campos opostos do espectro intergeracional e, cujo papel foi de assinalável importância ao processo de investigação, particularmente na compreensão da rede simbólica da qual o uso das plantas se reveste.

“Um pé dentro, um pé fora...” – H.C.

Coimbra, novembro de 2019

Nascido a 10 de abril de 1981, pelas 10 horas e 30 minutos, na Maternidade Dr. Agostinho Neto, distrito de Lobata, a cerca 40 km da capital São Tomé, H.C. é solteiro e pai de dois

meninos. Representa o pólo geracional mais novo, a partir do qual é possível compreender os vínculos dos usos dos recursos medicinais naturais, à história familiar e social, não obstante as fragmentações na transmissão de saberes e de práticas decorrentes de uma panóplia de fatores internos e externos que atravessam tempos, lugares e tradições médicas.

Hoje, sociólogo de formação, é investigador do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra e professor de Educação Moral, Religiosa Católica numa escola pública em Coimbra.

“[...] sou o primeiro filho de GC. e penúltimo de MN. Tenho 5 irmãos paternos e 4 irmãos maternos. Os meus pais não foram casados, nem viveram juntos, isto é, sou o produto de uma relação casual. Quando nasci, o meu pai não se encontrava em São Tomé e Príncipe, estava a estudar na República de Cuba. Após a conclusão do seu curso de Biologia Marinha, meu pai regressou para sua terra natal, e juntou-se com a minha madrasta e, eu fui viver com eles.

Aos meus quatro anos de idade falece a minha mãe vítima de um aborto clinicamente malsucedido. Foram momentos emocionalmente muito difíceis para uma criança de quatro anos, lembro-me de acordar no meio da noite banhado em lágrimas, a chamar pelo nome da minha mãe. [...]

A minha relação com o meu pai era normal, dentro do aceitável, já não posso dizer o mesmo da minha madrasta, ela era terrível, eu era um “saco de porrada”, um “bode expiatório”, deixou de me lavar roupa... eu fui desprezado e maltratado até aos 15 anos.

Ao longo deste tempo tive pouco contacto com os meus irmãos e outros familiares maternos. O meu pai, voluntária ou involuntariamente, não facilitava o contacto e a partilha de afetos entre mim e eles, de maneira que até hoje, conheço muito pouco os membros que compõem a minha família maternal.

Ora, é neste contexto de sofrimento e de maus-tratos, que emerge a figura da minha falecida avó paterna, G. E.

A minha avó amou-me imenso, protegeu-me, estava sempre ao meu lado, mesmo quando me portava mal. Todos os ensinamentos sobre a medicina tradicional santomense em geral e, o mundo das folhas em particular, foram-me transmitidos por ela. [...]” H.C.

Percursos: cá dentro e lá fora

“[...] Apesar de ser vítima de maus-tratos em casa, este facto nunca influiu no meu aproveitamento escolar, prova disto, é que eu fui sempre um excelente aluno em todos os ciclos de ensino.

Eu concluí o meu curso liceal, na área das Ciências Sociais e Humanas, com a média de 19 valores, fui considerado o melhor aluno ao nível nacional.

Após esta fase, participei num workshop de teatro e dança contemporânea em Tomé, organizado pela companhia portuguesa de teatro, Pau-preto. Depois do workshop, fui convidado para participar na peça de teatro, “Quem mostra' bo ess caminho longe”, onde fizemos uma digressão a Portugal, para participarmos num festival de teatro, eu tive o privilégio de representar no palco do Teatro Maria Matos em Lisboa. Depois disso, também participei na peça de teatro “A tartaruga que canta”, com digressões por Brasil, França e Suécia.

No âmbito de acordo de cooperação na área de educação entre Tomé e Príncipe e Portugal, fui contemplado com uma bolsa de estudos do IPAD (Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento) para me formar em Portugal. Foi neste âmbito que vim para Portugal matricular-me na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, para me formar em Sociologia. Após a conclusão com sucesso da minha Licenciatura e do meu Mestrado, tenho participado com regularidade como investigador estagiário, em vários projetos temáticos no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Neste momento encontro-me na fase final meu Doutoramento [...]” H.C.

Do voo das plantas e dos saberes que atravessam gerações:

Os saberes e as práticas diluem-se e adquirem, por vezes, outras formas, existindo fatores internos como – a idade, a escolaridade, a profissão, a adaptação em contexto transnacional, entre outros, e externos como – a apropriação dos saberes médicos pela biomedicina, os discursos de subalternização, a substituição ou incorporação de novas plantas a partir da farmacopeia do país de acolhimento (Medeiros et al., 2012), entre outros – que subjazem os processos de (des)continuidades e de transformação (Rodrigues, 2019). Contudo, consciente ou inconscientemente, são desenvolvidas estratégias para a preservação do conhecimento etnomédico que se reimprime entre gerações e que se (re)aloja em contexto migratório (Rodrigues, 2019).

“[...] os conhecimentos sobre as plantas medicinais do meu país, são produtos de ensinamentos progressivos e pacientes por parte da minha avó paterna. A minha avó é oriunda do povo Angolar.” H.C.

Em estreita conexão com o legado histórico dos *medicamentos da terra* e a reafirmação de uma memória social, H.C. percorre uma das teorias sobre a origem do povo angolar veiculada por Seibert (2001), em jeito de contextualização da história de vida da avó,

vinculando aqui a sua relação com a natureza e, ao mesmo tempo, o seu conhecimento dos recursos medicinais naturais:

“[...] os angolares são descendentes de escravos angolanos que tinham sido salvos de um navio negreiro naufragado na costa sudoeste de S. Tomé, em 1544. Neste evento trágico, 200 sobreviventes se esconderam no mato onde formaram um quilombo, vivendo isolados e desconhecidos dos colonos. Em 1574, apareceram pela primeira vez no Nordeste da ilha, assaltando e incendiando as plantações, engenhos de açúcar e a cidade. Os portugueses conseguiram derrotá-los apenas em 1693. Os prisioneiros foram escravizados, mas aos restantes foi permitido permanecer no seu próprio território perto da baía de São João do Sudoeste da ilha, onde gozaram de alguma autonomia até 1878, quando as suas terras foram ocupadas pelas culturas de cacau em expansão. Os angolares sempre recusaram o trabalho nas roças. A ocupação masculina favorita tem sido sempre a pesca. Graças a ela, o angolár é o seu próprio patrão e não pode ser tratado como escravos, dependendo somente dos caprichos do mar e da sua sorte. Ora, esta teoria foi publicada pela primeira vez em 1842 por Cunha Matos, que nomeou este povo como “Angolar”. Esta designação provém do termo Angola ou Angolis, usado no século XVII pela gente de São Tomé para distinguir os escravos vindo de Angola ou do Congo, dos escravos que tinha chegado mais tarde. Ora, foi no contexto desta simbiose social e cultural que nasceu e cresceu a minha avó paterna. Ela também sofreu com as desigualdades sócio territoriais que foram vítimas os seus ancestrais. Os angolares para minimizar os efeitos destas desigualdades, começaram desde muito cedo a capitalizar a natureza, tirando o maior proveito da floresta que os circundavam. Eles colheram, cultivaram, catalogaram, ensinaram os seus descendentes a forma como poderiam utilizar as plantas para a prevenção e a cura de uma variedade de doenças e debilidades físicas e espirituais. Hoje, os angolares continuam a ser privados de acesso a cidadania. Os angolares continuam a ser vítimas do fascismo do apartheid social. Os direitos de cidadania, antes considerados inalienáveis, são-lhes confiscados sistematicamente. O bloqueio institucional de acesso à assistência médica e medicamentosa formal, é o exemplo disto mesmo [...]”

“[...] Em São Tomé e Príncipe, os avós são fontes importantes e imprescindíveis na transmissão de valores sociais e culturais dos seus netos.

A minha avó sentava-se com os seus netos e netas, nas tardes e noites dos fins-de-semana, para vermos televisão, para nos contar histórias que marcaram a sua infância e mostrava-nos os “retalhos” das suas vivências reais.

Ela reunia as plantas, as ervas, as cascas, ensinava-nos os poderes curativos das mesmas. A forma como podiam ser utilizadas para a cura eficaz das mais variadas doenças, quer físicas, quer espirituais.

O quintal da minha avó era o palco privilegiado para estes serões. Enquanto ela ‘filosofava’, as minhas primas mais velhas preparavam petiscos para lancharmos e para nos mantermos atentos de olhos abertos, pois a minha avó não tolerava distrações.

Não era fácil para nós, os mais novos, aguentarmos tantas horas de discurso. Depois de mais de três horas sentados no chão, os meus primos recolhiam para cama, e eu muitas vezes era o único ouvinte interessado nestes ensinamentos.

Quando aprendi a escrever, comecei a anotar todas estas histórias e ensaiamentos sobre as plantas medicinais. Hoje posso afirmar, sem qualquer veiedade, que sou um profundo conhecedor de plantas e de práticas medicinais alternativas, características de São Tomé e Príncipe.” H.C.

O conhecimento dos recursos naturais disponíveis matiza as estratégias de sobrevivência e de reprodução social e simbólica, subjacente a um processo de (re)criação e absorção da herança terapêutica de São Tomé e Príncipe.

Paralelamente, H.C. incita questões que perpassam para os meandros da economia política e que trazem à luz toda uma conjuntura que nos permite enquadrar o próprio posicionamento das instâncias governamentais face às práticas terapêuticas locais, vulgarmente conhecido como ‘medicina tradicional’:

“[...] São Tomé e Príncipe é um país que pela sua pequenez, localização geográfica e fraco poder de compra por parte da maioria dos seus habitantes, não tem suscitado muito interesse por parte dos investidores ligados a indústria farmacêutica.

Os poucos medicamentos que o Estado consegue importar de Portugal e outros países europeus, são por um lado, insuficientes para fazer face à procura, por outro lado, são desigualmente distribuídos, ora porque o preço nas poucas farmácias existentes, são insuportáveis para as famílias, ora porque são crivados por um esquema de corrupção endémica, que desvia estes poucos medicamentos para o mercado paralelo, antes de serem oficialmente colocados nas farmácias.

Estes factos fazem com que os grupos mais vulneráveis, procurem nas plantas, nas medicinas tradicionais, nos rituais dos curandeiros, as respostas para os seus variados problemas de saúde físicos e espirituais [...]” H.C.

De igual modo, os percursos de cura e os moldes em que decorre a apropriação das práticas terapêuticas no quotidiano dos indivíduos, coloca enfoque no desenvolvimento de ‘sistemas’ terapêuticos híbridos, assentes em processos de reconfiguração de saberes e práticas de prevenção e cura, bem como das relações de poder historicamente constituídas.

“[...] Posso afirmar que, o conhecimento sobre a medicina tradicional em geral, e o mundo das plantas em particular, é transmitido com maior ou menor intensidade, de geração em geração, por um lado, para reduzir as vulnerabilidades sócio patológicas decorrentes das desigualdades de acesso aos fármacos industrializados e a assistência médica formal. Por outro lado, conhecer as plantas e seu poder preventivo, curativo e reabilitativo é uma fonte muito importante de poder e estatuto em São Tomé e Príncipe.” H.C.

O legado histórico da medicina ‘da terra’ – local acompanha a sua continuidade ao longo dos séculos e das gerações, sobrevivendo a tentativas de repressão, cuja intervenção do Estado, involucrado pelas teias da biomedicina, se traduz numa forma de controlo social (e médico) das populações, mas ao mesmo tempo, reconfigura-se e adapta-se por força dos interesses do próprio mercado (Langwick, 2015). A transmeabilidade destas formas de *ser* e de *fazer* surge enquanto elemento de relevância que nos permite, por um lado, compreender e explicar a continuidade histórica e social de saberes e práticas locais e, por outro lado, os seus limites e processos de legitimação.

O terapeuta local distinguido como “médico tradicional” ou *stlijon* e/ou as *peçoas mais velhas* que detêm um conhecimento aprofundado das plantas medicinais, da sua identificação e manipulação – *mindján tela* – constituem-se, no fundo, como embaixadores da medicina local. O reconhecimento social de que gozam é tributário de um poder carismático que lhes é conferido perante a sua reputação na intervenção sobre os *males do corpo* – os processos de cura, e do seu vasto corpo de saberes relativamente à ação terapêutica dos recursos medicinais naturais.

“Sendê mom, sendê opé” – Estende a mão, estende o pé⁸⁸ – A.B.

Coimbra, abril de 2017

Residente em Portugal desde 2012, A.B conta que é casada, tem a 4ª classe (antiga) e, atualmente, é funcionária de limpeza na sua área de residência, mas outrora, em São Tomé, fora parteira, vulgo parteira tradicional. Não especificando a idade (estima-se entre 55-60 anos de idade), confessa que já tem netos dos seus sete filhos, alguns residentes em Portugal, outros permanecem em São Tomé.

Discorre apaixonada e quase exclusivamente sobre as plantas medicinais que podemos encontrar na biodiversidade santomense, os seus usos e modos de preparação, o que revela não só o seu vasto conhecimento sobre os recursos medicinais naturais em si, mas também as reconfigurações a que o tempo e o espaço, por vezes, obrigam. Exemplo disso é modo como as conversas partem de e regressam sempre às folhas, às cascas e às raízes, veiculando a sua perícia sobre os *mindján tela* e, ao mesmo tempo, a contemporaneidade do seu alcance.

Algumas plantas e os seus usos:

“[...] por exemplo, o Maquêquê [é uma planta cujas folhas e frutos são utilizados na alimentação] é uma planta que dá um fruto parecido com tomate, contudo é cor de laranja e mais duro. Depois de cozinhado a consistência é parecido à da beringela em cru, põe-se no calulu [...] a folha de maquequê é para fazer molho do calulu.

[o fruto] há pessoas que também comem cozido. Como fazem cozido de couve aqui [...] e é muito importante porque tem ferro [...] quem tem problema de anemia pode fazer cozido dele sempre. Há pessoas que também fazem chá [da folha maquequê] [...] não tem problema, mesmo grávida ou parida pode usar à vontade, esta folha é boa [...] lá em São Tomé tem muitas folhas, não é só Maquêquê.

Aqui tem uma folha beldroega [dá umas folhas pequenas] [...] também tem ferro e põem também no calulu e, por exemplo, quem está anémico pode fazer chá e também tomar. [...] há pessoas que têm muito ferro no organismo e como o calulu, feito com essas folhas medicinais tem ferro, dá diarreia. Eu tenho um filho que tem isso, quando ele come calulu, feito com essas folhas medicinais que tem ferro, dá-lhe diarreia.

[...] A babosa pode ser para lavar o cabelo. Para criar vitalidade no cabelo. [...] A gente também fritava babosa e tira esse azeite e dá bebé para beber um pouco e fricciona também a barriga e algumas zonas do corpo [...] para curar a barriga.

Lá em São Tomé tem uma coisa que fazem, a vumbada, a bebé de um mês, a gente dá essa vumbada. Serve para limpar o cocó de quando o bebe nasce, tem umas

⁸⁸ Estende a mão, estende o pé – de braços e pernas estendidas – faz alusão a prática terapêutica utilizada pelos massagistas locais.

fezes verdes, escuro [...] e depois lá no intestino ainda fica com alguns resíduos dessas fezes. Depois o bebê quando fica com um mês a gente dá um pouco de vumbada, é um purgante para limpar o intestino. [...] dá de beber e depois fica assim com uma diarreia, dá diarreia algum tempo [...] pode defecar três a quatro vezes e assim já está bom.

Essa babosa também a gente dá para beber [...] tem uma folha chamada Gligô-d'Obô que fazem um chá [...] há dois tipos de Gligô, há um Gligô de terra e Gligô-d'Obô. Assim, Gligô-d'Obô é uma trepadeira e Gligô mesmo normal dá uma árvore [...] esse Gligô 'normal' que eu estou a dizer, a folha dá para a gente cozinhar e dar banho ou quando a gente apanhou uma queda ou teve algum acidente e apanhou pancada, a gente ferve também, bebe um pouco durante 3 dias e toma banho e faz efeito sim. [...] se acumulou algum sangue e esse chá faz efeito, purifica esse sangue. [...]

Gligô-d'Obô é mais para tratar de criança quando estão com mal de barriga, a gente faz um chazinho desse Gligô, com um pouquinho de barbosa e depois a gente mistura com um pouquinho de óleo ou azeite de oliveira e se não tiver azeite de oliveira a gente põe óleo de caroço, de andim.

[...] esse andim é uma fruta que dá azeite, dá óleo de palma. Depois esse caroço, ele tem uma casca grossa como nozes. A gente parte e tem um frutinho lá dentro como noz, mas é redondo [...] depois esse caroço a gente põe dentro de uma panela com um pouquinho de água e põe no fogo, ele ferve e depois essa água seca. Depois quando a água seca e ele continua no fogo, depois sai o óleo desses caroços [...] andim é um fruto da palmeira, quando está maduro, põe o fruto a ferver, depois de pisar, lava numa vasilha, numa coisa chamada canoa [...] depois sai azeite, o azeite fica suspenso [sendo daqui que se extrai o óleo de palma, por sua vez, o óleo de andim é extraído do caroço do fruto, chamado azeite caroço] [...]

As doenças e percursos terapêuticos:

Tenho uma filha, que tem filha que tem hepatite, mas não sei como apanhou essa hepatite. Estava com febre, febre, febre e depois os olhos começaram a ficar amarelados. Quando levei ela para a consulta, fez análises e o médico disse que ela tem hepatite e ficou internada no hospital, lá em São Tomé [...] mas depois eu fiz algumas folhas medicinais que é folha Alfabaca e cura a hepatite. Porque hepatite é uma doença que dá a gente muita febre e a gente tem que ingerir coisas frescas como essa Alfabaca e Málivra [i.e Malva] [também usada para tomar banho].

Tem uma folha que te disse no outro dia "aiô do bô", também cura hepatite, a folha e raiz, fazer chá da raiz ou folha [...] folha de Sapo-Sapo para fazer chá quando a pessoa está com febre, mau-estar e, também, para tomar banho. A gente põe água no

fogo deixa ficar assim tépida, pisa essa folha até sair alguma tinta e toma banho. [...] serve também para limpeza e para o problema de mau espírito também, o Sapo-Sapo [...] Málivra [i.e Malva] e Sapo-Sapo também pode misturar.

Do mau espírito à doença:

Também uma folha chamada Cola Congo [...] é uma planta, arbusto. A folha dá para fazer chá quando a gente está com angina, dor na garganta e depois a semente, dá assim uma semente grossa, e também é Contra [...] a pessoa que corta a semente e põe numa bebida quente, mistura com outras coisas...dá-se a crianças ou adulto na segunda feira e sexta feira, dá se uma colher, e dizem que é Contra. Eu nunca usei, mas há pessoas que usam isso como Contra [...] lá em São Tomé, como em outros países onde essas coisas de bruxas, de curandeiros que fazem maldades para as pessoas é na segunda e sexta feira que eles entram em contato com os maus espíritos, com satanás [...] é por isso que a pessoa ingere isso segunda e sexta feira para impedir esses maus espíritos de fazer efeito no corpo da pessoa.

Uma história de vida, uma história do passado:

[...] lá em São Tomé a taxa de mortalidade nos bebês e crianças é por causa disso [dos maus espíritos]. O bebê apanhou uma doença e tu chegas ao hospital e de repente o bebe morre! Mesmo a gente a cuidar desse bebê, faz tudo e o bebê morre...o satanás já se possessou dessa criança. Como eu...tinha um filho que faleceu, o primeiro meu filho [nascido em 1979], só tinha 2 meses e 13 dias! Eu fiquei tão estranha. Ele faleceu porque era problema de feiticeiro, mau espírito! Achas que um bebê de 2 meses vai ter anemia?! Ele nasceu com 2,850gr, era tão fofinho e mamava bem, estava saudável! Eu tinha pouca idade quando tive esse bebê e quase não conseguia carregar com esse bebê quase. Quando tinha 1 mês, 2 meses quase eu cansava com bebê, estava bem fofinho. De repente, apanhou uma febre e eu morava com a minha mãe e nós fomos para a clínica, era um sábado. O enfermeiro deu injeção, deu comprimido, de repente bebê queria morrer, os olhos ficou todo branco, ate o senhor levou bebê lá dentro e imagino que ele deu alguma coisa, que bebê recuperou.

Eu digo, a febre não está de passar, [...] baixou um pouco, mas ainda senti febre e depois minha mãe disse 'ele está com febre, nós temos que ir para banco de urgência'. No dia seguinte nós fomos para o banco de urgência com o bebê, era um médico santomense chamado Dr Pinin. Ele consultou o bebê, auscultou, pôs termómetro e o bebê não acusou nenhum grau de febre. Ele me disse 'quem te disse que bebê está com febre?' Mas ele estava muito quente. [...] o médico disse que o bebê não estava com febre. Depois ele passou um medicamento, supositório e disse

quando o bebê tiver febre é que eu vou colocar supositório. Mas a febre não estava a conseguir passar, nem o bebê está a conseguir mamar.

A mama ficou tão cheia [...] depois de noite, ele conseguiu mamar, chupou, chupou tanto leite [...] eu ainda disse 'o meu filho está a ficar melhor!', mas depois de alguns minutos ele vomitou esse leite todo! [...] até a minha disse 'esse bebê não está bom!'

[...] na outra manhã... tínhamos um vizinho, já de idade, ele conhece essas coisas e ele foi ter com a minha mãe. A minha mãe disse 'o bebê de A. está muito doente.' Depois o senhor disse 'mostra-me esse bebê'. O senhor olhou esse bebê, depois o senhor foi para casa buscar um medicamento e pôs no bebê umas gotas na língua [...] esse medicamento se chama 'cumarina'. É um medicamento que se dá quando se está mesmo a morrer.

[...] depois a minha mãe levou-me com ele para uma clínica, já era outra clínica novamente. Depois quando chegou o momento de entrar, eu entrei com o bebê. O senhor mandou-me tirar ele a roupa só o lado de cima, o senhor escutou, o senhor abriu os olhos dele, olhou. O senhor disse 'oh esse bebê, eu não posso fazer nada. Tem que levar esse bebê para o banco de urgência.' Assim que o senhor disse que o bebê estava quase a morrer... A minha mãe disse, bom a gente tem que levar ele no banco de urgência novamente. E depois nós fomos para o banco de urgência, encontrou um médico, que era um médico chinês. O médico consultou o bebê, abriu os olhos e estava todo branquinho, já não tinha nada de sangue. Senhor disse 'tem que internar e rápido. Tem que fazer transfusão de sangue que bebê já não tem sangue.' Mas oh Rita, o que tirou esse sangue do corpo? É isso que digo, é bruxa!

[...] hoje teria 38 anos, é... e depois eu internei com o bebê, fez transfusão de sangue [...] depois de tomar sangue, tomou sangue muitíssimo bem, sem nenhum problema. Depois quando o sangue acabou a enfermeira me deu ele e depois disse deixar ficar alguns minutos e depois dá ele de mamar. Ele mamou! Ele chupou mama com tanta força, tanta força que fiquei admirada! Ele mamou, mamou. [...] Depois de mamar, de alguns minutos, ele ficou assim tão incomodado, ficou... já não quer ficar no colo, ficou assim irrequieto. Depois começou uma canseira e ficou a respirar mal. Fui com ele na enfermeira e ela disse 'ele fez transfusão agora mesmo, o que posso dar?' Ela colocou nele um supositório, eu nem sei supositório de quê! Agora tenho que chamar um médico. Ele ficou com canseira, canseira, cada vez pior, até mesmo que faleceu. Antes do médico chegar, ele já tinha morrido. Ele morreu. E depois quando o médico chegou [...] eram dois médicos, ele escutou, escutou e disse 'ele já está morto'.

Eu fiquei tão admirada, mas o quê que matou o meu filho?! Foi bruxa. Ele morreu já eram assim umas 7h da noite, foram por no mortuário e fui para casa... Logo de

manhã cedinho a minha mãe veio, foi ver ele lá no mortuário e ela encontrou que do nariz dele estava a sair tanto pus [...] quando o bebé é novo, há assim uma parte mole e ela viu essa parte tanto para fundo...e o pus a sair do nariz. Ficou tão estranho. [...] depois vim a saber que foi bruxa que matou ele.

A força dos maus espíritos:

[...] feiticeiro e curandeiro é diferente. O feiticeiro é um mau espírito que entra nele, que é para fazer maldade, nunca faz bem. E curandeiro, tem também contacto com mau espírito, com demónio, mas é assim, se uma pessoa vai ter com esse feiticeiro 'eu vim ter contigo para tu matares fulana' e ele entra em contacto logo com o demónio e faz alguma maldade e esse fulano morre. Uma doença pode atacar ou pode morrer num acidente [...]

[o curandeiro] entra em contacto também com o demónio e faz-te um remédio e você fica melhor, mas o feiticeiro não, é só mesmo para mal! [risos]

[...] [stlijon matu] há outros que conhecem as plantas, eles não fazem nada, eles não têm contacto com mau espírito, só conhece as plantas, as raízes que cura tal doença. Mas os curandeiros, os timbandeiros eles já são diferentes, eles só curam através do demónio. Aqui não conheço feiticeiros, mas talvez em Lisboa. [...]

Onde a fé e os processos de cura se cruzam:

Eu sou crente da igreja evangélica, da assembleia de Deus. Antes disso eu passava muito mal, muito doente e as crianças, aquela minha criança que faleceu e tudo mais, mas desde que aceitei cristo, o salvador, a minha vida mudou, mudou! Tenho um filho que completou 30 anos nesse janeiro e quando ele era bebé o feiticeiro queria matar ele, mas não conseguiu. Ai, se eu não fosse crente, naquela data ele morria, ele morria mesmo porque estava a acontecer coisas como quase quando aquele primeiro filho que faleceu [...] estava com uma febre terrível, uma febre que nunca passa mesmo indo para a clínica e para o hospital duas vezes, mas foi mão de Deus que salvou esse miúdo. [...] fiz tudo, plantas medicinais, medicamentos e a febre não passava [...]

Quando as amígdalas inflamam e ficam duras tipo de um abcesso, em São Tomé há pessoas que curam essa 'angina'. Embrulha dedo assim num pano, molha numa água ou num azeite ou óleo e mete na garganta e carrega com dedo e sai assim pus, sai um pouco de sangue e a criança, adultos sentem-se aliviados. Havia uma senhora que fazia isso e eu fui lá naquela noite como o meu filho [na altura tinha cerca de 8 a 9 meses de idade], já eram quase 10 horas da noite. A senhora viu ele, meteu dedo

na garganta e a senhora disse ele não tem angina, não tem nada [...] depois eu disse 'bom o quê que eu vou fazer?'. Como já era crente e o hospital era muito longe [cerca de 7 a 8km de distância] [...] havia um casal também de crentes da igreja evangélica que moravam perto de mim e eu fui lá ter com eles essa noite. [após a chegada a casa deste casal disseram] 'então nós vamos orar!' O senhor abriu a bíblia, leu uma palavra, orou para o miúdo. A senhora fez a ele uma fricção assim como umas coisas que eu já não me lembro e ela me disse 'de manha você tem que ir para a igreja ter com o pastor com esse bebé'. Logo de manha cedinho eu levantei e fui. Bom, desde que eles oraram o miúdo normalizou um pouco, já não estava assim tão mal, ele mamou e dormiu. De manha cedinho eu fui até à igreja [...] e ele tomou esse bebé, ele abriu a bíblia, ele leu. Ele orou. Depois untou o meu filho com óleo, aqui nas costas. Eu digo Rita, isso é um milagre de Deus! De alguns minutos o miúdo já não tem nada! [...] Era mau espírito que estava nesse bebé!"

A narrativa de A.B. destaca-se, não só, pelo seu interessante contrabalanço de saberes e práticas em termos (inter)geracionais, como pela forte conexão vivida que estabelece entre a doença e o mal-estar, com o mundo espiritual. Não se trata de uma conexão aleatória, remetendo para experiências coletivas alheias a si mesma, mas na verdade dá-se uma abertura à 'área cega' e fala-nos sobre acontecimentos pessoais, que nos leva a viajar pelos meandros da cristalização da fé e do sobrenatural nos processos de cura. Imiscuído com o recurso às plantas medicinais, é possível vislumbrar de modo translúcido o seu capital simbólico, mas também religioso, tanto nos consumos, como nas práticas.

CAPÍTULO 4 - ¿Medicinas em contraponto?

“Medicine is nothing if not multitudinous.” (Kleinman, 1995, p. 21)

“Maybe what is really importante is for our modernity – that is, for our present – is not so much the étatisation of society, as the “governmentalization” of the state”. (Foucault, 1991) [imbricado na relação dos indivíduos com os múltiplos aspetos que compõem a vida em sociedade]

4.1 Interface entre a antropologia e as medicinas

A antropologia da e na medicina percorre áreas temáticas e (trans e inter)disciplinares que oscilam entre a análise dos fatores que contribuem para a doença e/ou mal estar, o seu prolongamento e, da multiplicidade de estratégias e de práticas para responder à doença (Baer et al., 1997): desde uma perspectiva *emic*, como *etic*; à aplicação e revisão de perspectivas teórico-metodológicas em antropologia e, demais ciências sociais, no estudo dos mecanismos subjacentes ao entendimento da saúde, doença e dos processos de cura e de bem-estar. Perpassando pela relação entre profissionais de saúde/terapeutas e clientes; à arena da etnomedicina e da etnobotânica, da diversidade terapêutica e da gestão do conhecimento médico. Integrando o estudo biocultural e político aplicado à ecologia e à saúde; às abordagens político-económicas aplicadas à saúde e à distribuição dos seus recursos, até ao entrosamento da diversidade terapêutica e às perspectivas mágico-religiosas em contexto terapêutico (Bhasin, 2007; Lobo, 1995; Singer & Erickson, 2011; Waldstein & Adams, 2006; Womack, 2010). Em suma, uma aceção de antropologia da e na medicina, parte das orientações da antropologia médica que, de um modo geral, abraça o estudo da etiologia e das consequências da doença humana assente em quatro abordagens teórico-metodológicas: a abordagem da ecologia médica/biocultural; a abordagem político-económica/crítica; a abordagem interpretativa e, a abordagem etnomédica (Waldstein & Adams, 2006). Na interface entre a antropologia e a(s) medicina(s), sob a égide de uma perspectiva de antropologia médica crítica, acedemos a uma compreensão da interação díspar entre mecanismos de gestão da saúde e da doença – a biomedicina e a medicina local; a (sobre)posição da multiplicidade de práticas em saúde e os conflitos entre práticas médicas; as estratégias de resiliência, bem como as (re)configurações simbólicas da cena terapêutica (Womack, 2010). Paralelamente, entrelaça-se uma perspectiva de antropologia da saúde e da cura para focalizar o modo como a saúde, a doença, o corpo e o *self* são concetualizados e as respetivas repercussões no diagnóstico, nos percursos terapêuticos e, conseqüentemente, nos resultados em saúde (Womack, 2010).

Nesta conjuntura, os debates sobre o conhecimento local e o trabalho interdisciplinar associado, figuram a importante simbiose entre pessoas, plantas, saúde e doença (Green et al., 2015) que nos guiaram ao longo do estudo e que fornecem alguns contributos com a potencialidade para renovar os conhecimentos e abrir espaço para integração e reciprocidade entre áreas disciplinares diferenciadas. Uma aproximação às relações interdisciplinares traz contributos relevantes para a análise das problemáticas (Bloch, 2005), em que diversas formas de conhecimentos participam e se materializam, muitas vezes até de modo semelhante, ao nível das práticas materiais e cognitivas.

A antropologia desempenha igualmente um importante papel na análise crítica dos discursos associados a projetos técnico-científicos tanto passados, como contemporâneos, mas, não só, da relação que se estabelece entre a biomedicina, as medicinas não biomédicas e a sociedade, tal como as repercussões sociais, culturais, políticas, económicas, éticas e também legais que emergem, tanto no contexto dos cuidados de saúde, como na vida dos indivíduos e na própria organização da sociedade.

O crescimento exponencial da biomedicina e das tecnologias biomédicas, materializou-se à custa de uma dependência crescente por parte de uma vasta contrapartida de economias e povos, refletindo, desta forma, a tentativa de “modernização” das respostas em saúde pelo mundo inteiro. É neste contexto que se desenvolveram os princípios teóricos da dependência que abriram espaço a uma ampla reflexão sobre a condição do chamado “Terceiro Mundo” (Bastos, 2001).

O paradigma da *dependência*, também conhecido como a teoria do desenvolvimento dependente (Amin, 1976; Cardoso & Faletto, 1967; Frank, 1967) pode ser de interesse para pensar no modo “mecanicista” como a organização das sociedades é concebida. Em jeito de síntese, as formulações nas quais se baseiam esta teoria crítica, advoga que um dos efeitos do desenvolvimento e do ‘progresso’, é a ampliação das desigualdades socioeconómicas gerada a partir da troca assimétrica de recursos. Em contrapartida, subjaz ao mesmo tempo a premissa de que desenvolvimento, gera desenvolvimento, o que, evidentemente, é suscetível de análise crítica e contextualizada no tempo e no espaço. Na arena do pensamento antropológico, a conceção de dependência emerge como uma espécie de quadro teórico crítico. Este enfoque analítico demonstrava que não nos podemos centrar numa visão funcionalista de estrutura cultural isolada e independente, sendo imperativo a articulação com a matriz sociocultural e os próprios processos internos e externos afluentes (Whyte, Geest & Hardon, 2002).

Da biomedicina ao biopoder

A partir do século XIX a biomedicina adquire o estatuto de instituição de controlo social contribuindo assim para a ampliação dos mecanismos de vigilância e de controlo dos corpos enredado pelo ‘estado moderno’ (Lock & Nguyen, 2010). Concetualizam-se, desde cedo, os

parâmetros que rotulam o que é ser saudável, estar doente ou do que é assimilado como normal ou patológico (Kleinman, 1995; Canguilhem, 2009; Foucault, 2003). A conceitualização do “normal” e os respetivos processos médicos de normalização do corpo, emerge no contexto da Revolução Industrial com a introdução de normas sanitárias, que refletem o conjunto de mecanismos de regulação social para marcar, comparar, avaliar, julgar, confinar, incluir/excluir, produzir, promover e punir os indivíduos (Canguilhem, 2009). A ressonância destas significações fez-se sentir no tempo e no espaço, atravessou fronteiras e demarcou o paradigma biomédico desde os seus primórdios, pese embora as renovadas ontologias sobre o corpo e as distintas epistemologias sobre a saúde, a doença e o reconhecimento da diversidade terapêutica (Clamote, 2008).

Considera-se que o conhecimento e os procedimentos da prática biomédica se constituem como função do carácter social da própria biomedicina, conferindo-lhe uma posição socialmente reconhecida e legitimada. Na prática, o exercício médico comporta em si uma autoridade oficial e uma competência exclusiva que lhe confere uma autoridade moral e social sobre os “protagonistas ativos e passivos” (Carapinheiro, 1993, p. 97). O paradigma biomédico reveste-se, assim, de uma pericialidade técnica que conjuga saberes e poderes complexos frequentemente assente em discursos utópicos que geram incerteza e novas desigualdades através da imposição de valores e configurações de estilos de vida de acordo com o seu quadro de referência (Lock e Nguyen, 2010), bem como na regulação dos corpos, na incorporação de tecnologias biomédicas e nos processos de medicalização da vida, elementos que se traduzem num biopoder (Foucault, 2008 [2004]) social e historicamente instituído e legitimado. Concretamente, importa aqui dissecar as retóricas utilizadas no processo de justificação e legitimação da biomedicina e as implicações das relações de poder assimétricas quer no âmbito cuidados de saúde, como na convivência com práticas terapêuticas diversas.

No início do século XX, a organização da proteção social esteve associada ao desenvolvimento da medicina e ao sentimento de solidariedade coletiva face à fragilidade da condição humana, sobre a qual a exegese religiosa perde algum terreno: “a fé [bio]médica preenche em grande parte o vazio deixado pelo desencanto com as grandes religiões em que não mais cremos” (Laplantine, 1991, p. 238). A noção de saúde torna-se cada vez mais necessária ao que se considera um bom funcionamento da sociedade e o direito aos cuidados necessários à sua manutenção (Herzlich & Pierret, 1984). A análise de Parsons (1951) sobre a biomedicina, desvenda-a neste período a partir da sua função social de integração, representada pela sua capacidade de reconduzir os indivíduos doentes (na qual a doença surge como um desvio, ainda que involuntário) aos seus papéis de prossecução de objetivos orientados para funções sociais. A ela lhe compete designar o que é doença (no fundo, quem é doente) e, portanto, merece ser objeto de cuidados médicos justificando a isenção das

responsabilidades sociais, em contraposição a um estado desviante pelo qual a sociedade exige responsabilização. Como profissão, à biomedicina é reconhecido um estatuto de autoridade exclusiva na organização das suas funções, estatuto esse justificado pelo nível de formação abstrata, mas também especializada do seu conhecimento, como pelo modelo de orientação - de serviço - das funções que desenvolve (Kleinman, 1995; Carapinheiro, 2005).

Ao longo da história, o modelo biomédico impôs-se na resposta à doença, cuja experiência se encontra fortemente subordinada à medicalização (Kleinman, 1995). A noção de medicalização emerge em resultado do progresso da ciência biomédica, no sentido de suspender a morte e de desenvolver meios de prevenção e terapias curativas para as doenças. A definição de uma disfunção ou de um desequilíbrio fisiológico e o respetivo tratamento com intervenção da biomedicina, possibilitou a construção de novas categorias médicas e, a subsequente, expansão da sua jurisdição, abrindo caminho para o desenvolvimento da biotecnologia e da comercialização de cuidados de saúde, potenciando o incentivo à própria medicalização (Conrad, 2005). A medicalização da vida configura em si uma noção socialmente construída, podendo, na sua essência, ser entendida como a produção do efeito moral da biomedicina que responsabiliza o indivíduo pela sua condição/estado. DeSwann (1990) contextualiza esta premissa, assemelhando a biomedicina a um sistema de vigilância que está constantemente a alertar para os malefícios à saúde e refere que somos cada vez mais protagonistas da medicalização, processo que afeta igualmente as relações sociais e ao qual atribui a noção de “proto-doente”.

Decorrente da noção de medicalização e das renovadas formas de sociabilidades, governança e de cidadania que a procede, abre-se caminho para pensar a *biopolítica*, na medida em que enquanto ciência tecno-científica, a biomedicina assume, sem dúvida, um poder político. O que, por sua vez, atribuí à esfera política o papel particular de promotor da medicalização, onde convergem diversos poderes e interesses. No entanto, a medicalização da vida fez-se acompanhar de consequências que afetam diretamente o indivíduo – *iatrogénese*⁸⁹ (Illich, 1976), o que tem vindo a colocar desafios à própria atuação biomédica e à sua (auto)imagem enquanto arquétipo do conhecimento e das boas práticas.

Em jeito de extensão das premissas subjacentes à medicalização, surge a *biomedicalização* (Nunes, 2006) e cuja especificidade remonta a um processo que pode ser definido a partir de uma série de elementos, dos quais destaco a progressiva ênfase na saúde e nas práticas saudáveis e o desenvolvimento de práticas biomédicas que assentam na vigilância, na avaliação e na prevenção do risco. Assim como, as mudanças na distribuição, na produção e no consumo de conhecimentos médicos e a importância crescente da

⁸⁹ *Iatrogénese* clínica, social e estrutural: doença/efeitos secundários causados pela intervenção médica (Illich, 1976).

tecnologia biomédica. As teias da biomedicina em várias esferas da vida humana, induziram à redefinição da noção de saúde, de doença, da própria intervenção (bio)médica e do papel de doente.

No decorrer do século XX, o olhar clínico ou *regard clinique*⁹⁰ (Foucault, 1963) integrou progressivamente a noção de psicossomático (psicologia médica nas décadas de vinte e trinta), o entendimento da doença como existindo no espaço social (sociologia da medicina na década de cinquenta) e a construção da noção de pessoa em risco que substitui a da distribuição das pessoas em “sãs” e “doentes” (epidemiologia por meio de inquérito da população – década de cinquenta), numa reconfiguração da doença, enquanto padrão de comportamento e não uma mera disfunção fisiológica (Womack, 2010). Deste modo, a conceção biológica da doença foi paulatinamente substituída pela integração da noção bio-psico-social. Não obstante, a abordagem predominante da prática biomédica continua a situar-se na procura da evidência fisiológica da doença ou disfunção, tal como o recurso a terapêuticas alopáticas e/ou invasivas (como a cirurgia, entre outros) (Good, 1994), apesar das alterações no papel simbólico e social da medicina na sociedade ‘moderna’, e das próprias oscilações do modelo biomédico ao longo dos tempos (Helman, 1990; Silveira, 2000; Womack, 2010).

No quadro do conjunto complexo que compreende o conhecimento, a prática, a organização e os papéis profissionais, o modelo biomédico foi alargando o seu espaço social e áreas de intervenção para outros domínios da condição humana (Kleinman, 1995). Como por exemplo, o alcoolismo e o suicídio anteriormente encarados como problemas do foro moral e comportamental, tal como a gravidez, o parto e o envelhecimento outrora considerados como fenómenos naturais, contribuindo, deste modo, para a *medicalização da sociedade* e para a (re)significação da doença (Illich, 1976).

O progresso científico produz um campo específico de saberes e de práticas especializadas, muitas vezes, assente em discursos que geram incerteza, novas desigualdades, outras formas de bio poder, bem como o risco de depauperar as estruturas de distintas práticas terapêuticas. A ciência desenvolve um corpo sofisticado de conhecimentos que está sujeito a um constante processo de revisão e incorporação de novos dados, o que sublinha o carácter limitado do conhecimento científico e o define como provisório e incerto. Neste contexto, “*A ciência é considerada como uma fonte de conhecimento que paradoxalmente reduz e contribui para a incerteza.*” (Alaszewki & Brown, 2007, p. 2), cultivando ainda a noção de risco nas sociedades contemporâneas. Embora os avanços da

⁹⁰ Noção desenvolvida por Foucault (1963) caracterizando um olhar que vigia e controla e, neste sentido, a linha analítica é desenhada com base na ideia de que, tanto a medicina, como as ciências sociais terão contribuído para a ampliação e o reforço da eficácia dos mecanismos de vigilância e de controlo dos corpos.

biotecnologia figurem importantes transformações nas definições de doença e de saúde, ao mesmo tempo que detém o potencial de melhorar os estados de saúde e bem-estar de todos os indivíduos, o desenvolvimento científico aciona um processo de reconfiguração do corpo humano que levanta um conjunto de questões sociais, culturais, políticas, ambientais e éticas que devem ser abordadas (Dilger, Kane & Langwick, 2012).

Neste contexto, partindo do princípio de que as tecnologias biomédicas assumem ou podem assumir uma abrangência global, garantida a partir de uma distribuição equitativa dos seus recursos, existem duas questões fundamentais que a antropologia levanta:

“The first is that human bodies are not everywhere the same; they are the products of evolutionary, historical, and contemporary social change resulting from ceaseless interactions among human beings, their environments, and the social and political milieux in which they live. The second is that biomedical technologies are not autonomous entities: their development and implementation are enmeshed with medical, social, and political interests that have practical and moral consequences.” (Lock & Nguyen, 2010)

As biotecnologias e os artefactos biológicos surgem como parte de um processo de ruptura das barreiras convencionais – humano/animal, orgânico/não orgânico – e das próprias identidades que constituem as várias formas de vida sejam elas de natureza animal, humana, herbácea ou sintética (Webster, 2012).

A conceptualização das diferentes formas terapêuticas desempenha um importante papel na contemporaneidade dado que assistimos a um aumento do conhecimento sobre a doença, a vida e das suas diversas componentes. Este processo está a transformar os significados atribuídos à matéria corpórea, não só ao nível físico, mas também ao nível psicológico/mental, social e espiritual, assim como, a (re)configuração das fronteiras entre estados de bem-estar e mal-estar e os seus limites. E, como parte do processo de desenvolvimento das ciências biomédicas, a ‘vida’ é imersa num processo de manipulação biológica que tem a capacidade de a transformar e reconfigurar. A par do processo científico e farmacológico em si, as transformações dos recursos medicinais naturais encerram em si o potencial de criar novas possibilidades médicas e comerciais, mas o que também exige a implementação de diretrizes que as regulem.

Existe todo um discurso estratégico que retrata a biomedicina como uma autoridade subalternizadora e a permeabiliza como uma espécie de utopia curativa e anestésica, contribuindo assim para a sua dominância, como para o estímulo de sentimentos de esperança e de expectativas presentes e futuras face aos seus desenvolvimentos científicos em benefício da humanidade. As plantas medicinais, o *natural* e as respetivas práticas associadas parecem, muitas vezes, assumir um carácter instrumental, sendo bio objetificados

enquanto modelos de auxiliares ou como simples organismos ecológicos alvo de um processo de *farmacologização*, cujo propósito se sustenta numa lógica de complementaridade.

Constituiu-se, assim, como um campo específico cuja formalização, tanto do domínio da investigação em si, como dos seus objetivos e desafios, é variável. A gestão *in loco* da investigação e da reprodução da medicina local podem variar desde a existência de normas de controlo e governança, a contextos cuja regulação se revela omissa ou quase omissa, o que tanto num caso, como noutro caracteriza a micropolítica da saúde e da medicina no contexto local, global e transnacional.

Das relações assimétricas: o (bio)médico – um “Sacerdote da Saúde?”

Encetar numa reflexão sobre a profissão médica exige uma incursão no plano histórico e social, de forma a melhor entender a posição que a mesma ocupa na estrutura social, bem como o processo de construção do seu estatuto e identidade. Sendo o médico transformado num prestador de um serviço – produto que é mercantilizado (Kleinman, 1995). O poder que a profissão (bio)médica encerra em si é um poder socialmente legitimado e que é invocado em nome do bem-estar dos indivíduos e da sociedade, traduzindo-se muitas vezes em discursos paternalistas, como que *“acting in the patients best interest is one of the most important prerequisites of all medical practice”* (Hayry 1991, p. 3). Esta autoridade profissional que subjaz à ação e aos discursos (bio)médicos permeabilizam um domínio sobre a gestão da saúde, da doença e do corpo (Pereira & Pussetti, 2009) [individualizado], pode caracterizar-se como um comportamento *político* criando, frequentemente, clivagens no diálogo e na relação entre técnicos de saúde e pacientes. Pese embora as transformações nos processos de ensino-aprendizagem, o legado da instituição da medicina estabelece, tendencialmente, que o (bio)médico entende o que é mais benéfico para o paciente, conferindo-lhe o direito de tomar decisões relativamente ao processo de diagnóstico e de tratamento (Hayry, 1991), cujos indicadores mais salientes são a prevenção da doença, o seu tratamento (considerado como eficaz) e o aumento da esperança de vida.

Conforme nota Kuhlmann (2006), *“Biomedical knowledge ‘colonialised’ Western culture from the beginning of the professionalization of medicine in the 18th century and began to pervade individual perceptions”* (p. 210), o que conferiu, desde cedo, um poder à ação biomédica e aos seus praticantes, possibilitando o seu profundo enraizamento na sociedade. A biomedicina caracteriza-se como a forma de medicina mais institucionalizada uma vez que o seu desenvolvimento decorre sob o poderoso regime do capitalismo industrial (Kleinman, 1995, p. 37). Associado ao seu longo percurso de experiência, ao código de ética regulado por uma ordem, bem como, ao corpo de conhecimentos técnicos e esotéricos passíveis de ser aplicados apenas por peritos: os médicos (Pescosolido, 2006), a biomedicina constitui-se como uma ponte que liga a ciência à sociedade, sendo em simultâneo produto da experiência

humana face à saúde e à doença. E, de facto, verificamos que a aplicação do conhecimento científico à saúde e à doença aparece como um aspeto crucial da prática biomédica, carácter da sua veia materialista e de racionalidade técnica e funcional: “*Things are simply things: mechanisms that can be taken apart and put back together.*” (Kleinman, 1995, p. 36).

Neste contexto, o (bio)médico torna-se o agente através do qual o entendimento científico ganha expressão, embora a biomedicina seja mais do que a soma do conhecimento sobre a doença (Kleinman, 1995). Em simultâneo, a biomedicina assume a conotação de instituição social, na medida em que penetra em domínios como a sexualidade, a escola, o envelhecimento, o trabalho, o desporto, entre outros, desempenhando funções de orientação, de aconselhamento e, também uma função de controlo (Carapinheiro, 1986), sendo a partir do século XX que adquire o estatuto de instituição de controlo social (Zola, 1971). Considera-se, portanto, que o conhecimento e os procedimentos da prática biomédica são função do carácter social da própria medicina, esta enquanto instituição política e socialmente reconhecida (Freidson, 1970), na medida em que lhe é reconhecida a competência e o poder para determinar o que é doença; definir a doença como um estado social reconhecido; definir o papel e comportamento de doente e incutir um sentido de responsabilização nos indivíduos pelo seu estado de saúde. Esta responsabilidade materializa-se na vigilância pessoal (Cunha & Durand, 2011), mas também social dos *corpos* e dos comportamentos, em linha com a concetualização do *regard clinique* de Foucault (1963) e, ao mesmo tempo, da noção de *proto-doente* (DeSwann, 1990). Tal vai conduzir ao alargamento da jurisdição do próprio ato (bio)médico para além da sua capacidade efetiva de “curar”, colocando assim desafios à diversidade terapêutica.

Os desenvolvimentos da ciência biomédica e, por conseguinte, da noção de (bio)medicalização, enquanto construto social e produto do efeito moral da biomedicina, estabelecem a existência de um sistema de vigilância, que regula o que é *bom* e *mau* para a saúde e que, na verdade, nos caracteriza enquanto protagonistas da própria medicalização e das tomadas de decisão em saúde.

O papel social do (bio)médico estende-se, assim, para além do âmbito do diagnóstico e da prática terapêutica, caracterizando-se essencialmente pela visibilidade das suas competências e do seu conhecimento e, ainda, pelo próprio carácter simbólico que a profissão encerra em si (Freidson 1970). Este processo de aquisição de uma ‘cultura médica’ é incutida, desde logo, no decorrer da formação e socialização médica e abarca a incorporação de valores como a responsabilidade e experiência clínica e normas de conduta⁹¹ (Carapinheiro 1993). Acrescenta-se, ainda, que o próprio papel do médico assume contornos distintos

⁹¹ Cf. Becker, H., et al., (1961). *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago, The University of Chicago Press.

conforme o modelo de organização onde é exercida a sua prática. Quer isto dizer, que a atividade biomédica varia consoante o contexto da sua prática, algo que se verifica, por exemplo, através da linha terapêutica que é seguida (cf. Freidson, 1970).

Enquanto reconhecido detentor de saber pericial, o (bio)médico apresenta a legitimidade para diagnosticar e prescrever um tratamento para determinada doença, e simultaneamente, é reconhecido como o indivíduo mais adequado para aconselhar modos de vida saudáveis, ao qual é conferido uma autoridade moral e social: “[...] o *capital técnico dos médicos é também um capital simbólico, constituindo o principal recurso do exercício de um poder técnico-carismático sobre todos os protagonistas activos e passivos [...]*” (Carapinheiro, 1993, p. 97). Deste modo, a autonomia da profissão médica, que é sustentada pelo seu conhecimento específico e a sua competência técnica, constituem os principais recursos do seu poder profissional e o que lhe confere o estatuto de *gatekeeper* (Freidson, 1986, 1970).

Impera, igualmente, encadear a estrutura do Hospital e/ou Centros de Saúde nesta reflexão, enquanto estruturas centrais do sistema de saúde e componente de abordagem necessária para pensar dimensão utilitária e social da prática biomédica. O Hospital, por exemplo, aparece como um símbolo de poder biomédico, sendo o órgão central onde ocorre a sua atividade e o local onde se (re)produzem os seus conhecimentos (Carapinheiro, 1993).

Neste contacto, Rance Lee citado por Pescosolido (2006) enuncia que existem, portanto, duas dimensões que integram o conceito de dominância, fulcrais à compreensão do poder profissional que tanto o sistema biomédico, como os seus profissionais, detêm. Uma primeira dimensão refere-se à “superioridade estrutural”, a qual diz respeito ao poder, ao prestígio e à abundância de recursos que caracterizam tradicionalmente a instituição da biomedicina. Não obstante, a imprevisibilidade do contexto pandémico atual revelou como os impactos na estrutura e no desempenho institucional da biomedicina afetaram a organização e a disponibilidade dos recursos em saúde.

Uma segunda dimensão refere-se ao “poder funcional”, o qual concerne a amplitude do sistema biomédico e o seu impacto na sociedade. A profissão médica (biomedicina) distingue-se, deste modo, pelo monopólio sobre o seu campo de atividade, o que se afigura através da existência de um sistema de credenciais, balizada por uma proteção legal, bem como, através de um corpo de conhecimentos periciais que se traduz num fechamento social e permite o próprio controlo do acesso à profissão (Rance Lee citado por Pescosolido, 2006).

Já Freidson (1984, 1986) fazia notar que a autonomia intrínseca à biomedicina comporta em si um carácter eminentemente político, isto é, o controlo sobre a sua atividade profissional é alcançado sobretudo através da persistência da elite política e económica, reivindicando para si um poder organizacional e administrativo. A dominância da biomedicina passa também pela sua capacidade de incentivo das massas, à procura de cuidados de saúde, sendo que a sua visibilidade e o seu poder se pauta pela veiculação da ciência enquanto modelo de

progresso (Pescosolido, 2006). Panorama a que assistimos na contemporaneidade onde os desafios trazidos pela grande pandemia do século XXI - COVID-19 – colocam importantes questões sobre o papel das ciências biomédicas na intervenção em saúde pública e no modo como os seus produtos sustentam uma vigilância epidemiológica. Ao serviço de um idealismo que assenta na promoção da saúde e prevenção da doença, os recursos produzidos pela biotecnologia são legitimados pela comunidade científica e por entidades de âmbito internacional, como a OMS, como vitais, seguros e compensatórios, mas cujas evidências são frequentemente refutadas por distintas camadas da população, com implicações na confiança, na avaliação e prevenção do risco (Casiday, 2005) e na jurisdição biomédica. Atentemos aos desafios trazidos pela gestão do COVID-19 quanto à produção, distribuição e ao consumo de conhecimentos e bens (bio)médicos, a par das consequências sociais do desenvolvimento da capacidade de *manipulação da vida*⁹². Tais questões remetem para um debate que é iminentemente político, produtor de um conjunto de implicações socioeconómicas (Sobral, 2020), mas também nos percursos de saúde das populações. A implementação de medidas restritivas, paralelamente à introdução da vacinação (re)formula processos de decisão e de controlo, nos quais o risco é hierarquizado e relativizado tanto pelo indivíduo, como pelo contexto social (Casiday, 2005; Sobral, 2020). E, neste processo subjetivo e negocial, podem decorrer erosões na confiança pública, como aliás temos vindo a assistir com as múltiplas manifestações de pessoas e grupos que contrariam a materialização de um *apartheid médico* ou *'ditadura' sanitária*. A retórica político-sanitária entrecruza-se, assim, com a linguagem da biossegurança, por analogia à reflexão de Bastos (2020) que nos faz pensar sobre o modo como as práticas de necropolítica reconfiguram o cenário terapêutico.

Este modelo de dominação profissional tem vindo a ser contestado por algumas franjas da sociedade, colocando em causa a própria posição da biomedicina. Nos anos 70, irrompe a noção de desprofissionalização que descreve um declínio da dominância biomédica, refletido diretamente na quebra do seu prestígio e da sua confiança, (Haug, 1973, 1975, 1977, citado por Rodrigues, 2002), por oposição ao conceito de profissionalização (Freidson 1994). Nesta sequência, despontam teorias e noções, desde a “proletarização”, à “burocratização” e ao *managerialism* do sistema de saúde e da própria profissão médica, que parecem colocar desafios ao poder médico no que se refere a uma possível perda de independência económica, à integração do médico numa estrutura burocraticamente organizada sob a administração de gestores não-médicos – *managerialism* (Gabe, Kelleher & Williams 1994; Freidson, 1994):

⁹² Nunes (2006)

“The corporate power of medicine has been increasingly challenged and doctors, the high priests of society, have become increasingly embattled as their position as experts has been challenged from inside and outside the health care arena. In conjunction with direct challenges to their knowledge and expertise have come doubts about the nature of their power, stirred by the secularisation of medical mystique and changing perceptions of the dynamics of power in society.” (Gabe, Kelleher & Williams, 1994, p. xiii)

Porém, ainda que os desafios ao monopólio biomédico persistam, na prática a biomedicina mantém o controlo sobre saber biomédico, ao qual se liga a indeterminação do mesmo e, por sua vez, à noção de insubstituibilidade dos conhecimentos e da profissão, sendo algo que se perpetua através da endogeneização do seu corpo de conhecimentos. A suposta tendência para a *desprofissionalização* e o seu real impacto na profissão médica, torna-se assim questionável, na medida em que esta categoria profissional continua a gozar de uma capacidade de grande influência na distribuição dos recursos ao nível operacional, bem como, de uma posição de preponderância sobre as políticas de saúde (Freidson, 1994; Hunter, 1994). Apesar de se registar um declínio na confiança na instituição da medicina, tal facto não conhece valores consideráveis, o que nos conduz a repensar esta questão enquanto fator indicador de um qualquer declínio de poder e de prestígio que a profissão médica comporta. O estatuto de ‘trabalhador por conta de outrem’ e a noção de *self-employment* trazidos pela teoria da proletarização, não se revelaram, na prática, como indicadores de declínio do controlo da atividade médica (Freidson, 1994), podendo até ser demonstrado o contrário.

A posição hegemónica de que a profissão médica desfruta, sustenta-se no seu próprio reconhecimento e legitimação social, assim como, na existência de uma estrutura dual de autoridade, o que também coloca em causa a ameaça do *managerialism* (Hunter, 1994). O poder de tomada de decisão que a profissão biomédica possui, permite moldar a administração de modo a servir os seus interesses.

A diminuição do *knowledge gap* entre a biomedicina e os seus consumidores, traduz, de facto, mudanças tanto ao nível das atitudes, como das práticas. Assim como a um maior ativismo por parte da sociedade civil e, ao mesmo tempo, a disseminação e o reconhecimento de práticas não biomédicas. Neste contexto, Kuhlmann (2006) considera que “[...] *the advancement of new Professional projects and shifts in the system of professions may be a source and strategy to change knowledge-power relations and improve the accountability of professions in the interests of citizens*” (p. 216).

Acrescenta-se o aumento da intervenção do Estado na regulação e na administração das estruturas de cuidados de saúde e, simultaneamente, o aumento da dependência do poder económico do Estado (Freidson, 1986, 1994) e, ainda, o crescente interesse por práticas

terapêuticas diversas, como sejam, não biomédicas, embora não tenha produzido impactos vinculativos à legitimidade de atuação da biomedicina. Tal como os movimentos feministas, surgidos nos anos 60 e 70, que assumiram um papel de protagonista na abordagem holística da saúde, defendendo a indivisibilidade das influências sociais, emocionais e físicas sobre a saúde e a doença (Gabe, Kelleher & Williams, 1994). As suas principais reivindicações expressavam a existência de desigualdades de género na saúde, assente no paradigma de desvantagem patriarcal e tentaram demonstrar que o conhecimento biomédico representava as mulheres de um modo sexista, trazendo para o debate a iniquidade no acesso à saúde e no controlo do sistema formal dos seus serviços (Carpenter, 2000). Muito embora, o papel desempenhado ao nível da cultura e da organização da instituição da biomedicina, não alcançaram mudanças significativas na prática biomédica em si (Gabe, Kelleher & Williams 1994).

O quadro histórico, social, económico e político demonstra que o atavismo biomédico se fixa num monopólio que permanece até aos dias de hoje, pese embora os desafios ao seu monopólio em todo o mundo. De facto, os indivíduos apresentam-se como sujeitos cada vez mais ativos, através da exigência, da preocupação e do interesse pelas questões de saúde, nomeadamente a sua saúde e o seu corpo. Assim, operando entre a crescente difusão do conhecimento promovido a partir do desenvolvimento das tecnologias de informação, e as próprias mudanças ao nível da educação e da reconfiguração e absorção de saberes técnicos, foi-se abrindo caminho para uma descodificação da linguagem e das práticas médicas, o que por sua vez, também veio colocar mudanças no perfil de doente.

Em todo caso, a capacidade de respostas para a saúde e, inclusivamente, para os diversos problemas sociais associados, demarca-se fortemente nas sociedades contemporâneas, colocando o biomédico no topo da hierarquia na divisão do trabalho na saúde. E, também neste sentido, os múltiplos desafios ao poder biomédico revelam-se algo infrutíferos, dado que as barreiras são, quase sempre, facilmente transpostas (Gabe, Kelleher & Williams 1994). Pelo que o prestígio que, tanto a ciência biomédica, como os seus técnicos sustentam e o elevado fluxo de recursos que são direcionados para a investigação, para os centros de tratamento e para o desenvolvimento de tecnologias em saúde, reafirmam a posição da instituição da biomedicina. Tal como nota Lupton (1994) “[...] *orthodox medicine has been legitimized under the rubric of a scientific discipline and has been able to have the scientific paradigm of medical care accepted as ‘the’ paradigm [...]*” (p. 126).

Na prática, o exercício biomédico comporta em si uma autoridade oficial e uma competência exclusiva de definição da sua atividade, bem como, dos procedimentos que executa: “[...] *o capital técnico dos médicos é também um capital simbólico, constituindo o principal recurso do exercício de um poder técnico-carismático sobre todos os protagonistas activos e passivos [...]*” (Carapinheiro, 1993, p. 97). Esta posição alimenta-se, sobretudo, de

um sustentáculo político relativamente à divisão do trabalho, conservando a profissão biomédica no topo da hierarquia e, por sua vez, colocando a seu cargo toda a regulamentação da administração dos cuidados de saúde (Freidson, 1970; Kleinman, 1995).

“The power of biomedical knowledge [...] is stabilized by a pattern of state regulation that privileges biomedical knowledge in the health system and the position of the medical profession in the stakeholder arrangement; and it is also stabilized by citizens’ trust in doctors and a cultural consensus on the supremacy of medical knowledge.”
(Kuhlmann, 2006, p. 117).

Em linhas gerais, sustenta-se que a biomedicina não sofreu um declínio significativo do respeito público, nem o seu monopólio profissional e, tendo ocorrido algum declive no seu prestígio, foi e é em termos relativos, isto é, o correspondente a um decréscimo semelhante a que qualquer outra instituição possa ter sofrido nas últimas décadas. Por outro lado, o processo de especialização e de incorporação tecnológica é muito mais rápido do que a difusão leiga do saber pericial e, sendo assim, o *gap* entre um e outro teria aumentado e não diminuído. E, além disso, a incorporação tecnológica e a inclusão de novos grupos profissionais não dispensa, de um modo geral, o aval final da biomedicina, o que não enfraquece, portanto, o seu estatuto, antes pelo contrário.

Não obstante, os desenvolvimentos e os próprios desafios da contemporaneidade, permite-nos antecipar um certo desvanecimento da “era de ouro” da profissão biomédica. De acordo com Pescosolido (2006), a medicina já não conserva a autoridade de controlar todos os aspetos do seu campo de atividade. E, na realidade, esta transformação deve-se, sobretudo, ao facto do (bio)médico ter que justificar os seus atos, assim como, à expansão do ativismo social que desencadeou importantes mudanças culturais, quer ao nível da alteração de hábitos de saúde, do desenvolvimento da *literacia em saúde* e subsequente consumo de bens terapêuticos mais variados. Atualmente o contexto da prestação de cuidados de saúde está sujeita a um escrutínio de uma *sociedade de informação e em rede*⁹³, sendo necessário atender aos processos de apropriação de informação e de comunicação em saúde entre a população em geral, as novas tecnologias e os técnicos de saúde (Lopes, 2006). Esta realidade traduz-se numa possível diluição da autoridade biomédica em si, porém não suficientemente consistente para corroer a estrutura mais ampla da biomedicina.

O consumo de práticas terapêuticas produz contextos onde são desafiadas definições *convencionais* e onde se veiculam significados e representações associados à saúde e à doença, que quando confrontado com a biomedicina é permeada por uma constante negociação entre o eficaz e o ineficaz, o cientificamente comprovado ou não e entre o ‘conhecido e o desconhecido’. Aludindo à atual gestão do COVID-19 em contextos onde as

⁹³ Cardoso et al., (2005)

plantas medicinais constituem um importante recurso terapêutico, assistimos ao desenvolvimento de alguns estudos que demonstram os seus usos na coadjuvação, tanto na cura, como na prevenção da doença (WHO Africa, 2020; Khadka et al., 2021). Mas oscilando entre a legitimidade e a validade científica subjaz um discurso negocial que apela precisamente à cautela na utilização de *unscientific medicines*, sob pena de colocar em causa as medidas de prevenção definidas e de disseminar a desinformação (Khadka et al., 2021). A verdade é que as plantas medicinais, enquanto matéria objetificada – *coisificada* estabelecem variadas formas de pensar as relações de governança e de responsabilidade individual e social sobre o corpo e, inclusive as expectativas face aos resultados em saúde. Em simultâneo, produzem importantes recursos dos quais as pessoas (nos respetivos contextos) dependem para diferentes propósitos, desde a alimentação, à prevenção e ao tratamento das doenças, sendo visível no contexto de São Tomé e Príncipe e extensível à gestão individual e familiar no atual cenário pandêmico.

Em suma, o processo de medicalização da vida decorrente do desenvolvimento das biotecnologias apresenta dois grandes eixos de reflexão com relevância para antropologia, em particular, para o campo disciplinar da antropologia da saúde. O primeiro centra-se nas redefinições de saúde e doença e no modo como o corpo é construído, modificado e reapropriado. O segundo focaliza a forma como entendemos a saúde, sublinhando a necessidade de a perspetivar para além de uma visão construtivista. Desta forma, uma abordagem antropológica contribui para o mapeamento das distintas trajetórias da medicina e na medicina, à luz de uma perspetiva assente nas múltiplas dimensões que compõem o tecido sociocultural e de uma visão crítica comparativa. A complexidade intrínseca a esta área de estudos torna, assim, necessária uma abordagem antropológica global de natureza essencialmente interdisciplinar, a partir da qual o processo de saúde/doença deve ser entendido mediante a complexa teia que envolve o universo político-económico, sociocultural, as relações internacionais, de governança, os fluxos migratórios de pessoas e bens, bem como os acordos relativamente à distribuição de recursos (bio)médicos.

É possível também destrinçar a importância *utilitarista* que a antropologia parece assumir na sociedade enquanto disciplina capaz de analisar uma determinada problemática à luz de uma perspetiva “humanista” (Rabinow, s/d). E, neste contexto, é possível evidenciar o papel da política na ciência e, em simultâneo, assente numa vertente de aplicação do conhecimento, o papel da ciência na definição de políticas e na regulação social. É, assim, indissociável da compreensão destes mecanismos, um entendimento da complexa relação entre corpo / mente, saúde / doença; normal / patológico; percursos terapêuticos; saberes e práticas terapêuticas, a partir de uma reflexão sobre a tríade – ideias, práticas e instituições – nas quais se manifestam (Naraindas, Quack & Sax, 2014).

4.2 Os interstícios entre a biomedicina e a *medicina da terra*

“...even more impressive is the multitudinousness, the polymorphous differences that distinguish the healing traditions of societies from each other...” (Kleinman, 1995 p. 22)

Um importante marco na teorização sobre o pluralismo médico foi o reconhecimento de que as suas premissas – a pluralidade de produção de cuidados e de entendimentos sobre a saúde – são transversais a todas as sociedades, pese embora as suas limitações analíticas que o restringia ao espaço sociocultural e material da instituição da biomedicina (Clamote, 2008). Inicialmente, os estudos em torno da “medicina tradicional” circunscreviam-se a contextos não ocidentais e pós-coloniais, contrastando com a consideração de uma única ‘medicina cosmopolita’, porém foi, desde logo, possível desconstruir a noção de homogeneidade e de desenvolvimento, subjacente à ideia de modernidade (Leslie & Young, 1992; Kleinman, 1980; Khalikova, 2021). O modo como os indivíduos lidam com a doença, alternando entre medicamentos (sintéticos) e/ou recursos medicinais naturais, psicoterapia ou processos de cura espiritual e religiosa, osteopatia ou quiropraxia e outras terapias (Naraindas, 2006; Zhang, 2007), revela que o pluralismo terapêutico está presente em todas as sociedades contemporâneas. Aliás, apesar do carácter tendencialmente hermético da própria biomedicina, considera-se que é, em si mesmo, pluralista (Clamote, 2008), na medida em que os seus profissionais podem adotar diferentes conceções de saúde e doença; os serviços e a prestação de cuidados de saúde podem divergir significativamente consoante o contexto, atravessando o setor público; assim como também observamos a coexistência de terapias convencionadas – de MCA profissionalizadas – e experimentais, as quais muitas vezes, inclusive, competem entre si (Khalikova, 2021). Assim, nenhuma *medicina* é isenta de contextualização histórica e social (Kleinman, 1995), adotando explicações e mecanismos culturalmente sistematizados (Good, 1994).

No mundo contemporâneo, onde o desígnio da modernidade representa o motor das sociedades (em geral), a grande maioria dos governos assume um papel ativo na regulação da diversidade terapêutica, desde a adoção de posturas que relegam práticas não biomédicas para a ombreira do charlatanismo e da pseudociência, à implementação de medidas que permitam uma integração parcial na instituição da biomedicina ou ainda criar condições que permitam a sua autonomia institucional (Adams & Li, 2008; Kloos, 2013; Scheid, 2002).

A articulação deste fenómeno com a matriz de governamentalidade tácita, inscreve-se no trabalho de Foucault (2008) sobre a biopolítica e do biopoder. A aceção de governamentalidade traduz todo um repertório que compreende as instituições, os procedimentos, as ações e as reflexões, das quais os indivíduos são objeto. Em certa medida,

ultrapassa o imago de soberania e, ao mesmo tempo, complexifica as teias do poder e do controlo. E, neste sentido, refere-se ao poder e à administração do Estado na arte de 'subjugar' e subjetificar as pessoas, na mesma medida em que, depende de diretrizes da economia-política, como da ciência.

As práticas de regulação e de controlo exercidas pelas instituições do Estado sobre os seus cidadãos são, antes de mais, demonstrativas do poder de que se reveste este órgão administrativo e podem ajudar a elucidar sobre o desfasamento das suas medidas e ações face à realidade. Nesta perspetiva, considerando também o carácter flexível e partilhado do exercício do poder do Estado, a inteligibilidade das (inter)relações entre o Estado e os indivíduos, apenas é possível por intermédio de uma análise das suas práticas (Challinor, 2014).

Sob este pano de fundo e aplicado ao contexto em análise, permite-nos enriquecer o nosso entendimento da subtilidade e da complexidade intrínseca aos processos de biopolitização das medicinas, dos bens terapêuticos e dos corpos individualizados. Politizam-se fronteiras terapêuticas, (re)construídas no tempo e no espaço ao serviço de interesses que, não raras vezes, subestimam as necessidades das populações. Na verdade, a própria noção de governamentalidade pode e deve ser entendida enquanto fenómeno amplo, não se restringindo à esfera do Estado, cuja aplicação e implicações se revê na medida em que os indivíduos e/ou comunidade procura orientar e regular as normas e as condutas (Walters, 2012).

Assim, no contexto da mediação entre a diversidade terapêutica e o estado questiona-se: quais os critérios para o processo de legitimação? Quais as implicações teórico-práticas do reconhecimento oficial de uma medicina não biomédica? Quais as implicações para os terapeutas, pacientes e para a sociedade em geral? Que transformações ontológicas e epistemológicas decorrem da sua legitimação política e institucionalização?

De facto, o endosso governamental face às terapias não biomédicas pode, antes de mais, configurar uma medida estratégica em conformidade com as diretivas internacionais da OMS (1970-80) para promover a integração da "medicina tradicional" enquanto resposta para as lacunas existentes na prestação de cuidados de saúde (Khalikova, 2021), algo de que São Tomé e Príncipe pode ser exemplo dada a escassez de recursos (bio)médicos existentes. Neste âmbito, a regulação de práticas terapêuticas locais apresenta-se, substancialmente, como um meio necessário para alcançar a idealização de 'bem comum'. Em contrapartida, ressaltando de uma visão mais crítica sobre a problemática, este processo pode, na verdade, ser o reflexo de uma resposta dissimulada do Estado face à sua incapacidade de oferecer cuidados de saúde biomédicos acessíveis à população (Khalikova, 2021).

São Tomé e Príncipe é, de facto, reconhecido pela rica biodiversidade que conta com inúmeras espécies endémicas, sendo uma parte significativa da sua flora, de eficácia

farmacológica já reconhecida (Sequeira, 1994; Madureira, 2012). As ilhas têm sido palco para alguns projetos que visam estabelecer uma ponte entre os saberes e os usos de plantas medicinais locais, com a ciência farmacológica, particularmente com a área de estudos da etnofarmacologia. Essencialmente, o objetivo traçado nestes projetos é o de obter informação etnofarmacológica que estabeleça uma garantia de segurança e de eficácia das plantas, a partir de evidências farmacológicas devidamente comprovadas no sentido de aliar o potencial medicamentoso dos recursos medicinais naturais e respetivo saber médico local, à biomedicina (Madureira, 2006, 2008).

Neste contexto, investigadores como Maria do Céu Madureira⁹⁴ têm desempenhado um papel de relevância no âmbito do desenvolvimento e estudo da etnofarmacologia em São Tomé e Príncipe. Tendo vindo a participar em diversos projetos em parceria com o Ministério da Saúde de STP, com vista à destrinça dos 'sistemas' médicos locais, bem como dos conhecimentos e das práticas associadas ao uso de plantas com fins terapêuticos (Madureira, 2006, 2008, 2012). A particularidade da investigação desenvolvida encontra-se, não só, na recolha e no mapeamento dos conhecimentos locais, mas também na recolha das respetivas espécies vegetais, para posterior estudo etnofarmacológico de plantas identificadas pelos terapeutas locais. Num esforço para estabelecer e manter o diálogo com os terapeutas locais, os seus saberes e as suas práticas, Madureira tem mediado a formação etnofarmacológica de estudantes de Ciências Farmacêuticas, através do contato direto com os mesmos (2002, 2005, 2010). Em simultâneo, promoveu-se o desenvolvimento de formações direcionadas especificamente a profissionais de saúde em São Tomé e Príncipe, cujo intuito se circunscrevia à instrução do corpo clínico, como sejam médicos e enfermeiros, para os benefícios e a eficácia de um conjunto de plantas medicinais, a sua devida preparação e administração⁹⁵.

De interesse analítico fundamental, vislumbramos um cenário frequentemente utópico e que pretende aliar dois universos terapêuticos que divergem, tanto na sua forma, como na categorização nosológica e, por conseguinte, nos seus saberes e nas suas práticas. Permitindo-nos, igualmente, perambular por entre as noções de alternatividade versus complementaridade de terapias e medicamentos, seja por um reconhecimento da eficácia terapêutica de um conjunto de *mindján tela* e/ou, em simultâneo e em última instância, resultante de uma estratégia em resposta à relatada escassez de medicamentos sintéticos

⁹⁴ Especialista em Farmacognosia e Fitoquímica pela Universidade de Coimbra (2006).

⁹⁵ A implementação destas ações foi efetuada em consonância com as diretivas traçadas pela OMS no âmbito da promoção e da integração de práticas terapêuticas locais nos serviços de saúde com base no documento: OMS (2010). Instrumentos para Institucionalizar a Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde da Região Africana. Escritório Regional Africano, OMS. Cf. Anexo G

em São Tomé e Príncipe⁹⁶. No quadro da eficácia simbólica e também pragmática, como da negociação de terapias, abrem-se espaços de encontro e de um acervo terapêutico importante. Pese embora, os potenciais conflitos internos epistemológicos por parte, sobretudo, dos profissionais de saúde da biomedicina.

A formação de profissionais dos postos de saúde em São Tomé e Príncipe:

“[...] o que aconteceu foi uma componente teórica e a identificação de alguns problemas de saúde que achamos prioritários, a diarreia, a febre, questões dermatológicas e que pudessem ter uma resolução com base em plantas medicinais. Um conjunto de plantas medicinais que estivessem fáceis de identificar e fáceis de preparar. Depois houve uma visita ao terreno onde pudéssemos fazer a identificação da folha destas plantas conjuntamente com os profissionais de saúde, enfermeiros. Não sei se chegou a ir algum médico [...] e posteriormente a sua preparação. Definir as questões da dosagem, como é que se deve preparar as plantas e como é que deve ser administrado [...] e tinha um outro fim, que era um objetivo oculto e que tem a ver sobretudo com a desmistificação de determinado efeito que a planta tem, porque existem plantas que são administradas por estes médicos tradicionais, mas que não existe fundamentação científica para tal e por vezes tem efeitos adversos. Portanto, foi esta discussão que também se quis ter [...] para que pudesse haver aqui um encontro entre as duas medicinas, mas sempre com o bem-estar como nosso objetivo [...] porque às vezes pode não correr bem.

[...] a intenção da formação era a complementaridade, porque muitas vezes também existe rotura de stock de medicação tão básica como um paracetamol ou não existem, por exemplo, cremes. Por exemplo, existe muito o eritema da fralda nos bebés e o Aloe Vera era a resolução milagrosa para tudo e está disponível a todos [...] era uma tentativa de instruir para se conseguirem desenrascar em algumas situações [...]

Recordo-me também quando começamos a planear essa formação alguns enfermeiros, não muitos, mas alguns, depois também levantaram algumas questões. Existia alguma reticência e alguma insegurança: 'nós, supostamente enfermeiros e médicos somos ensinados a dar os medicamentos que vêm da farmácia e agora de repente vamos dizer para fazer um chá de não sei quê com não sei quê’”

D.S., portuguesa, enfermeira, Lisboa/STP, abril 2017

O legado de papeis ocupacionais no qual a medicina local e as suas práticas se movimentam, transcende a concetualização da etiologia das doenças, como do entendimento

⁹⁶ Cf. Anexo H

de saúde e do corpo e do *self*. Assim, compreender implica uma imersão na relação entre a esfera mais íntima da vida quotidiana e do poder político e económico (Feierman & Janzen, 1992). No quadro da diversidade terapêutica, importa sempre considerar a perspetiva de quem procura cuidados de saúde, dada a abrangência da sua visão sobre os saberes e as práticas terapêuticas que tem à sua disposição e, por sua vez, as lógicas internas que definem os percursos e as narrativas sobre saúde e doença.

As relações de poder assimétricas e as fronteiras terapêuticas que balizam ontologias diferenciadas do corpo, da saúde, da doença e dos consumos medicinais, contribuem de modo importante para o debate dos processos de *recriação* dos espaços terapêuticos e dos impactos que o *natural* continua a ter no quotidiano das pessoas. Tal é relevador dos múltiplos estratos nos quais as plantas são chamadas a exercer um papel fundamental no bem-estar humano (Green et al., 2015).

Especialmente em contextos pós-coloniais, onde o legado cultural e sociopolítico do período colonial permanece vinculado em várias esferas da vida social (Scott, 1995), os biomédicos e também pacientes procuram, amiúde, reconfigurar a “medicina tradicional” com base nas noções de modernidade, ciência e progresso (bio)tecnológico (Khalikova, 2021). Neste contexto, a biomedicina tende a oscilar entre as ideologias que subjazem o dito tradicional e o moderno, no intuito de responder, tanto às expectativas, como aos imperativos do poder político e das políticas de saúde, como dos próprios indivíduos – pacientes. Não obstante, a subsistência das práticas terapêuticas ditas “tradicionais” no tempo e no espaço, é legitimada pelo seu legado histórico e social, tendo resistido às sucessivas tentativas de repressão durante o colonialismo (Bastos, 2007; Feierman & Janzen, 1992), o que é revelador, por si, da flexibilidade e ecleticidade das suas práticas (Feierman & Janzen, 1992), bem como da sua capacidade de inovação e adaptação (Lock & Nguyen, 2010; Bhasin, 2007). Aqui também importa aludir à natureza carismática dos terapeutas locais, na medida em que são considerados como guardiões do conhecimento e, cuja função principal, é a de orientar e dar resposta aos problemas e à dor que aflige os indivíduos da sua comunidade.

Não obstante os paradigmas de influência biomédica e, por conseguinte, de uma proximidade identificatória com uma matriz de ‘europeidade’ presente em vários setores da sociedade santomense, a expressão da *medicina da terra* mantém-se definidora de um contexto terapêutico (auto)caracterizado a partir de valores, saberes e práticas do mundo das plantas medicinais, veiculado, sobretudo, conforme já notado, pelos ‘mais velhos’, cujo estatuto lhes confere, não só, um poder social, mas também pragmático do ponto de vista terapêutico.

Porém, não descurando o papel da chamada ‘medicina tradicional, a biomedicina, enquanto espaço terapêutico essencialmente predominante na sociedade, ancora-se uma abordagem crítica da noção *medical gaze* (Foucault, 2003 [1963]), na medida em que, seja

qual for a organização relacional entre instituições formais e não formais, interessa contemplar o papel que a biomedicina desempenha nos processos de definição de estratégias em saúde e as relações de poder que se estabelecem efetivamente no exercício médico (Carapinheiro, 1993) de um modo global. Neste contexto, compor uma dimensão analítica capaz de aproximar o *medical gaze* (Foucault, 2003 [1963]) e o biopoder (Foucault, 2008 [2004]), em estreita ligação com os processos de institucionalização de saberes e práticas (bio)médicas, é central à nossa linha de pensamento. Em simultâneo, o seu cruzamento com o património medicinal natural, cujas práticas tendem naturalmente a receber reconhecimento social (Cabral et al., 2014), abre um hiato entre as terapêuticas que são ou não devidamente submetidas a um processo de validação científica e de regulamentação farmacológica. Contexto este que abre lugar à problematização da ideia de “modernidade tradicional” e que, frequentemente, se encontra indissociável dos discursos em torno da conceção de ‘medicina nacional’ e das premissas nacionalistas subjacentes (Croizier, 1968; Khan, 2006). Afinal, em que medida os paradigmas de influência biomédica procuram estabelecer uma conexão com a *medicina da terra*? De que modo se co-constroem? Em que medida opera, na realidade, a relação organizacional entre práticas e terapeutas diversos? Será, na verdade e, sobretudo, um contexto (auto)imaginado propiciado pela conjuntura socio histórica, política e económica?

Desta forma, refletir sobre os meandros da relação organizacional (ou ausência dela) entre as práticas terapêuticas *da terra* – a medicina local, com recurso a folhas, cascas, raízes, sementes e afins e a biomedicina, sublinha a importância de ponderar e desenvolver a construção e o uso das “verdades” veiculadas pela biomedicina. Almeja-se, deste modo, melhor compreender a relação dos profissionais de saúde com os seus pacientes, com o próprio saber biomédico, enquanto conhecimento tendencialmente hermético e, em simultâneo, com a panóplia de saberes considerados como não-científicos (Tesser, 2007), mas sustentados em experiências seculares e com os quais são frequentemente confrontados. O equilíbrio almejado entre saberes e terapêuticas pode sustentar-se na noção de complementaridade (de cariz menos elitista), mas cujo processo de validação, padronização e comercialização requer uma certificação e um reconhecimento por parte da comunidade científica, revelador do biopoder patente na organização da sociedade. A reivindicação pela validade científica assume, não só, uma vertente de comercialização controlada, no sentido de sistematizar a terapia medicamentosa à semelhança do que ocorre no quadro biomédico⁹⁷, permitindo, assim, melhorar a terapêutica dita convencional. Mas também possibilita, em simultâneo, o repatriamento de informação para a comunidade.

Do ponto de vista da dinâmica terapêutica e dos terapeutas, é interessante observar as estratégias de ‘modernização’ das medicinas locais, que se operacionaliza, não só, através

⁹⁷ Ex. INFARMED, ARFAMED, EMA

da reconfiguração e da adaptação de saberes e práticas (Lock & Nguyen, 2010), como também da demanda dos interesses do mercado (formal e informal) e da intervenção do estado na gestão pública de uma “medicina tradicional” ‘moderna’ (Langwick, 2015) e negociada. Ao mesmo tempo, que se criam as condições para garantir uma continuidade renovada de quadros terapêuticos locais. Em contrapartida, também é relevante pensar neste processo enquanto um mecanismo interno de resposta local e, em simultâneo global, às novas necessidades sociais de um mundo contemporâneo que se encontra em permanente reconfiguração e fusão resultante de novos modelos globalizadores (Bastos, 2001).

Ademais, a presença de sinais de suspeição face a cuidados de saúde biomédicos pode relacionar-se com a incompreensão e a desconfiança de um determinado quadro terapêutico, cuja linguagem, verbal e não verbal, nem sempre está acessível ao entendimento comum (Gyasi, et al., 2011), e/ou até mesmo oculto pela ausência de diálogo. Sem, porém, desconsiderar que este processo se pauta por um caminho de duas vias em conexão mútua:

“[...] [em STP] é muito frequente as crianças tomarem uma série de receitas tradicionais quando nascem. Para limpeza do intestino e que são muito agressivas e que nós vemos muitas crianças que chegam à unidade de saúde muito pequeninas, que nasceram há pouco tempo e que estão a fazer o controlo do peso da primeira ou segunda semana e já estão com diarreias. Pelo aspeto da diarreia dá para ver perfeitamente, para perceber, mas as mães nunca assumem. Há algum receio em assumir que deram as preparações tradicionais, mas depois percebe-se pelas características das fezes [...] puxando depois pela mãe percebe-se que, consegue-se arrancar, com algum esforço, a verdade. E tivemos muitas situações complicadas de crianças que baixaram o peso depois da nascença, muito além daquilo que é considerado normal após o nascimento [...]

[...] é uma questão tradicional e cultural. Provavelmente, as fezes da criança nos primeiros dias são muito escuras por causa do mecónio, mas é um processo natural, com a eliminação das fezes vai saindo, não é! E, não sei se é para assegurar esse processo, por acharem que a criança está com algum tipo de sujidade e queiram limpar mais depressa. Mas penso que provavelmente é por causa disso que dão essas ervas.”

E.C. nutricionista, Lisboa, setembro, 2017

“[...] recordo-me que na Trindade estava um rapaz jovem, já não me recordo bem da situação familiar, mas lembro-me que tinha uma avó apenas e que estava com sintomatologia de malária. No entanto, a avó acho que fazia chá com flores de papaia,

porque supostamente tinha propriedades antimaláricas e então o rapaz ainda ficou três dias a penar só aquele chá sem recorrer aos serviços de saúde.

[...] [experiência do atual projeto onde trabalha - INMOURARIA GAT em Portugal] relativamente a santomenses daquilo que eu percebi e percebo no acesso à saúde, de algumas crenças, há algumas reticências no acesso ao tratamento e na adesão ao tratamento. [...] nós no projeto trabalhamos sobretudo com diagnóstico e acesso ao tratamento HIV, hepatite B e C. E, em São Tomé, pelos dados que temos vindo a ter dos imigrantes, existe bastante hepatite B [...] o feedback que eu tenho tido destas pessoas diagnosticadas com hepatite B é que já não dão muita importância, porque têm logo um familiar 'ah, mas não, o não sei quantos também tem e está muito bem' e a questão de fazer o tratamento para a hepatite B não lhes faz muito sentido, porque já têm um chá que costumam. Porque não sei quem costuma beber. Portanto, é um bocadinho mais complicado em algumas pessoas."

D.S., portuguesa, enfermeira, Lisboa, abril, 2017

Pelos meandros de um colonialismo médico?

O plano dos discursos alia-se, frequentemente, a uma subalternização, por vezes, disfarçada ou, até mesmo, uma abstração (in)consciente dos conhecimentos e práticas locais (re)produzindo, por conseguinte, relações de poder assimétricas que se colocam, não raras vezes, em confronto e, de igual modo, potenciam a reclusão de quem procura os serviços de saúde biomédicos:

"Não acontece nada de transcendente! Salvo a utilização de plantas consideradas como medicinais para usos homeopáticos, realidade que não é diferente do que acontece em contexto nacional [Portugal], por exemplo, transmontano, com a utilização de mezinhas.

O Instituto Marquês Vale Flor está há mais de 25 anos em São Tomé, com o projeto Saúde para Todos, a levar médicos especialistas e respostas em saúde que lá não têm."

A.Z. médico, português, Lisboa, Abril, 2017

"[...] nunca senti essas questões de possível parte tradicional ou outras coisas, nunca senti em São Tomé. Nunca me apercebi de possíveis mezinhas que pudessem dar [...] São Tomé já tem a 'Saúde para Todos' há tantos anos e o impacto que isso tem! Quase toda a agente sabe quem é o Marques de Vale Flor e quem é o Dr. E. que é o que está responsável. [...] eu acho que ao nível da saúde, eles têm aderência. Eles têm um

marco muito forte e uma transformação ao nível de cuidados e da visão que as pessoas têm da saúde através do IMVF. Já estão lá há 25 anos.

[protocolo de evacuação médica] por causa do IMVF, eles têm uma ponte. Eles próprios é que avaliam quando não há lá condições e ajudam na transferência. Até que eles têm a telemedicina. Eles têm isso implementado na altura em que eu estava lá!”

C.S. enfermeira/médica, Coimbra, abril 2017

“[...] nas crianças existe um grande hábito de nos primeiros dias, nas primeiras semanas de vida darem vumbada que é uma espécie de medicamento tradicional que é um conjunto de ervas e que já me disseram que tem a ver com dar força à criança, no entanto isso depois tem um impacto bastante negativo na criança recém-nascida. Têm crises de diarreia muito fortes e febres e, por vezes, até pode levar à morte da criança. A criança não está preparada para este tipo de estímulo, mas é grande prática em todos os locais onde tive oportunidade de trabalhar, era uma prática muito usual. Era das grandes lutas nossas nas consultas maternas e infantil, era tentar desmistificar [...] à semelhança um bocadinho do nosso Portugal de há uns anos atrás há muito o recorrer à medicina tradicional, a mistura das ervas, os chás. Eu recordo-me de ouvir falar que em algumas situações quando a criança tem muita febre as banham com um conjunto de folhas, ou quente ou morno, depois já cada um inventa a sua, também para ajudar a criança a ficar mais saudável.

[...] estava a recordar-me de outro hábito que muitos homens, sobretudo numa idade mais sexualmente ativa se gostavam de vangloriar de beber, o chá de micócó. Uma bebida qualquer com micócó que é supostamente uma erva afrodisíaca, uma erva que lhes aumentava a potencia sexual e isso era bastante comum [...]”

J. enfermeira, Lisboa, abril, 2017

As retóricas, não só, cristalizam o entendimento que se faz do saber e do fazer em saúde, como o relacionamento que se estabelece em contexto terapêutico, mas também matizam o universo híbrido dos percursos terapêuticos, criando uma clivagem entre o plano dos discursos e das práticas, frequentemente em circunstâncias onde a biomedicina não oferece uma perspetiva de cura ou mesmo cujo tratamento é considerado como excessivamente invasivo:

“[...] a minha esposa fez uma cesariana na primeira gravidez e acho que foi desnecessário. É um exagero o número de cesarianas que se fazem! Conheço várias situações. Aqui, no hospital de Aveiro, vão logo para a operação. Em São Tomé

existem as parteiras e, por exemplo, quando veem que o bebe está a vir de pés, elas conseguem virar a criança! Mas aqui vão logo para cesariana!”

C.L. Santomense, Aveiro, janeiro, 2017

O pau-sangue é frequentemente utilizado no pós-parto para “dar sangue”, dependendo do estado da mulher: *“se ela estiver debilitada, mas o tratamento é feito em casa porque o hospital não aceita. Não aceitam a medicina tradicional! Há uma barreira que existe entre as medicinas e, principalmente, aqui [em Portugal] há entraves colocados às práticas tradicionais. Por isso já nem falamos e fazemos na mesma.”*

Notas de campo, Aveiro, janeiro, 2017

Em contrário, vislumbramos os impactos da construção de espaços de (re)encontro e de partilha da narrativa do paciente relativamente à sua condição. Na verdade, constituem espaços onde se procura efetuar uma triangulação do mundo das plantas, com o conhecimento biomédico, o mundo físico e também espiritual e com as pessoas. O que nos permite explorar também a relação entre as circunstâncias contextuais e as performances que, em grande medida, transcendem para o contexto transnacional, essencialmente a partir de experiências passadas e presentes.

“[...] [em STP] As mulheres pelo menos, ou grávidas ou com filhos recém-nascidos, dentro de Angolares, procuravam bastante o centro distrital de saúde, mas isso tinha muito a ver também com a forma como a enfermeira que estava responsável pelo PMI estava com as pessoas e procurava as pessoas. Havia uma procura pelas pessoas também. Como havia um registo das mulheres que estavam grávidas, se houvesse uma falta a uma consulta, esta enfermeira também se deslocava e pedia à prima ou à tia que a avisasse para ir à consulta, porque já estava fora do tempo e isso acontecia também, por vezes, nos postos de saúde comunitários com os agentes de saúde comunitários. Eram pessoas que não eram profissionais de saúde, tinha alguma formação em saúde, mas que também serviam de interligação entre a comunidade e os enfermeiros. Havia sim, pessoas que procuravam, mas sobretudo em estado mais avançado, mas em termos generalizados era mesmo mais em caso de um acidente que tivesse uma ferida muito feia e que não conseguissem tratar em casa ou uma coisa mais grave associada à dor [...] sinto que também tem muito a ver com a empatia do profissional de saúde.”

D.S., portuguesa, enfermeira, Lisboa, abril 2017

“[...] aquela associação de beber vinho tinto a seguir ao parto que é para recuperar o sangue, 'eu pergunto, mas em que o vinho ajuda a recuperar sangue. A resposta que obtenho é 'ajuda e ponto final'. Também não é que seja prejudicial [...] Agora a vumbada [...] foi uma coisa que em 2009/2010 eu pesquisei imenso sobre aquilo, falava com imensas pessoas. Fui inclusive ver algumas senhoras a fazer aquelas misturas e agora mesmo os profissionais de saúde e as pessoas dizem que o uso está a diminuir. As pessoas já não fazem tanto uso. É a vumbada e o contra. Vumbada, bebe-se, é uma miscelânea com óleo de palma e pau-pimenta e algumas outras folhas ali misturadas. Então o princípio é que aquilo vai limpar a barriga da criança, para a criança vir para a sua vida e deixar a vida que tinha dentro da barriga da mãe. Isto é algo que elas falam. Portanto, é para limpar a criança e iniciar a vida da criança nesta terra. Então eles dão a vumbada nos primeiros 15 dias, depois 45 dias e o propósito é irem dando até que a criança faça mesmo uma diarreia verde [...] esta prática é do ponto de vista clínico, é das coisas que realmente a gente desaconselha sempre e não é de todo uma coisa positiva. Tem imensos danos, não é...”

O contra, é uma tratamento externo, do que eu sei. É uma coisa com folhas verdes e com banho, é um tratamento externo, então não me parece ser tão prejudicial para a saúde, mas não sei mesmo se tem algum efeito prejudicial para a saúde e culturalmente, ok, se as mães, as mulheres acham que aquilo é muito importante para elas, nós não interferimos tanto aí. Mas quando há uma criança que faz vumbada ou quando elas falam em vumbada, nós desaconselhamos sempre e depois explicamos [...].

Portanto a criança nasce, há uma perda de peso ligeira e a partir dos 15 dias depois começa a subir, não é. Então, esta é uma informação que muitas das pessoas em São Tomé não sabem. Então elas ficam assustadas nessa fase em que o peso baixa. Muitas mães ficam assustadas e então aí, às vezes, há a introdução dessas mezinhas e desses tratamentos, porque a criança não está a desenvolver [...] num caso chegou [uma mãe com o bebé] e tinha mais de 15 dias e não estava a subir de peso e nós fizemos todo nosso interrogatório e às tantas eu lembrei-me de perguntar à mãe 'voce deu a vumbada? E ela respondeu 'dei' e pronto então nós agarramos por ali até para explicar à mãe que poderia ser uma das causas para a criança estar assim. Depois explicamos que é normal baixar o peso e depois é que a criança tem a habituação com tudo, com todo mundo cá fora [...] e depois a criança começa a subir de peso e foi uma mãe, por acaso com uma história muito interessante, porque era jovem, 28 ou 29 anos [...] emocionalmente a equipa toda ficou ligada à senhora, porque

ela depois veio agradecer o facto de nós termos explicado para ela. Não sabia que aquilo funcionava assim. Depois teve uma luta com a mãe dela, porque a mãe queria continuar a fazer essas coisas e ela tentou sempre proteger a criança. Foi um caso bem-sucedido nesse aspeto da mãe ter barrado o que a avó queria fazer.

De uma forma geral, agora os enfermeiros dizem que tem diminuído a frequência e as famílias que fazem esse uso. Houve um projeto bastante grande nos últimos anos dos Médicos do Mundo [terminaram a sua intervenção em 2014] que trabalharam muito a questão da amamentação e do aleitamento materno exclusivo. Então acho que também pode ter contribuído [para a diminuição do recurso à vumbada]. É uma prática tão agressiva para o trato gastrointestinal da criança que há muitas idas ao hospital e muitas diarreias consequentes disso. E fazem, devem fazer aqui [Portugal], mas tenho ideia de que não se abrem tanto. O ambiente nos serviços de saúde é, digamos que, mais formal. E afinal, estão noutra país culturalmente diferente e que não conhece os seus hábitos e práticas. Partimos desse princípio."

L.M. enfermeira, Lisboa, Outubro, 2017

"É muito frequente as crianças tomarem uma série de receitas tradicionais quando nascem. Para limpeza do intestino e que são muito agressivas e que nós vemos muitas crianças que chegam à unidade de saúde muito pequeninas, que nasceram há pouco tempo e que estão a fazer o controlo do peso da primeira ou segunda semana e já estão com diarreias e pelo aspeto da diarreia dá para ver perfeitamente para perceber. As mães raramente assumem. Há algum receio em assumir que deram as preparações tradicionais, mas depois percebe-se pelas características das fezes [...] e puxando depois pela mãe percebe-se que... consegue-se arrancar, com algum esforço, a verdade. E tivemos muitas situações complicadas de crianças que baixaram o peso depois da nascença, muito além daquilo que é considerado normal após o nascimento [...]"

E.C. nutricionista, Lisboa, setembro, 2017

Procurando assim discutir o equilíbrio ou a idealização de um equilíbrio entre a biomedicina e a medicina local, é necessário, não só, problematizar a biopolitização das medicinas não-biomédicas, particularmente a medicina local santomense, em conexão com as respetivas redes de intercâmbio formal e não formal de cuidados médicos. Mas também compreender os fatores que subjazem o desenvolvimento de planos de saúde, em particular, na área materno-infantil. Neste contexto, verifica-se que em STP a saúde materno-infantil reflete-se, de facto, como uma prioridade na política nacional de saúde, com vista a reduzir a

mortalidade e a morbidade destes grupos⁹⁸, refletindo-se de igual modo como uma área de intervenção privilegiada das ONG internacionais. De acordo com os dados do RGPH (2012), a taxa de mortalidade infanto-juvenil foi estimada a 34,2 por 1000, sendo que 37,2 por 1000 se refere ao sexo masculino e 31,1 por 1000 ao sexo feminino.

4.2.1 Conhecimentos e consumos terapêuticos

“[Local knowledge] is continually generated and regenerated within the contexts of people’s skilled, practical involvement with significant components of the environment”; knowledge ‘subsists in practical activities themselves, activities that may also be interpreted as ways of remembering.’ (Ingold, 2003, pp. 307–8).

O estudo etnográfico sobre as categorias do conhecimento dito leigo e científico, como se produzem, configuram e reconfiguram, como se cruzam e circulam, no tempo e no espaço, constituem importantes dimensões de análise para compreender e explicar, não só a continuidade histórica e social de saberes e práticas terapêuticas, como também, os processos de negociação entre quadros terapêuticos distintos. Estes processos de conciliação ampliam os saberes, os percursos e os consumos terapêuticos de um modo que nos permite contextualizar a diversidade médica, bem como as premissas que penetram os discursos de legitimação e/ou permissividade (seletiva) e as retóricas em torno da eficácia dos medicamentos, das terapias e também dos seus limites (Saraiva, 2008). A própria flexibilidade do conhecimento (Moreira-Frazão, 2010) atenta-nos para os processos de apropriação e de adaptação de saberes e práticas, cujo carácter eminentemente circulatório e transformativo permite observar os moldes em que opera a sua continuidade histórica e social.

Partindo da relação umbilical dos saberes e das práticas terapêuticas, com a noção de pertença e eficácia, importa contextualizar a (re)produção de conhecimento no cenário transnacional. Em primeiro lugar, a relocalização da produção e a reconição do conhecimento científico, no contexto das redes de intercambio internacional traz à luz o papel do desenvolvimento da ciência e da sua capacidade de deslocação entre fronteiras, não só, geográficas, como de áreas disciplinares. A circulação do conhecimento, das respetivas competências relacionadas e das culturas materiais subjacentes, tem como base as redes e

⁹⁸ Ministério da Saúde (2018). Estratégia Integrada de Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente e Nutrição 2019-2023, São Tomé, Ministério da Saúde.

as sociabilidades presente no axioma do intercâmbio e o modo como estas redes se alimentam mutuamente (Halabuza, 2014).

A disposição contextual, dinâmica e contínua dos processos de intercâmbio, seja de que natureza for, mostra como a interação tem o potencial de transformação e de introdução de novos domínios dentro dos quais novas formas de conhecimentos e práticas são construídas (Raj, 2000). Subjacente à noção de co-produção de conhecimento e de agencialidade das pessoas (Raj, 2007), assim como da conceção relacional contruída em torno da agencialidade de pessoas e bens, Raj (2007) retoma a premissa de Tsing (2000) quando atenta para a ideia de que a circulação (de conhecimento, objetos, recursos) é em si acometida por tensões e resistências de natureza variada. A dimensão dinâmica e transformativa da circulação rejeita, assim, a ideia de passividade e reformula as assunções sobre a (co)produção e negociação do conhecimento, e concomitantemente a conceção hierárquica implícita no modelo “centro-periferia” de Latour (1987). As críticas volvidas para a noção de centros de cálculo (centro) e centros de recolha (periferia) enquanto ‘infraestruturas’ da produção (científica) de conhecimento (Latour, 1987), centram-se precisamente numa hierarquia estabelecida entre quem produz e é capaz de produzir conhecimento (processo de sistematização e análise) – o “centro” e quem atua como mero ‘fornecedor’ – a “periferia”. Menosprezando, à priori, a agencialidade da “periferia”, despojando-a, não só, da participação ativa de produção de conhecimento, como também a remete para uma incapacidade de compilar e produzir informação, um pouco à semelhança de algumas formulações também sobre o conceito de ‘zonas de contato’ que as caracteriza pela disparidade entre as realidades em contato e as respetivas relações de poder assimétricas.

Neste âmbito e considerando o movimento multidirecional do conhecimento, compreendemos que a relação entre as diferentes dimensões do conhecimento e da atividade humana, submete também um significado mais complexo ao conceito de ‘zonas de contato’. A noção de zonas de contato foi empregue em diversos sentidos, como por exemplo, Pratt (1992) que a define como “espaços sociais em que culturas distintas se encontram, chocam entre si e se envolvem umas com as outras, muitas vezes em relações de dominação e subordinação altamente assimétricas – tais como o colonialismo, a escravatura ou as suas sequelas que sobrevivem hoje pelo mundo fora” (p. 4). Esta premissa apela a uma ideia de zona de contacto onde está implícito o encontro entre uma espécie de “totalidades culturais”, o que não reflete necessariamente a realidade. Entende-se, no entanto, que a zona de contacto é passível de envolver diversidades culturais selecionadas e fragmentadas, espácio-temporalmente situadas e revestidas de um sentido particular (Santos, 2002). As zonas de contacto podem, assim, ser entendidas como esferas sociais onde diferentes sociocosmologias, práticas e conhecimentos se encontram, colidem e/ou divergem e interagem.

A utilidade destas noções estende-se, assim, ao interesse em (des)construir e (re)pensar a produção, considerando antes de mais, a elasticidade do próprio conhecimento e, por conseguinte, sua capacidade de transformação volátil. Deste modo, desde a sua utilização para tentar explicar as fronteiras do conhecimento e das práticas, ao confronto nos e entre os processos de tradução, hoje todas as transformações são entendidas enquanto potenciais aberturas face a novas perspetivas.

Também a comunicação e modo como se comunica, associado ao seu papel na circulação do conhecimento, assume um carácter medular, na medida em que representa o veículo de distribuição social de conhecimentos e práticas e cujos impactos, mais ou menos, profundos, se podem observar, tanto na esfera social, como económica e política (Bastos, 2001).

As características dos elementos em circulação, adaptam-se portanto às circunstâncias transnacionais de forma, mais ou menos, flexível, dependendo das contingências do contexto e, também mostram como as práticas de saúde constituem exemplos de uma cultura processual flexível, constantemente renegociada e renovada.

Deste modo, os saberes e as práticas terapêuticas assumem-se como uma dimensão cultural importante na reestruturação das sociabilidades e do compósito identitário num novo cenário (Horowitz, 1985; Quintino, 2004; Wilson, 1983), estabelecendo aqui um paralelismo com o postulado da noção “razões de saúde” ou, na realidade, com uma multiplicidade de “razões de saúde” (Cunha & Durand, 2011), tendo em consideração as dinâmicas dos processos de decisão e da relação entre medicinas e das medicinas entre a sociedade.

O valor da eficácia tangível e simbólica do medicamento e da linha terapêutica assume, também, um papel fulcral quando procuramos compreender as disposições da procura, da adesão e/ou não adesão, situação que é condicionada e condiciona o modo como o indivíduo assimila a sua própria condição. Assim, algumas das razões que podem conduzir à não adesão derivam dos efeitos secundários dos medicamentos – *iatrogénese clínica*, assim como a *iatrogénese social* (Illich, 1976). Neste sentido, os efeitos secundários e sociais, surgem como elementos orientadores dos percursos terapêuticos e das respetivas decisões sobre quais os medicamentos a consumir – ameaça versus benefício – e por que ordem e/ou lógica de complementaridade terapêutica adjacente.

Entre consumos, significados simbólicos e fronteiras terapêuticas:

“[...] há pessoas que dá bebé a beber purgante. Eu nos princípios dava aos meus filhos o purgante, o que se fala vumbada, mas há bebé que não calha assim tão bem com ele. Depois de dar ficam com muito mau estar [...] a penúltima filha, quando era bebé e lhe dava vumbada, dava ela muito febre, depois dava diarreia. É que a febre passa, mas outras crianças não. [...] depois já não dava o purgante, essa vumbada, só

dava esse Gligô-d'Obô com unanguilá, o suco do uanguilá e Stlofi, com um pouquinho de babosa [...] só isso fazia efeito, já não era preciso dar purgante e depois comprava leite magnésia e dava [...] para limpar o intestino [...] agora compro sempre na farmácia do Jumbo [líquido] põe um pouquinho no copo, mistura com um pouco de água ou um pouco de leite [...] é um tipo de laxante [...] a gente pode dar a bebé também. Lá em São Tomé, há muitos anos atrás, havia um laxante chamado 'magnésia de são pelegrino' [este era em pó e misturava-se com água] e depois passado um tempo acabaram e agora já é outro que se chama só leite de magnésia."

A., Santomense, Coimbra, abril, 2017

"[...] é assim, eu, a maioria das vezes dificilmente usava medicamentos [sintéticos]. Era mesmo mais plantas [...] [na culinária] também tem um efeito preventivo. Por exemplo, para fazer o calulu usamos muitas plantas diferentes, muitas folhas diferentes e os mais velhos lá dizem que cura muita coisa. Por exemplo, previne contra as doenças! A maioria das vezes. O organismo precisa dessas plantas todas e previne contra certas doenças ou ajuda o corpo a ficar mais resistente [entendido como um reforço do sistema imunitário].

[...] o meu filho, fui com ele a São Tomé no ano passado em dezembro que ele fez um ano e, por exemplo, quando a gente vai daqui para lá há muita gente que diz 'ah quando estás a ir tens que passar remédio, tens que lhe passar assim coisas de contra no corpo, porque lá tem muito mau olhado, mas é uma coisa que eu não preocupei muito com isso...fui normal, levei [...] nós fomos normalmente. Só enquanto tivemos lá é que ele adoeceu porque ele estava com os dentes a sair, teve um bocado de febre, mas não foi nada assim de muito...e a avó lhe fazia assim umas coisas, mandava-me fazer umas certas coisas da terra e tal. Umas folhas ou cozinhar barbosa que é a aloé vera e também mandava espremer o leite da mama na cabeça dele para ajudar os dentes a sair, para não dar febre. E tem uma folha também [...] folha de manjoló que a avó mandou fazer para ele, para por na testa por causa dos dentes. Depois tem um óleo que a avó me deu para passar na barriga quando ele tem assim dores na barriga ou coisas do género [...] ao médico não levei porque sabia mais ou menos o que era, que era os dentes mesmo e nem aqui quando ele está assim com febre como ele teve um dia destes por causa da gengiva...eu não levo porque eu já sei o que é e normalmente aqui quando se leva a criança dessa idade que não é nada de muito grave...aqui dizem a febre tem que ter três dias e depois levar ao médico [...] só levou quando ele tem consulta e quando tem febre mais de três dias que eu não sei o que é porque depois torna-se uma rotina [...] não quero depender muito...acho que uma mãe

tem que desenrascar também um bocadinho, aprender sozinha [...] porque depois eu tenho planos de ir de vez para São Tomé e eu sei que isso lá também não é...ter que ir ao médico constantemente...tenho que aprender a desenrascar-me sozinha em São Tomé o que para mim faz muita falta, o que está a precisar de muita ajuda é na educação e na saúde [alusão à dificuldade no acesso à saúde em STP] [...] quando tu vais com qualquer coisa também não te ligam muito [...] e isso também faz com que as pessoas se desenrasquem mais em casa do que [ir ao médico] mas aquela situação quando fui a São Tomé não dei só medicação tradicional, também levei ben-u-ron que eu fazia ben-u-ron todos os dias [complementaridade de medicamentos locais e biomédicos] por acaso foi o ben-u-ron, foi porque a febre que ele tinha não passava. As coisas que a senhora mandou fazer era mais para ajudar.”

E.S., Santomense, Coimbra, agosto, 2017

A oscilação de fronteiras terapêuticas é uma realidade que acompanha as diversas narrativas em STP e cuja tenuidade baliza o modo como as práticas se entrecruzam, assimilam e adaptam, numa perfeita simbiose dos recursos medicinais naturais disponíveis na natureza e o conhecimento e prática (bio)médica:

“No tempo em que estive em São Tomé e Príncipe recorri aos serviços de saúde [clínica (bio)médica] devido a uma gastroenterite. A médica recomendou chá de folha de goiabeira. Lembro que me questionar e, conseqüentemente a médica, ‘mas onde é que eu vou agora arranjar folha de goiabeira’ e a médica pediu-me para aguardar e foi ao seu quintal buscar a folha e deu-me!”

S.R., Portuguesa, investigadora, Lisboa, julho, 2017

Da deslocação entre fronteiras terapêuticas também resultam significações diferenciadas da doença e das suas causas que subjetificam e complexificam os fluxos entre a biomedicina e as práticas terapêuticas locais.

“Agora estou a lembrar-me, houve um caso bastante grave que nós tivemos com uma criança em que os pais recusaram ficar no hospital. Ele tinha diarreia há muitos dias, então ele ficou só a fazer tratamento com folhas e no curandeiro e quando chegou ao hospital, ele estava completamente desidratado, com uma desnutrição aguda, severa e estava cheio de feridas na zona do ânus. Então, a família achava que aquilo era um mau olhado contra o bebé. Como iniciamos a recuperação em internamento e pelo estado em que a criança estava, a recuperação era muito lenta, ele não estava a melhorar, então o pai chegou ao internamento e não autorizou que a mãe ficasse lá

mais com o filho. Nós pedimos para falar com o pai, porque as mulheres têm uma voz um pouco muda, não é, quando entra o homem, o homem é que manda se a mulher fica internada no hospital ou não. Ainda há uma grande percentagem de situações destas.

Nós mandamos chamar o senhor para tentar falar com ele e explicar, mas eles na noite seguinte abandonaram, fugiram mesmo do hospital. Voltamos [a ter contato com a criança] a criança recuperou, dentro do que eles fizeram a criança. Foram para um distrito diferente, para casa de alguém da família e depois eu na altura perguntei [às enfermeiras] se sabiam mais daquele caso. A criança estava viva. [...] De facto, quando ele mudou de distrito não pudemos continuar a segui-lo, não fizemos mais acompanhamento com ele, mas existiram outros casos com esta semelhança que é a semelhança das famílias acreditarem que aquilo é um mau olhado ou que a criança não tem que sobreviver por alguma coisa, ou é fraca, como eles dizem. Eles dizem esta expressão!

A dualidade (bio)médica:

[...] uma outra coisa da minha área para vómitos que muitos recomendam é uma mistura de folhas que eu não sei o nome e água com vinagre. Deve -se beber aquela água com vinagre. Por acaso, eu no fim de semana passado antes de me vir embora estava com vómitos e foi a senhora que vai lá a nossa casa à hora do almoço que me disse com aquele ar muito amoroso 'ah mas a doutora faz água com vinagre, isso vai passar' [...] ela foi preparar aquela coisa e fez também a mistura das folhas verdes, mas eu disse 'mas ó Nina qual é o nome destas folhas e ela disse 'eu não sei, a minha mãe é que sabe' [...] outras folhas até ela até me sabe, às vezes, dizer, mas naquele caso em concreto ela diz que pediu à mãe. Sei que são três folhas diferentes, uma delas era cidreira, as outras duas ela não sabia o nome. E, de facto, eu bebi a água com o vinagre e foi uma sensação de neutralizar a minha barriga, foi espetacular. Era mais ou menos uma colher de vinagre para umas três de água. É só assim dois dedos no copo e beber um golinho de cada vez [...]"

M.L.⁹⁹ nutricionista, Tomar, setembro, 2017

⁹⁹ No âmbito do trabalho na HELPO, M.L. participou numa missão em parceria com o Ministério da Saúde de São Tomé, com um projeto de nutrição no distrito de Cantagalo. Realizam consultas semanais em quatro Centros de Saúde, com acompanhamento da enfermagem, no que diz respeito à vacinação. Desenvolveu trabalho também nas equipas móveis, onde realizavam rastreios para despistar problemas nutricionais em crianças até aos 5 anos e grávidas em risco de desnutrição com o objetivo de trabalhar a mudança de comportamentos ao nível alimentar. Acompanhavam igualmente situações de internamento e o projeto detinha uma componente de formação aos técnicos de saúde.

As práticas desvendam os percursos de saúde e de doença e, ao mesmo tempo, a lógica latente aos principais consumos terapêuticos. Tanto as experiências individuais e particularmente familiares corroboram os mecanismos de gestão dos recursos disponíveis e acessíveis no contexto da saúde, tornando o contexto familiar, frequentemente, como o primeiro ‘sistema’ de saúde. Desde o mérito e a reputação dos conhecimentos locais, às experiências sobre a eficácia e os efeitos secundários e sociais dos medicamentos – *mindján tela* e/ou sintéticos, à acessibilidade de cuidados de saúde biomédicos e respetivos recursos e, inclusive, à relação afetiva e de proximidade com os terapeutas da medicina local, despontam as condições que permeabilizam os consumos terapêuticos (Whyte, Geest & Hardon, 2002), sem subestimar as variáveis psicossociais, em particular, as próprias competências da cognição.

4.2.2 “Salva a ti e os outros”: do plano físico ao espiritual

“...perceived medicine, magic and religion as three sets of social processes...so closely interrelated that the disentanglement of each from the rest is difficult or impossible.”

(Rivers, 2001 [1924], p. 1)

A osmose entre o plano físico e espiritual na saúde

Das coisas da terra, percorremos brevemente as *performances* que ainda pulsam do património (i)material santomense numa viagem que atravessa a teatralização, a espiritualidade e os processos de cura, onde a tríade cristianismo-paganismo-feiticismo se cruzam e, por vezes, (con)fundem. Valverde (2000) constitui uma referência interessante na descrição de processos curativos realizados por curandeiros e feiticeiros – *Fitxicêlu*¹⁰⁰, discorrendo sobre performances de possessão e de metamorfose espiritual e corporal, como seja, o *djambi*, enquanto prática bastante comum em São Tomé. Compendiar a análise de performances curativas com significações próprias, como o *djambi* objetiva-se meramente na relevância de a enquadrar e de refletir sobre o universo simbólico que compõe as diferentes manifestações culturais de cariz terapêutica e onde o mundo das plantas (o nosso enfoque) se entrecruza em permanência.

O poder dos curandeiros revela-se, entre outros, na sua relação íntima com o *matu* que é em si o que o sustenta e dele deriva (Valverde, 2000) e, neste sentido, reúnem um corpo de

¹⁰⁰ Cf Anexo E

conhecimentos e uma proximidade socioafetiva com o contexto e com as pessoas que os pode caracterizar como que “etnógrafos locais” e “protossociólogos”, conforme ressalta Valverde (2000, p. 256). Assumindo-se, deste modo, como uma prática que assenta na co-aficialidade, o *curandeirismo* ostenta um estatuto de respeito e de confiança, que se pauta, não só, pela relação dialógica que estabelece com quem procura os seus serviços, mas também pela partilha generalizada de saberes e práticas terapêuticas entre a grande maioria da população (Valverde, 2000). Sob esta perspetiva, interessa particularmente reter a larga disseminação de processos curativos naturais e espirituais que se encontram impressos na cultura e nas experiências de vida dos santomenses, ainda que se (re)conheça uma variabilidade do nível de conhecimentos com base um conjunto de fatores, como a idade, o género, a escolaridade, a memória familiar, entre outros.

Da redenção espiritual, aos rituais de proteção e cura:

O *Djambi*

O *djambi* enquanto ritual coletivo, coloca-se como um interessante foco de observação, a partir do qual Valverde (2000) destrinça os pressupostos ontológicos que interpelam práticas de cura mágico-religiosas (e não só)¹⁰¹, mas, ao mesmo tempo, fornece pistas orientadores para uma leitura do poder de transformação, imaginária ou não, do repertório de processos terapêuticos que não se cingem à eficácia fitofarmacológica das plantas medicinais.

Mais especificamente vocacionado para tratar doentes que padecem de “loucura”, o *djambi*, no seu diálogo com os *Nén Ké Mú* – defuntos deuses¹⁰², envolve um frenesim físico e mental, onde os corpos *tomam santo*, isto é, entram em transe, (re)criando um ambiente mágico-religioso extasiante, alheio à realidade e ao corpo presente. O progressivo regresso à normalidade, deverá coincidir, assim, com a libertação dos conflitos psíquicos que afligiam a(s) pessoa(s) possesas e, por sua vez, com uma harmonização interna (Cf Espírito Santo, 1998) e o restabelecimento da boa saúde.

O *Pagá devê* – pagar o que deve

Acredita-se que as obrigações aos *Nén Ké Mú* devem ser cumpridas, caso contrário os devedores poderão ser acometidos por uma doença ou até mesmo a morte. Na sua essência, o *Pagá devê* refere-se ao cumprimento de um dever perante os espíritos, em jeito de

¹⁰¹ Valverde (2000) centra-se na procura de conceções gerais de índole cosmológica e ontológica através da observação da *performance* teatral do *tchiloli* (designação santomense da representação da *Tragédia do Imperador Carlos Magno e do Marquês de Mântua*, que consiste num drama de origem medieval difundido na Europa e introduzido em São Tomé e Príncipe pelos portugueses) e do *djambi* enquanto cerimónia com fins curativos, frequentemente realizado nos *quintais* ou *paços* dos mestres curandeiros.

¹⁰² Acredita-se que os *Nén Ké Mú* enviam sinais que se revelam sob a forma de uma perturbação do corpo/mente e que tanto podem significar um pedido de oferenda pelos defuntos deuses e/ou a sua necessidade em punir o indivíduo por alguma ofensa que tenha cometido (Espírito Santo, 1998).

prevenção ou cura de uma doença ou um estado (como, por exemplo, problemas no desenvolvimento das crianças) (Espírito Santo, 1998). Assim, para além do ritual almejar a proteção contra o mal físico e/ou espiritual, também serve o intuito de ‘pagar’ uma bênção aos espíritos pela cura de uma doença (Reis, 1969; Espírito Santo, 1998).

O ritual é frequentemente realizado à beira mar onde são deixadas pequenas esculturas talhadas a partir da madeira de oca e convenientemente vestidas com trajes femininos ou masculinos, consoante o sexo do devoto. Para além das esculturas, são deixadas como dádiva, por norma, comida e vinho, enquanto testemunhos de afeto aos espíritos, seguida de uma invocação aos *Nén Ké Mú* para rogar a sua proteção e bem-aventurança (Espírito Santo, 1998).

O *Pagá santu* – pagar ao santo (espírito)

Realizado nas margens de um rio ou do mar, à sombra da luz do sol, é ofertado um conjunto de bens, como ovos, flores, sabão, banana, peças de roupa da pessoa doente, entre outros, acompanhado do enfermo, da sua família e também de vizinhos. Neste momento, é invocado o *santu* de água ou do mar, seguindo-se uma oração para que lhe seja devolvida a saúde (Espírito Santo, 1998).

A salvação do corpo e da alma

Sal.va.ção - Do latim *salus*, exprime o ato de ‘salvar-se’ e, ao mesmo tempo, alude à noção de um estado de boa saúde¹⁰³. Desta conceção deriva *salvus*, cuja conotação apela à superação de ameaças à integridade física das pessoas (Filho, 2000). Da mitologia grega, σωτήριος – *soterios* simboliza a salvação, a redenção, o remédio e a proteção contra o mal. Materializando-se no desenvolvimento do saber soteriológico, uma área de estudos da Teologia que consiste na (inter)ligação da religião aos princípios da salvação da humanidade (Silveira & Santana, 2018).

A conexão entre o mundo religioso e espiritual e o saber e as práticas terapêuticas ganha expressão quando postulamos a religião enquanto “...expressão poderosa e condicionante da identidade, a incorporação de uma tradição de conceções de vida ou uma compreensão de valores, prioridades, esperanças e medos” (Hinnels & Porter, 1999, p. 14). Os pressupostos e as variações são múltiplos e transversais ao vasto leque de saberes, de ideologias e de práticas de cura e, cada vez mais, se procuram respostas que integrem as várias facetas da vida individual e social, cuja bagagem cultural, mas também emocional sedimenta a continuidade de saberes e de práticas medicinais presentes e perpassadas através da memória social (Hinnels & Porter, 1999).

¹⁰³ Dicionário de Português-Latim e Latim-Português, Porto Editora.

As práticas mágico-religiosas em saúde e doença são, muitas vezes, procuradas pelos que se sentem imbuídos de mau-olhado ou também de má sorte e que acreditam que tal pode ser o motivo de 'fraca saúde'. Configura uma prática que sobrevive e assume as mais diversas (re)configurações no tempo e no espaço, perpassando o meio rural, ao urbano (Lobo, 1995). Os indivíduos encontram, frequentemente, no universo sagrado uma libertação e um conforto, que nem sempre o biomédico é capaz de conceder. Os saberes sobre o mundo vegetal inserem-se em sistemas de conhecimento mais vastos e cuja âncora mágico-religiosa legitima processos terapêuticos elaboradas, não só a partir da manipulação de plantas medicinais, como também de objetos naturais sagrados: *“As práticas de manipulação de plantas surgem no âmbito de práticas adaptativas em que o carácter pragmático se associa a uma dimensão simbólica legitimadora da sua eficácia.”* (Frazão-Moreira & Fernandes, 2005, p. 25).

Neste contexto e muito presente no plano das práticas de cura associadas ao mau-olhado, encontramos inúmeras referências ao número sete (7) na preparação das mezinhas, cuja simbologia se sedimenta na matriz judaico-cristã. O sete (7) representa a soma de 4 + 3 e cuja significação simboliza a união entre a terra e o céu. Isto é, o número quatro (4) corresponde aos quatro pontos cardeais - Leste, Oeste, Norte e Sul -, e o número três (3) configura a trindade divina Deus Pai, Filho e Espírito Santo. Deste modo, o número sete (7) traduz-se na totalidade as coisas do Universo, sendo associado ao equilíbrio da natureza.

Neste âmbito, muito embora não configure o foco da nossa análise, a verdade é que este epifenómeno surge indissociável, de um modo geral, das visões socio cosmológicas sobre a saúde e a doença e, particularmente visível em inúmeras retóricas sobre a origem da doença ou mal-estar e os processos de cura. Colocando-se, assim, passível de um breve enquadramento e análise. A conotação religiosa e espiritual em torno da salvação dos males do mundo, da dor e do sofrimento e, por conseguinte, da doença e do mal-estar, permeia, amiúde, as retóricas de terapeutas locais, estabelecendo o carácter híbrido do próprio património das práticas e da tenuidade das fronteiras terapêuticas.



Imagem 4.1: Consultório *Mindjam Tela*, Cidade de S. Tomé, STP

“Salva a ti e os outros” – O consultório *Mindjam Tela*

São cerca das 9:50 horas da manhã. Trazida pela D^a D. e D^a L percorremos as ruas de terra batida do Riboque, no coração da cidade de S. Tomé, em direção ao ‘consultório’ do Sr. A. V., uma importante figura da “medicina tradicional”, como é conhecida, de São Tomé e Príncipe. Em frente, uma casa de madeira pintada de bege, tipicamente santomense, com portões de chapa de metal onde se pode ler *Mindjam Tela*. Seguindo pelos portões, chegamos a uma porta de madeira, aberta que liga à sala principal. É a sala de espera. De paredes pintadas de azul e chão de madeira, encontro já várias clientes que aguardam consulta sentadas num pequeno sofá e nas cadeiras dispostas em redor da sala. Sentamo-nos e aguardamos. Entretanto dá entrada mais uma cliente, todas mulheres. Enquanto aguardo, por entre o silêncio e olhares entrecruzados, observo o quintal pela janela, sem vidro, e vislumbro várias plantas, pequenas árvores e arbustos e uma espécie de abrigo, coberto com chapa de metal onde se encontram diversos ramos de folhas a secar. Respiro fundo: do espaço emana um aroma que faz lembrar uma miscelânea de plantas (medicinais), onde se faz o encontro do ‘natural’, com a procura pela cura. Pode caracterizar-se, na verdade, como um pequeno *laboratório* doméstico onde se elabora e distribui *mindjám tela*, cimentando a (re)produção ideológico-natural da ‘medicina tradicional’ santomense. Naquelas paredes de tinta azul, do lado direito, observo curiosamente um conjunto de

folhas afixadas com pioneses. Numa aproximação discreta, atento ao facto de se tratarem de tabelas de produtos e respetivos preços, disponíveis para venda no consultório. Observam-se *mindjân* tela, desde chás, a emulsões e xaropes, com variadas indicações terapêuticas, com uma disposição linguística interessante, e que se estendem para além da doença ou mal-estar físico, perpassando para o foro da cura/limpeza espiritual (Cf. Imagens nº21-24).

Do lado esquerdo, a primeira porta liga ao escritório onde se encontra a funcionária de A.V. que pouco depois vem ao nosso encontro para questionar sobre o que pretendíamos. Hoje é um dia de grande afluência e A.V. tem já várias consultas agendadas pelo que fomos aconselhadas a voltar no dia seguinte. Antes partir, espreito a segunda porta onde se situa o pequeno ‘consultório’ separado apenas por uma cortina floreada no qual A.V. está a consultar uma cliente.

No dia seguinte: um pouco antes das 8:00 da manhã já pela cidade de São Tomé, atravesso o quintal da D^a A., seguindo por outros caminhos de terra batida até chegar ao consultório de A.V. novamente. Enquanto vagueio pelos caminhos vazios do Riboque, um bairro edificado com as típicas casas de madeira, aprecio a frescura matinal e um silêncio momentâneo que rapidamente se altera ao aproximar-me do espaço terapêutico local reconhecido como o mais conceituado tanto ao nível nacional, como internacional.

“Salva a ti e os outros”, é a expressão afixada na parede que imediatamente se cruza com o meu olhar ao entrar no consultório. Em jeito de alusão à premissa religiosa de salvação e à moral subjacente ao altruísmo, proclama-se a libertação do mal provocado pela doença física, mas também espiritual que pode afetar o indivíduo, mas também a comunidade – o próximo. Aqui se vem em busca da cura física, mas também espiritual para os *males do corpo*.

Contemplo novamente a presença de várias mulheres que aguardam consulta. Não menos interessante e importante, denoto que este universo híbrido traz também para a reflexão questões de economia política que traduzem, não só, a estrutura dos saberes e das práticas terapêuticas, bem como, o caminho exigido para as medicinas locais por parte da administração pública – política, sob as amarras da instituição da biomedicina e, em consequência, as estratégias de manutenção das diversas esferas que compõem a medicina “tradicional” local. É no ‘consultório’ que A.V. manipula as plantas; é aqui que trata da componente física da doença ou mal-estar. Mas é fora deste espaço terapêutico que conjuga a esfera espiritual e os respetivos tratamentos. Esta separação de esferas de atuação, ainda que aparentemente indissociável em diversos contextos terapêuticos, explica-se pela jurisdição política, económica e biomédica alcançada, numa tentativa de regulamentar a prática médica local,

legitimando, assim, um conjunto de terapias do ponto de vista da ciência biomédica. Ainda, a própria designação e subsequente ênfase do termo ‘consultório’, denota a progressiva apropriação de uma narrativa simbolicamente associada à biomedicina, naturalizando-a e em clara destrição (formal) dos conhecidos *quintais* ou *paços* de que o Paulo Valverde já retratava na sua análise (Valverde, 2000).

Contradizer as premissas do Ministério da Saúde equivale a uma perda de credibilidade e de apoio do Estado, como de outras entidades públicas e de projetos tecno científicos em desenvolvimento nesta área. Assim como e, não menos importante do ponto de vista pessoal, o potencial impacto na sua visibilidade social. Mas inevitavelmente, não foi possível alcançar tal fragmentação, tendo a Associação da Medicina Tradicional de São Tomé e Príncipe (AMTSTP), absorvido a amálgama de praticantes e respetivas condutas terapêuticas existentes, o que se traduziu num certo descrédito e posterior necessidade de demarcação do Ministério da Saúde de práticas de natureza sobrenatural.

Pese embora, intitulado como o representante e percursor da medicina “tradicional” de São Tomé e Príncipe, dentro e fora do país, A.V. fala um pouco sobre o seu percurso e trabalho enquanto presidente da AMTSTP desde 2005. Discorre orgulhosamente sobre as suas experiências internacionais, desde a participação em conferências no Brasil, como a requisição dos seus serviços, tanto em Portugal, como em Angola, para onde, não só, viaja em pessoa, como também para onde envia com frequência, através de um “portador” *mindjân* tela, como seja, as plantas, as raízes, as cascas já preparadas e devidamente transformadas em medicamento. Explica a importância das plantas medicinais, exaltando a sua eficácia enquanto agentes de cura e de prevenção, defendendo também a noção de complementaridade na coadjuvação do tratamento de algumas doenças que classificou como mais graves, nomeadamente, o cancro, o VIH, entre outras:

“[...] apesar das plantas serem eficazes, as plantas de STP, curam mesmo! Mas quando vêm num estado avançado, temos mesmo que encaminhar [para o hospital], no fundo não temos conhecimento científico. Então, doenças ligadas à cirurgia, não devemos assumir e, por acordo com o ministério da saúde, encaminhamos.” Revela, A.V.

Intitulado, avaliado e legitimado pela população: assim, é reconhecido, pela sua experiência e pelo seu valor pessoal e profissional, também perante o governo, o que aparentemente permite um diálogo e a continuidade da colaboração com o governo local. Nomeadamente, em ações conjuntas para a formação e a sensibilização de parteiras “tradicionais” sobre ‘boas práticas’; sobre as estratégias de atuação mais



Imagem 4.6: Centro de Tratamentos Naturais, Cidade de São Tomé

De facto, as circunstâncias históricas, políticas e sociais deram lugar a espaços terapêuticos contemporâneos (Bhasin, 2007) ou antes contemporaneizados, cujas (re)configurações dos lugares e das práticas revelam como se legitimaram sob o cânone biopolítico e social.

4.3 Passado, presente. Que futuro?

“[...] a saúde é cada vez mais encarada não como o estado normal – “mudo” – do organismo, mas como um resultado trabalhado de um investimento activo no corpo, no self e na relação de ambos com o meio através de uma proliferação de práticas: sistemas de alimentação, consumos de fármacos e outras substâncias, espiritualidades, estilos de vida, variavelmente combinados em composições pessoais criativas.”

(Cunha & Durand, 2011, p.13)

As práticas terapêuticas com recurso a plantas medicinais têm penetrado no tecido social, desde os meios rurais, aos centros urbanos e em todas as camadas da população, não sendo um fenómeno fechado em si mesmo e exclusivo da ruralidade.

A sua utilização sincrética como forma terapêutica primária, secundária ou complementar, apresenta-se em resposta a uma variedade de postulados patológicos orgânicos e não-orgânicos, suplantando a ideia de uma mera aplicação homeopática (Saxena, 2001) e/ou reduzindo-a ao campo da espiritualidade. Não obstante, a sua aplicabilidade exige, frequentemente, determinadas ordenações, procedimentos e disposições, seja através de recomendações alimentares específicas, formas de sentir e de raciocinar que simplifiquem a cura e também de práticas ritualizadas e/ou dádivas de rezas, no sentido de contribuir para a recuperação da doença, mal-estar e devolução do ‘equilíbrio’, ou ainda de prevenção da doença ou proteção espiritual.

O campo da etnomedicina e da etnobotânica conheceram desenvolvimentos significativos desde a sua génese¹⁰⁴ e servem, hoje, propósitos e preocupações que se pautam pela definição de estratégias mutuamente compatíveis, sensíveis e sustentáveis para a manutenção das práticas terapêuticas locais e processos de cura, bem como da diversidade cultural e biológica, respetivamente, em benefício das gerações presentes e futuras (Nolan & Turner, 2011; Erickson, 2008). No contexto particular da etnobotânica, a deterioração ecológica e da gestão desadequada dos recursos naturais, acompanhada pela erosão da diversidade linguística e cultural, têm sido o motor para a definição de objetivos criativos e empreendedores. Estabelecem-se, assim, cada vez mais, protocolos de colaboração com as comunidades locais, que se estendem aos governos, à educação, às organizações não-governamentais, à farmacologia, ante o compromisso de preservar a integridade dos aspetos culturais, linguísticos e da biodiversidade (Nolan & Turner, 2011). Na verdade, coaduna-se com uma tendência situada no contexto do ímpeto internacional e global de promoção do

¹⁰⁴ Cf. Fabrega (1975)

respeito e de apoio tanto aos direitos das comunidades, como da preservação dos conhecimentos intrínsecos à sua cosmovisão e pragmatismo.

Sob a ótica da inter-relação entre as medicinas locais e a biomedicina, continuamos a assistir a um ato processual que tende a desconstruir as componentes elementares da racionalidade terapêutica específica, com o intuito de empregar saberes e terapias sob a chancela do conhecimento científico. Neste caso, pode não ser levada em consideração a lógica terapêutica subjacente, cujo paradigma é teórica e empiricamente centrado na terapia – no medicamento da terra com base na observação sistemática e pragmática das plantas e do seu respetivo comportamento nos indivíduos.

Partindo de um contexto distinto, mas de matriz socio cosmológica transversal, consideramos um dos casos de referência explanado por Ayo Wahlberg (2006) – o Vietname. O caso vietnamita tem muitos paralelos com os desenvolvimentos no domínio da chamada ‘medicina tradicional’ em países como a China, a Coreia e também o Gana, mas existem também certas características que o tornam singular e que em alguns pontos o assemelham à conjuntura socio histórica e biomédica de São Tomé e Príncipe.

O contexto terapêutico local vietnamita experimentou uma mudança tangível nas estratégias de saúde pública, desde a sua marginalização colonial, pautada pela veiculação da ideia de "charlatanismo" e "feitiçaria", para a sua promoção pós-colonial enquanto forma renovada de medicina local responsável, ou seja, considerada como segura e adequada no tratamento de algumas condições. A necessidade de uma renovação da própria concetualização e prática da chamada “medicina tradicional” pode ocorrer em todos os contextos, embora sejam as práticas médicas ancestrais da China que mais têm recebido atenção (cf. Kaptchuk, 1983; Kleinman, 1980; Unschuld, 2018), seja por uma uniformização de práticas terapêuticas, seja pela própria amplitude da sua área de atuação e reconhecimento – (inter)nacional.

O consumo de medicamentos com base em recursos naturais tornaram-se também, hoje em dia, envolvidas num modo específico de problematização que procura responder ao postulado biopolítico de como melhor salvaguardar e promover a saúde pública. E, de facto, a par das reflexões sobre o quadro cognitivo em saúde e doença; as estratégias de gestão da saúde e da doença; a agencialidade e as socialidades envolvidas no processo terapêutico; é necessário compreender a agenda contemporânea que assenta, sobretudo, na promoção do uso responsável e apropriado dos *medicamentos da terra*, enquanto componentes importantes na composição e na gestão contemporânea das subjetividades intrínsecas. Quiçá, por este motivo, o descrito não é senão uma continuação da hegemonia biomédica, de um ‘colonialismo’ médico disfarçado. Onde a medicina local está, na verdade, acometida a uma espécie de ‘colonização científica’, e/ou cooptada e, em certa medida, despojada do seu valor original como *natural*. Ou será ‘simplesmente’ o reiterar da sua distinção epistemológica?

Embora a biopolitização das medicinas locais seja uma realidade contemporânea, concretamente, apropriada por organismos especializados de conhecimento científico que postulam afirmações autoritárias e, frequentemente, de teor contestativo sobre o que constitui a forma mais "apropriada", "eficaz", "segura" e "responsável" de a praticar e utilizar ao serviço da saúde pública (Saxena, 2001), não se pode argumentar que esta biopolitização tenha sido feita à custa de uma "autenticidade" ou "legitimidade" perdidas.

As "(re)novadas" terapias complementares ou alternativas têm vindo a ser introduzidas nos últimos vinte anos, com grande expressão na cultura urbana. Atualmente, MCA ou TNC são cada vez mais procuradas por todas as camadas da população, tendo-se difundido de uma forma generalizada (Luz, 2005; Pegado, 2020). Inclusive, a homeopatia e, particularmente a chamada "medicina tradicional chinesa", têm vindo a ser alvo de um processo institucionalização progressiva nos quadros formais da saúde, pese embora as resistências que ainda se fazem sentir no seio da comunidade biomédica.

É imputado à medicina local e, especificamente, às medicinas com base em recursos medicinais naturais – *plant based medicines*, uma constante revisão e (re)negociação por forma a que se enquadrem nos objetivos biopolíticos e que lhe permite, assim, obter o reconhecimento social, económico, político e também científico (Saxena, 2001). Na verdade, deve ser preconizado um equilíbrio entre as demandas da regulação governamental e das associações de "medicina tradicional" e/ou terapeutas locais, sobre o que consideram ser a forma mais apropriada de utilizar os medicamentos e a *medicina da terra*.

De diversas formas, poder-se-ia argumentar que, independentemente das ambições declaradas de colaboração, as medicinas não biomédicas, continuam subordinadas à biomedicina, enquanto organização de larga influência internacional, cujas amarras se reforçam pela mão dos Ministérios da Saúde.

É importante notar que, embora o caso distinto da China, por exemplo, tenha seguido um caminho de modernização científica no desenvolvimento das suas terapias, tendo procurado ativamente a institucionalização da chamada medicina tradicional chinesa nos anos 1950 (Khalikova, 2021), a idealização de um sistema de saúde único, acabou por despertar a criação de um movimento que visava questionar o processo de profissionalização da "medicina tradicional" e de a orientar de volta às suas raízes (Hoàng, 2004), não só através do seu exercício por terapeutas locais, mas também através da promoção da sua autossuficiência terapêutica.

A fronteira e os limites das medicinaS

O pendor para a polarização de práticas terapêuticas, destacando aqui a biomedicina e a medicina local de São Tomé e Príncipe, é frequente. Mas, de igual modo, encontramos cada vez mais vestígios de um processo de sofisticação da medicina local (à semelhança de outros

contextos ao nível internacional, como por exemplo o Vietnã), particularmente, no uso de recursos medicinais naturais, a par da sua identificação e inventariação¹⁰⁵ – etnobotânica e, de um reconhecimento da sua utilidade e eficácia – farmacológica (Sequeira, 1994; Madureira et al., 2002a; 2008a), assim como do papel dos seus terapeutas enquanto guardiões de conhecimentos pragmáticos seculares (Madureira, 2006; 2012) – por parte da ciência biomédica e farmacológica - desde que o idioma sobre saúde, doença e mal-estar não caia na esparrela do sobrenatural.

Ainda de modo ténue, na vanguarda da medicina local de São Tomé, observa-se a construção de instrumentos e espaços de encontro entre profissionais de saúde biomédica, santomenses e também de terapeutas locais, a partir do qual decorre uma apropriação social e medicinal da natureza, permitindo (re)negociar modos de classificação e atuação. De facto, e de um modo geral, as medicinas *da terra* podem constituir um recurso valioso para a própria gestão da saúde pública (Sequeira, 1994), cujo argumento se centra no potencial que a sua intervenção encerra na concretização de objetivos para a promoção da saúde e do bem-estar. O renovado interesse, de um modo geral, na chamada “Medicina Tradicional Africana”, nos últimos 20 anos, configura sobretudo uma ambição de natureza política, conforme defende Langwick (2015), por força do mercado e da globalização económica e política. Naturalmente, que neste processo de tentativa de modernização da “medicina tradicional em África”¹⁰⁶, onde se patenteiam ideias e planos com base em projetos mais globais e homogéneos como é o caso do contexto da China ou Índia, por exemplo, derivam discrepâncias e dificuldades na sua materialização (Langwick, 2015). Num contexto tão abrangente e heterogéneo como o Africano, a aceção de “medicina tradicional” não contém em si substância social e cultural que alimente um imaginário nacional e/ou ainda continental. A ‘medicina’ é sempre local; regional, dada a diversidade de saberes, práticas e significações simbólicas e rituais associados.

A relativa ascensão das *medicinas da terra* contemporaneizadas, contribui igualmente para uma análise da complexidade intrínseca à relação entre o estado, as entidades de saúde pública e o próprio mercado (Langwick, 2015), tanto formal, como informal e do modo como moldam das pessoas e as suas práticas em saúde (Luz, 2005). Os esforços ou antes as tentativas atuais de uma gestão ‘pública’ e de comercialização da medicina local, como seja, *plant-based medicine* observam-se em várias esferas (Saxena, 2001), nomeadamente em laboratórios farmacêuticos, mediados pelo incremento de estudos etnofarmacológicos; nos

¹⁰⁵ Cf. Roseira, L. L. (2004). *Plantas úteis da flora de São Tomé e Príncipe: medicinais, industriais e ornamentais*. [S.l./ S.n.].

¹⁰⁶ Cf. OMS (2010). Instrumentos para institucionalizar a medicina tradicional nos sistemas de saúde da região africana. República do Congo, Escritório Regional Africano.

postos ou centros de saúde¹⁰⁷, como também em espaços terapêuticos não governamentais (por exemplo, consultórios de medicina local, entre outros).

Não obstante, a localização orgânica da doença e o respetivo enfoque na disfunção bioquímica veiculada pela visão biomédica, inibe o rompimento com a parcialidade do discurso e da prática médica, perpetuando as fragilidades na relação entre a biomedicina e as medicinas locais, bem como os profissionais biomédicos e pacientes (Silveira, 2000). Assim, quaisquer que sejam os interesses concorrentes que possam existir, implícitos ou explícitos, persiste uma problematização biopolítica que enquadra os recursos e as relações que se estabelecem ou podem estabelecer entre a medicina local e a biomedicina. Os esforços para ‘modernizar’ e ‘certificar’ um conjunto de *mindjân tela* e a atividade dos terapeutas locais, sublinham em simultâneo outro modo de problematização em que, longe de todas as fórmulas medicinais naturais, é colocada em causa a eficácia e o potencial de toxicidade e, onde muitos terapeutas recebem o cunho de charlatões ou feiticeiros.

Por um lado, o foco incide, sobretudo, em dar um verniz científico à eficácia física e analisar o nível de toxicidade de medicamentos à base de plantas medicinais. Por outro lado, assenta na necessidade farmacológica e biopolítica de regulamentar, certificar e qualificar do ponto de vista científico, assim como promover um distanciamento ativo de terapeutas locais que não se coadunem com os códigos de conduta biomédica.

A cristalização dos saberes e das práticas terapêuticas com recurso a plantas medicinais ultrapassam a normatividade da biomedicina, o que exige, numa primeira instância, respostas integradas e inclusivas aos desafios que se colocam na construção das relações entre categorias médicas. Impera, sobretudo, privilegiar a atenção às relações humanas, históricas, socioculturais, económicas e políticas no desenvolvimento de abordagens holísticas e de diálogo inter e transdisciplinar.

Medicinas em contraponto: de São Tomé a Portugal

De São Tomé:

“[...] penso que ainda se coloca muito esta questão do ‘ah eu vou ao médico, mas vou é fazer o meu chá e um tratamento que já pedi a não sei quem para me mandar para cá. Vou lá tomar 2 comprimidos por dia...’ É um bocadinho geracional também. Penso que muitas vezes à biomedicina é imputada a função de diagnosticar, mas a medicina tradicional assume-se, muitas vezes, como a melhor forma de tratamento.

[...] existem, sim, os médicos tradicionais em muitas comunidades, são sobretudo os mais idosos e que recomendam também algumas receitas e conjuntos de ervas e plantas que as pessoas podem comer ou podem tomar via chá [...] depois existem os bruxos [auto/hetero designação social] existem categorias destes médicos tradicionais

¹⁰⁷ Cf. Tira-picos (2011) e Barreto (2012)

[consoante a sua posição social]. *Para algumas pessoas, são pessoas de referência na comunidade e nos processos de saúde e doença e para outras pessoas é uma posição estigmatizada, porque são as bruxas, porque fizeram um feitiço de mau olhado. Portanto existe um bocadinho as duas coisas.*”

D.S., portuguesa, enfermeira, Lisboa, abril 2017

“Os santomenses recorrem muito à medicina tradicional! Digo que, na maioria das vezes, dão até prioridade às plantas medicinais. É verdade que temos e utilizamos muitas folhas e cascas, até na comida. O calulu é um dos pratos mais característicos e levam muitas, muitas folhas, todas elas têm alguma parte medicinal. Existem alguns projetos que têm vindo a estudar melhor essas plantas, para verem se são mesmo eficazes. Penso que isso é bom. As pessoas vivem com as folhas à sua volta, no quintal, no mato e têm um conhecimento geral sobre elas. Depois há aquelas pessoas, mais velhas, ou os que chamamos de curandeiros, que são os médico tradicional. E recorre-se muito a eles.

As plantas são mais baratas e mais fáceis de adquirir, isso também é importante para um país como São Tomé, onde às vezes, é difícil ter medicamentos básicos, como um benuron! Então as folhas são a resposta. Nós aqui, no posto de saúde, por vezes recomendamos algumas folhas, para coisas mais simples, como uma dor de barriga, diarreias ou a desinfeção de feridas pequenas e dentro do nosso conhecimento. Coisas graves, temos que encaminhar para o Hospital. Tentamos falar e explicar às pessoas para que tenham confiança em nós.

Mas as plantas medicinais têm uma grande expressão em São Tomé e levam isso com eles para a vida, apesar de se calhar nas gerações mais novas não ser a mesma coisa, mas não é assim significativo, penso eu.”

M.C. enfermeira, Centro de Saúde Água Izé – São Tomé, fevereiro 2018

“Sim, a medicina tradicional tem impacto em São Tomé. As pessoas recorrem muito às plantas, mas, às vezes, não dizem tudo o que fazem. Existem muitas coisas que se fazem, também alguns rituais e aí não abrem muito. Esses que chamam de curandeiros, às vezes até podem ajudar com alguns problemas, mas outras vezes as pessoas chegam ao Posto de Saúde ou ao Hospital com agravamento da doença. É preciso conhecer bem as plantas e saber como e quanto usar. Mas deviam vir ao médico primeiro. Muitos já vêm, mas se calhar a maior parte não.

Aqui, em São Tomé temos algumas dificuldades na saúde. Faltam médicos e recursos, também medicamentos, mas também temos algumas ajudas. Vêm cá de tempos a tempos os médicos da equipa Valle Flor para casos específicos e para fazer

operações. Muitos medicamentos também são caros. É um problema. As pessoas também recorrem às plantas, porque é o que está mais acessível.

Sei que algumas plantas e medicamentos tradicionais podem ser benéficos, mas temos que ter cuidado com os exageros e com as crenças de que podem curar algumas doenças mais graves. Eu até aceito, já tomei remédios na minha infância, mas quando as pessoas podem ter melhor cuidados e diagnósticos devem recorrer ao médico ou ao enfermeiro. Há sempre algum perigo nas folhas. Perigo, porque às vezes não se conhece a toxicidade de algumas plantas que tomam e depois, às vezes, estamos a falar de doenças graves que precisam de outra abordagem.”

C.B. médico, Cantagalo – São Tomé, fevereiro 2018

A Portugal:

[em contexto português] “As crenças e os mitos estão muito presentes no internamento. Vejo isso e com o tempo percebemos o impacto que têm nos doentes. Na minha opinião, é importante e necessária formação especificamente dirigida ao desenvolvimento de "competências culturais". Existem já especializações que abordam doenças, prevalências e também estatísticas em função da nacionalidade. Mas não só. Trabalham-se atitudes e práticas para melhor responder às necessidades dos doentes e ultrapassar determinadas barreiras, desde as linguísticas, às culturais e religiosas. O importante é que haja espaço para o diálogo e, sobretudo, compreensão, sempre também com o intuito de tentar desmistificar certas crenças e encaminhar as pessoas da melhor forma, para que o tratamento seja um sucesso.”

T.M. enfermeira, Lisboa, julho, 2017

“Cada pessoa sendo individual, única e pertencente a uma família, comunidade, com crenças próprias, todo o seu passado, todas as suas crenças interferem, quer na adesão terapêutica, quer nas expectativas em relação ao tratamento em causa e na própria eficácia do mesmo. Por isso, devemos procurar saber o que já fez e como.

As medicinas tradicionais ou naturais podem ser complementares, mas em articulação com a terapêutica do [bio] médico. Embora eu não aconselhe, porque não tem conhecimento suficiente, acho que as plantas cujas propriedades medicinais foram comprovadas em laboratório podem ser utilizadas com mais segurança. Acredito que a conjugação de terapias pode ser uma mais-valia e, ao mesmo tempo, possibilita um aumento da autonomia dos doentes, sejam quais for.”

J. enfermeiro, Coimbra, Centro de Saúde, abril, 2018

“Num episódio de doença o percurso de saúde é variável e tanto podem vir ao Centro de Saúde primeiro, como já podem ter experimentado mezinhas e outras terapias alternativas. De uma forma geral, procuro saber o percurso terapêutico do doente, mas depende sobretudo de fatores como a nacionalidade, etnia, religião, etc., porque cada processo de saúde e de doença é único e relativo a cada doente e a cada momento do ciclo de vida.

E, na minha opinião, as plantas medicinais enquanto medicamento podem ser benéficas e até eficazes, mas sobretudo complementares à [bio] medicina. Não deixa de oferecer outras formas de tratar certas doenças menos graves, como constipações, gripes, alergias, etc. e também pode ser visto como uma mais valia para a medicina. Penso que sim, em certa medida e em relação a certas condições, problemas de saúde ajudam na cura e também podem qualificar o conhecimento e a atuação [bio]médica, sendo na verdade um complemento.”

M.J. enfermeira, Viseu, Centro de Saúde, abril, 2018

“Da minha experiência e conhecimento, penso que os utentes, de um modo geral, vão primeiro aos serviços de saúde. Por norma, abordo se já tomaram algum medicamento, por exemplo, por considero que é importante no diagnóstico, na orientação terapêutica e no conhecimento do próprio utente. Mas quanto a medicamentos naturais, pode ser uma possibilidade quando complementada e devidamente articulada com as terapêuticas [bio] médica indicadas e apenas os medicamentos ou plantas medicinais que foram estudadas em laboratório. Portanto, apenas recomendo as substâncias com estudos laboratoriais de biosegurança e propriedades comprovadas. Penso que até pode ser vantajoso se for orientada por profissionais qualificados na área e discutida abertamente com o utente.”

C.A., médica, Viseu, Centro de Saúde, abril, 2018

“Utilizam muito as mezinhas primeiro, mas sim, podem, em algumas situações, ser um bom complemento à terapêutica [bio] médica. Não as posso aconselhar, pois não tenho o conhecimento suficiente sobre as plantas medicinais e os medicamentos naturais, de uma forma geral. Mas tenho consciência de que para além de poderem ajudar no tratamento de algumas doenças, possibilita outras vias de tratamento dos doentes, ainda que seja de modo complementar.”

A.M. médica, Hospital, Lisboa, abril, 2018

Embora a polarização institucional e estrutural das medicinas, mais ou menos explícita, tende a orientar a sua ação por meio da construção de categorias diferenciadoras, não

consegue despojar-se das nuances de hibridização, tantas vezes, latentes e definidoras das “razões de saúde”¹⁰⁸, considerando a aceção mais clássica do termo.

Neste âmbito, na perspetiva de colmatar as lacunas no acesso ao plano das práticas e dos percursos de saúde de contextos e de populações específicas, desenvolve-se o conceito de “competências culturais” no quadro da formação em saúde biomédica e subjacente à identificação de barreiras que a diversidade cultural, mas também terapêutica, impõem à prática clínica. Não obstante a sua performance substancialmente de índole educativa e, em simultâneo, dissuasora de práticas consideradas como questionáveis do ponto de vista da biomedicina:

Enfermeira há 27 anos, I.S. trabalha atualmente na UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade em Oliveira do Bairro, onde se encontram integrados uma série de projetos na área da promoção da saúde e de cuidados específicos a determinados grupos, como por exemplo, crianças em risco, saúde escolar, doentes crónicos, idosos, entre outros.

Revelou, desde logo, o seu interesse nas questões relacionadas com a noção de interculturalidade e nas chamadas “competências (inter)culturais atualmente em voga. Salientando a importância da aceitação e do respeito, em reconhecimento de que “a imposição não adianta”, pelo que o enfoque deverá ser sempre na adoção de uma postura de compreensão para a partir dela trabalhar na desmistificação de ideias com a pessoa e/ou família que tem à sua frente.

Confere, assim, uma grande importância à linguagem não-verbal, referindo inclusivamente que já realizou um investimento pessoal na sua formação nesta matéria, dado o papel da comunicação e do diálogo na relação profissional de saúde-utente, sublinhando, no entanto, para a mudança a que tem vindo a assistir nas gerações mais novas de médicos e enfermeiros.

Acrescenta que no que concerne as medicinas ditas tradicionais ou antes as práticas terapêuticas não biomédicas, considera a sua complementaridade, salientando “até mesmo um bom complemento”, mas clarifica, deixando o conselho de que as pessoas não devem abandonar a prescrição do médico.

Notas de campo, Centro de Saúde de Oliveira do Bairro, dezembro, 2017

Formados sob a égide do modelo biomédico, pressupõe-se os indicadores biológicos como clinicamente mais significativos (Good, 1994), deixando pouca margem para uma adaptação à diversidade e às diferentes conceções de doença e mal-estar que podem resultar de múltiplas variáveis para além das manifestações físicas (Santinho, 2011). Não obstante, o

¹⁰⁸ Cunha e Durand (2011)

reconhecimento cada vez mais premente de que a aplicação do conhecimento biomédico não deve ser separada do património sociocultural e histórico das populações (Abreu, 2003), nem deve ser concebido como universal (Good, 1994). Esta visão socio construtivista no processo de (re)aprendizagem na área dos cuidados de saúde, em consonância com os imperativos do mundo contemporâneo sobre esta problemática, transformou num ímpeto, a criação de condições para a definição de uma visão terapêutica holística (Rodrigues, 2010). E, em simultâneo, mais integrativa e diversificada, contexto que propiciou o desenvolvimento da conceção de “competências (inter)culturais¹⁰⁹” (Rodrigues, 2010), embora mais direcionada para o plano das relações e da comunicação entre técnicos de saúde (da biomedicina) e os seus pacientes, visando em boa parte o aumento de uma “cidadania médica” (Challinor, 2012).

A bandeira das “competências (inter)culturais” envolve, em grande medida, uma avaliação da “sensibilidade” à diversidade cultural e traduz-se na “[...] *capacidade de promover uma dinâmica assistencial adequada a essa diferença*” (Abreu, 2003, p. 49), numa demanda que decorre da profusão dos fluxos migratórios que caracteriza o contexto atual, não só no mundo, como em Portugal. A aquisição de “competências (inter)culturais” implica, sobretudo, a procura de conhecimentos específicos sobre os aspetos socioculturais dos indivíduos, a sua conceção de saúde e de doença, a sua visão do corpo, bem como os percursos terapêuticos adotados (Barbosa, 1984). Sob estas premissas, o processo de capacitação, digamos assim, dos técnicos de saúde para lidar com uma diversidade sociocultural, implica, antes de mais, contemplar o papel dos fatores sociopolíticos, históricos e também económicos enquanto dimensões imprescindíveis para a integração da dimensão cultural no contexto do atendimento e da prática clínica (biomedicina) (Pussetti, 2009). Assenta, assim, no princípio de que a dinamização do diálogo (embora monopolizado) entre os técnicos de saúde e os seus pacientes, possibilita a realização de intervenções mais informadas e adequadas enquanto elementos necessários à criação de espaços terapêuticos mais “culturalmente sensíveis”. Ao longo dos últimos anos, o diálogo estabelecido entre as diversas instituições de saúde, como a DGS e a ACS, com a academia, as associações de imigrantes e ONG´s com trabalho na área, é revelador de um mandato para a implementação de estratégias que possam responder aos desafios do contexto de ‘diversidade’ e transculturalidade (Santinho, 2011).

Neste contexto, partindo da própria aceção da noção de “competência (inter)cultural” e das formas de hierarquização do poder implícitas, frequentemente, presentes nesta relação

¹⁰⁹ A conceção de “competências interculturais” mencionada, segue em linha com o princípio de que as “culturas interagem” (Challinor, 2012; 2016), sendo a performance do diálogo um exercício que se pretende ser mútuo.

construída entre técnicos de saúde (biomédicos) e os seus pacientes, é inevitável problematizar os alicerces da sua conceção. O modelo de “competência (inter)cultural” que se baseia estritamente nas “diferenças culturais”, tende a ofuscar as assimetrias estruturais de poder, como também não assume a própria instituição da biomedicina enquanto “sistema cultural” em si mesmo (Carpenter-Song et al., 2007) que, na realidade, se deveria contemplar à semelhança do nosso entendimento da própria concetualização de *cultura*. Tal, não só, remete para as especificidades do paradigma biomédico, mas, sobretudo, para repensar as perspetivas determinísticas que figuram os técnicos de saúde enquanto mero produto do sistema biomédico, desvalorizando inclusive a sua individualidade e experiências de vida. Ao mesmo tempo, a própria concetualização de ‘diversidade cultural’, sustenta-se, frequentemente, em ambiguidades e estereótipos que manipulam a relação terapêutica que se estabelece (Rodrigues, 2010; Santinho, 2011).

Assim, pensado sob o ponto de vista biomédico, assume-se na verdade, antes de mais, como um debate contextualizado a partir de obstáculos definidos num espaço terapêutico permanentemente hierarquizado entre técnicos de saúde-paciente e saber [bio]medico, científico e comprovado-saber leigo, não comprovado, simbólico. Ao mesmo tempo que se reduz aos pressupostos da *cultural explanation*, refugiando-se num imaginário socio cosmológico e cultural, homótono. Antes, nos bastidores da ilusão de um “sistema cultural”, albergam-se múltiplas orientações (socio)culturais (políticas e terapêuticas) que se cruzam e interagem em simultâneo (Van Binsbergen, 2003) e, é neste processo relacional que se deve procurar criar espaços terapêuticos fluidos e conciliados, rompendo com as relações de poder assimétricas que caracterizam historicamente a relação entre os profissionais biomédicos e os pacientes.

Por conseguinte, imiscui-se o debate sobre a desconstrução da lógica subjacente à *cultural explanation* (Challinor, 2016), cuja base analítica serve como meio de explicação para tudo aquilo que se afasta do quadro normativo de quem vê. Partindo de uma leitura das complexidades sociopolíticas e da maleabilidade cultural em prol da configuração de espaços terapêuticos que se pautem pelo diálogo, por uma abordagem reflexiva e estreitamento do hiato entre as “culturas leigas e biomédicas” (Challinor, 2016), deve procurar-se construir um campo de conhecimento e de ação onde o gesto etnográfico permite cruzar as redes simbólicas em torno dos modos de (re)fazer em saúde e os paradigmas de influência nos idiomas sobre a doença e o mal-estar.

Ademais, num mundo contemporâneo e globalizado onde proliferam imperativos neoliberais que ditam a gestão das diversidades por intermédio da noção de pluralismo (Langwick, 2015), assistimos a um aumento, não só, das disparidades socioeconómicas, da degradação ecológica, de consumos em saúde diferenciados, como de desafios sociopolíticos em torno de questões como a identidade e a pertença, num contexto onde a saúde e o bem-

estar se tornam cada vez mais fragilizados. Como exemplo, testemunhamos os contornos da atual pandemia do COVID-19, que ilustra o quão enredados os fatores ecológicos, sociais, culturais, políticos e económicos podem estar e do modo como afetam o meio ambiente, a saúde e a prestação de cuidados de saúde. De facto, a expressividade da relação das pessoas com o mundo das plantas e, por sua vez, o meio ambiente, define-se mediante as necessidades sentidas (Harris & Hillman, 1989; Van der Veen, 2014), sendo que as plantas medicinais foram, desde sempre, um importante recurso medicamentoso, tanto para o tratamento, como para a prevenção da doença (Fabricant & Farnsworth, 2001). E, tomando o seu papel no respaldo de contextos pandémicos no passado, verificamos que também o atual pode ser considerado como palco para (re)pensar o papel e os usos de recursos naturais na prevenção e na cura (Arora et al., 2011), muito embora a OMS (2020) já tenha vindo alertar para a insegurança da sua utilização com o intuito de curar. Atenta-se que é reconhecido o potencial das plantas e da medicina local no reforço do sistema imunitário, demarcando-se, no entanto, de práticas que carecem de validação científica e, deste modo, consideradas como potencialmente perigosas (WHO, 2020), tendo em conta da natureza do SARS-COV-2. Não obstante, é interessante observar o atual contexto da China e da Índia, onde se verifica uma integração consensual de recursos medicinais naturais como auxiliar no fortalecimento da imunidade e/ou no tratamento/alívio de sintomas resultantes de uma infeção por COVID-19 (Ni et al., 2020; Shankar et al., 2020).

A diversificação na paisagem da gestão do corpo e do *self*, colide com a fragilização das fronteiras no campo terapêutico e também das (bio)tecnologias, onde a presença de clivagens entre as categorias “químico” e “natural”, “farmacológico” e “não farmacológico”, “medicamento” e “alimento” (Cunha & Durand, 2011), “terapias biomédicas e não biomédicas”, não rompe com tendência eclética nos padrões de consumo na gestão da saúde quotidiana (Lopes, 2010). A reflexividade inerente à apropriação leiga do conhecimento científico – pericial e pela sua reivindicação no plano da experiência individual (Giddens, 1991, 1992), mas também social, bem como a diversidade de recursos disponíveis, ampliam, precisamente, a autonomia da gestão da saúde e da doença, ao passo que (re)criam novas formas de agencialidade. De notar que a exegese das agencialidades em recomposição, estende-se para além da esfera da saúde, até ao campo da (inter)relação com múltiplas entidades, poderes institucionais e o Estado (Cunha & Durand, 2011).

Veiculando na esfera da informalidade, dados recentes¹¹⁰, sugerem que a proximidade identificatória dos santomenses, com as plantas medicinais, definem um contexto matizado pelos saberes e pelas práticas da medicina local, exercendo um papel relevante do ponto de

¹¹⁰ Cf subcapítulo 2.4.1 *Mindján tela* de hoje: a contemporaneidade de práticas terapêuticas de São Tomé

vista da gestão individual, mas também comunitária e social da doença. Pese embora, não sendo o enfoque da nossa análise, acautela-se a necessidade de aprofundar a conjuntura atual e as respetivas especificidades contextuais com estudos futuros.

Deste modo, a produção de um corpo de saberes que possa contribuir para a nossa compreensão dos aspetos associados aos mecanismos de gestão da saúde e doença revela-se importante ao nível das várias esferas da sociedade, particularmente no setor da saúde decorrente dos próprios desafios que podem interpelar as políticas de saúde (Rodrigues, 2010; 2013). Nesta ótica, atendendo ao quadro de multiplicidade terapêutica sugere-se assim evidenciar as áreas de convergência entre processos de cura e de bem-estar, em detrimento de um enfoque nas diferenças no sentido de responder de forma mais efetiva aos desafios no quadro das práticas médicas. Tal pode, inclusive, constituir um valioso recurso para a saúde pública, particularmente no que se refere à definição de estratégias de saúde em contexto migratório (Rodrigues, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo de uma reflexão sobre as circunstâncias históricas, políticas, económicas e socioculturais, procurou-se contribuir para a problematização das fronteiras terapêuticas e, quiçá, esta etnografia de pequeno alcance possa lançar as bases para uma mudança de paradigma dos 'sistemas' terapêuticos, enquanto entidades percebidas como fechadas e isoladas. A análise crítica dos processos de legitimação e de (re)negociação de saberes e práticas terapêuticas pode abrir caminho para a dinamização do diálogo entre medicinas, assim como para o desenvolvimento de uma comunicação mais fluída entre profissionais de saúde - terapeutas locais - indivíduo e a adequação das abordagens nos domínios da terapêutica à realidade específica de cada indivíduo (Rodrigues & Dias, 2012).

Pensadas enquanto objeto cultural e transformadas em tema antropológico, as plantas medicinais reorganizam, de forma constante, as práticas produzidas nos vários contextos, desde o discurso científico, até à arena da governança política, caracterizando-se, deste modo, como uma área de investigação que atravessa o domínio da política, da economia e da medicina.

Ser saudável, combater os estados de doença e/ou prevenir o risco de adoecer encontra-se fortemente enraizado no pensamento humano e constitui-se como o arquétipo das sociedades atuais. Assente no idealismo grego, cujo fundamento se harmoniza com a valorização da saúde e do indivíduo saudável, as instituições sociais, particularmente a biomedicina (re)produz a noção de individualização e, ao mesmo tempo, de responsabilização do indivíduo pela sua saúde e respetiva gestão dos percursos terapêuticos. Este processo desencadeia um "efeito de sentinela" (Nunes, 2006), conferindo à ação biomédica e às respetivas biotecnologias adjacências jurisdição sobre o corpo, assim como a multiplicidade de práticas terapêuticas que atravessam o mundo das medicinas e, as próprias *medicinas*, enquanto corpos de conhecimento e de experiência tangíveis e perpassadas no tempo e no espaço. Ressalva-se que esta alusão se coloca, sobretudo, como ponto de reflexão para (re)pensar o lugar e o caminho que as medicinas têm que traçar nas sociedades actuais.

A inventariação de saberes e práticas terapêuticas constitui-se já como uma prática recorrente da biomedicina, da (etno)farmacologia, (etno)botânica e do poder político sob a alçada do Estado, atravessando, muitas vezes, fronteiras tecnocientíficas, no intuito de classificar, adaptar e regular. Potenciando, deste modo, a movimentação de bens ativos que circulam a uma escala local e global. Mas, partindo de uma racionalidade dominante, na verdade, todas as propostas apresentadas, tendem a reproduzir uma postura que assenta numa regulamentação autocrata, e não raras vezes, de descredibilização.

Todavia, cada vez mais, os processos de capitalismo tecnocientífico abrem espaço para diálogos cruzados, por um lado, de crítica e, por outro lado, de conexão com o devir da ciência,

da sua expansão e ação preeminente no âmbito da saúde e da doença. Desenham-se, assim, estratos terapêuticos que circundam o “convencional” e o “não convencional”, a ritmos entrelaçados e, por vezes, dissonantes dos mercados (in)formal que veiculam e reiteram as suas práticas. Deste modo, coloca-se sempre a necessidade de pensar nas distintas cosmovisões, negociando inventários alternativos de fazer, pensar e viver e, ao mesmo tempo, fusões plurais que se pautem pela permuta de conhecimentos e de experiências de vida.

O capitalismo tecnocientífico da medicina materializa-se na transformação de saberes e práticas medicinais em recursos que ficam sujeitos a regulação e governança política, que tendem a vislumbrar o corpo e a vida a partir de uma visão fragmentada e, não como um todo. Neste contexto, como produzir a compreensão dos pressupostos críticos de um capitalismo tecnocientífico? Com diálogos cruzados entre conhecimentos científicos e locais, que possam repovoar a nossa imaginação e contribuir para a conexão de mundos e a constituição de alianças estratégicas, a partir das quais se favoreçam convivialidades mutuamente constituídas e adaptadas.

Conforme observamos, os estudos na área da etnofarmacologia e da etnobotânica (cf. Green, et al., 2015; Frazão-Moreira, 2015; Frazão-Moreira & Fernandes, 2005; Leonti & Casu, 2013; Madureira, 2006, 2008b; Madureira, et al., 2008a; Madureira, et al., 2002a; 2002b; Pardo-de-Santayana et al., 2015; Quinlan, 2011; Whyte, Geest & Hardon, 2002) têm ganho terreno ao longo dos anos, tendo as narrativas de (re)produção que operam na construção de significados e de representações, um papel particularmente relevante para uma tentativa de revestir as práticas terapêuticas locais de uma pericialidade técnica que conjuga saberes e poderes complexos. A etnobotânica tem vindo a iluminar a natureza dinâmica do conhecimento local sobre as plantas medicinais, tendo se observado uma resiliência dos saberes e das práticas terapêuticas locais, pese embora as descontinuidades paralelas aos processos de transculturação e, também de migração. As retóricas atentam que, de facto, no processo de mobilidade determinadas práticas diluem-se e adquirem, por vezes, outras formas, existindo fatores externos como – os moldes da adaptação, a idade, a escolaridade, o género, entre outros – que subjazem os processos de (de)continuidades e transformação. Contudo, são amplos os saberes e as práticas que se reimprimem em contexto transnacional, formas de fazer e de ser que permanecem além-fronteiras.

Na interação dinâmica das pessoas com o mundo das plantas, estabelecem-se pontes entre sistemas sociais e ecológicos, potencia-se a manutenção e a distinção da diversidade biocultural, bem como a (re)conexão da saúde e do bem-estar com o universo ambiental e cultural (Nolan & Turner, 2011). Neste contexto e, em simultâneo, foi possível vislumbrar o seu papel na comunidade biomédica de São Tomé e Príncipe, particularmente na sua tentativa de conciliação com a biomedicina e respetivas práticas terapêuticas. O que

representa uma significativa aquisição, não só, no quadro da vigilância fito-farmacológica em voga, como também na informação sobre as nuances dos saberes e das práticas terapêuticas locais e, do modo como contribuem para o bem-estar das populações, seja em contexto nacional, como transnacional. Não descurando a sua relevância também enquanto fonte de conhecimento e de orientação para o desenvolvimento de novos medicamentos farmacológicos que respondam aos desafios globais, tais como o tratamento de infeções resistentes aos antibióticos, síndrome metabólica, o cancro e a diabetes (Quave et al., 2012b), como também locais.

O molde biomédico compõe somente um de entre uma plêiade diversificada de quadros médicos, o que nos remete para refletir sobre “itinerários medicamentosos” análogos e os procedimentos de hierarquização do dispêndio de experiências de recuperação, com influxo imediato nas condições patológicas (ou não) em causa (Raj, 2007).

De facto, é inegável que a saúde e a doença, nas suas múltiplas facetas constituem-se como *algo*, cujos processos terapêuticos e gestão não se resume à atuação do biomédico e da biomedicina, respetivamente. Pode considerar-se que a procura pela saúde é, em grande medida, fruto de um esforço coletivo, onde os indivíduos são a peça central para pensar os fenómenos associados à intervenção médica e a subsequente medicalização da vida.

As transformações no modo como as práticas terapêuticas são (re)definidas no tempo e no espaço, colocam-nos questões sobre os processos de diagnóstico, de tratamento e de cura e da forma como são mobilizados nos distintos contextos, inclusive transnacionais. Interessa, portanto, dissecar as complexidades e o conteúdo das intervenções em saúde, olhando o passado e o presente das práticas terapêuticas, para perspetivar possíveis futuros para espaços terapêuticos plurais e, sobretudo, centrados no indivíduo e alicerçado na capacidade de conexão, de auscultar e de trabalho colaborativo entre a comunidade, as instituições e as estruturas governamentais.

Assim, as abordagens pluralistas e “culturalmente adequadas”, a partir das perspetivas de imigrantes sobre as estratégias em cuidados de saúde, constituem também uma parte relevante da agenda política para a gestão da saúde (pública), enquanto modo de atuação capaz de proporcionar um entendimento mais genuíno da natureza holística da própria noção de saúde. Todavia, neste contexto, importa desconstruir o primado da cultura sobre o indivíduo e vice-versa, numa reflexão crítica sobre entendimento hermético de *cultura* no quadro do desenvolvimento de “competências culturais” em saúde. Complexificando, assim, por um lado, a capacidade de traduzir a linguagem não só verbal, mas também corporal e as significações a partir de uma leitura social e culturalmente hierarquizada e situada, como também e, por outro lado, a capacidade de compreender os sintomas e os consumos terapêuticos com base nos nossos códigos nosológicos. Deste modo, compreender os usos das plantas medicinais, no intuito de criar as condições necessárias para um acolhimento da

diversidade terapêutica, particularmente em contexto migratório, obriga a processos de introspeção mais ou menos profundos e informados e, por conseguinte, à criação de espaços comuns de diálogo e de resignificação. Em última análise, coloca-se assim a importância de promover uma análise crítica dos processos de legitimação e de negociação entre saberes e práticas terapêuticas contextualizadas no tempo, no espaço e nas experiências de vida, bem como dos contornos da flexibilidade do próprio conhecimento, tendo em consideração o seu carácter eminentemente circulatório e transformativo.

Não obstante, a pretensão de um estímulo ao diálogo sobre a produção de conhecimento nesta área, implica, não só, refletir sobre os seus múltiplos contributos e esmiuçar de que modo, contribuem para melhor compreender os aspetos associados à gestão da saúde, doença e ao bem-estar. Mas, em simultâneo, permite-nos questionar o processo de construção e a adequação de estratégias de saúde num contexto de multiplicidade terapêutica, o que não pode ser confundida e/ou tradução *sine qua non* da noção de diversidade cultural. Aflorar a desconstrução do próprio conceito de “competência cultural” no âmbito da saúde e, inclusive, do quadro concetual a partir do qual se desenham, frequentemente, intervenções homogêneas e hegemónicas sob o postulado do património cultural como um todo, permite repensar as ferramentas para a “aquisição de competências culturais em saúde”.

Os processos de legitimação das outras medicinas

O legado histórico que acompanha o mundo das plantas medicinais e o seu papel no tratamento de uma panóplia de doenças atravessa sociedades e regiões ao nível global. O reconhecimento dos saberes locais sobre os usos medicinais das plantas, legitimada pelos estudos etnofarmacológicos crescentes, dão um verniz científico à eficácia – do ponto de vista da ação farmacológica – de um vasto leque de terapêuticas. Considera-se que, de facto, a investigação etnofarmacológica constitui um instrumento de relevância para lapidar o uso terapêutico da medicina local e sob a égide da biomedicina, eventualmente, produzir novos medicamentos, cuja análise da atividade farmacológica potencia a possibilidade de conceber e implementar terapias menos dispendiosas, mais acessíveis e, inclusive, cognoscível, numa clara resposta aos contextos com acesso limitado à biomedicina.

Acredita-se que um reconhecimento oficial de terapeutas não biomédicos traz consigo uma outra visibilidade, assim como tendencialmente uma maior aceitação pela sociedade e, ao mesmo tempo, a possibilidade de legitimar a sua atividade e categoria profissional. Mas sublinha-se que papel do terapeuta e do seu poder de cura não resulta apenas de proezas individuais, mas também da sua capacidade de desenvolver relações sociais o que lhe confere autoridade terapêutica (Lock & Nguyen, 2010). Sob a ótica do indivíduo, a articulação entre o *self*, as *crenças* e o valor prático das plantas medicinais assumem-se como agentes

terapêuticos poderosos. O garante de um estatuto oficial devidamente endossado pelas instâncias políticas e sociais e, inclusive, pela comunidade científica, permite ocupar um lugar na sociedade que potencia a abertura a outros mercados medicinais e, naturalmente, a financiamentos. Mas, por outro lado, em simultâneo, fomenta um controlo sociopolítico das próprias práticas terapêuticas e a sua desdignação entre o que pode ser considerado aceitável ou não, num processo que frequentemente rejeita a dimensão social da medicina local reduzindo-as à sua farmacopeia.

Paralelamente, a categorização dos 'médicos tradicionais', segregando as aceções/figura de *curandeiro* e também de *feiticeiro* é, geralmente, parte de um processo de reconhecimento, precisamente pela possibilidade da sua existência enfraquecer a legitimidade sociopolítica e (bio)médica. Conquanto, paradoxalmente é de ressaltar que mesmo a ausência de legitimação pode não afetar necessariamente as preferências médicas e os respetivos percursos terapêuticos dos indivíduos, sendo inclusive um fenómeno que atravessa todas as camadas da sociedade. A procura por uma solução terapêutica na medicina local passa sobretudo pela familiaridade num 'sistema' médico que existe desde o *tempo dos antepassados*, que vigora enquanto *campo* de ação holístico para alcançar a cura e/ou o bem-estar e, não necessariamente pela sua legitimidade face aos 'sistemas de saúde modernos'. Esta questão também traz à luz a problemática da concetualização dicotómica da sociedade entre o – *moderno e tradicional* – os quais se revelam, na verdade, como construções socioideológicas para (de)limitar fronteiras entre 'sistemas' explicativos diferenciados.

A perseverança do *mindján tela* demonstra precisamente que os indivíduos tendem a optar por terapêuticas não biomédicas fora dos espaços oficiais de saúde, dada a sua eficácia percebida e qualidades naturais reconhecidas em contraste com os medicamentos sintéticos.

Não obstante, partindo de uma perspetiva global, também as práticas terapêuticas locais e/ou as MCA ou TNC, oficialmente sancionadas e integradas enfrentam, frequentemente, inúmeros desafios (Cho, 2000; Saks, 2008). Em causa poderá estar a questão da 'tradução' de saberes e práticas ideologicamente diferenciadas do referencial biomédico e cujo Estado e estrutura da biomedicina, na senda de as tornar inteligíveis e certificadas, apropriam-se de conhecimentos médicos locais transformando, muitas vezes (in)conscientemente, a sua significação e, inclusive, o seu repertório terapêutico.

Um debate em torno da institucionalização da *medicina da terra* ou local pulsa um conjunto de reflexões que, no fundo, envolvem processos de recriação de sociabilidades que visem aproximar fronteiras médicas e aumentar os desempenhos institucionais – *recriação socioterapêutica*. Ainda que tais processos não resultem na transformação simbólica de ações terapêuticas locais e do seu espólio natural, a verdade é que decorrem quase de modo intuitivo alterações na regulação das práticas e dos consumos. As práticas terapêuticas outrora flexíveis e etéreas, convertem-se em unidades coerentes de terapias padronizadas,

estabelecidas por uma normatividade terapêutica e ortoprática. O que significa que apenas o conjunto de procedimentos médicos previamente selecionados e validados pela comunidade científica são incluídos no processo de ensino-aprendizagem biomédico, sendo que os seus profissionais são impelidos a seguir a normatividade imposta a qual lhes confere legitimidade para operar na área (Khalikova, 2021).

A centrifugação dos saberes e das práticas terapêuticas, a trajetória dos consumos dissipatórios em saúde, a própria volatilidade da aceção de saúde, doença e bem-estar, colocam, de facto, desafios ao paradigma biomédico (enquanto corpo de conhecimento tecnocientífico legitimando(r) e estruturador dos SNS) e, ao mesmo tempo, ao epíteto das *medicinas locais*. Embora de parco alcance, o estudo de Miranda (2010) liberta algumas ilações que podem sugerir uma mudança progressiva global no paradigma biomédico e que assinalam um reconhecimento favorável das TNC, bem como da sua inclusão no SNS e de uma integração na própria formação biomédica. Denotando, assim, uma permeabilidade dos discursos atuais sobre os cuidados de saúde e respetivos processos e estratégias de *recriação socioterapêutica*.

Não obstante, uma análise da relação entre a regulação política e a prática em contexto local e global, é revelador de quão problemático pode ser traçar uma fronteira entre a política e a complexidade intrínseca aos consumos em saúde e matéria corporal. Desta relação derivam obstáculos associados à gestão das medecinas e respetivas práticas terapêuticas, usos e consumos conectados, frequentemente, a formas específicas de entender a saúde, a doença e o corpo, o que traduz a necessidade de refletir sobre a relação estabelecida entre as suas definições ao nível político, social e inclusive económico.

Na agenda coloca-se a pertinência de esboçar um plano que confira um maior sentido de responsabilidade social, mas também económica e política entre a comunidade, com vista à conservação generalizada da flora local e, mais especificamente, do espólio medicinal natural santomense. E, cuja disseminação abre caminho para pensar acerca da extensão do percurso de determinados medicamentos naturais a contextos transnacionais diversificados.

Mas onde se situa a necessidade de legitimar a medicina local? As interpenetrações de 'sistemas' terapêuticos diversificados permeiam, indubitavelmente, os percursos de saúde e doença traçados. Pelo que a capacidade da medicina local em beber dos preceitos da *modernidade* e de processos de hibridização inovativa assume-se, à partida, como uma estratégia contra a dispersão e/ou desvalorização da sua ideologia e de práticas terapêuticas que lhes são inerentes.

Uma conjugação concertada entre estudos etnográficos, etnofarmacológicos e etnobotânicos poderá, deste modo, ser o motor para atrair novos projetos integradores (afastando intentos de exploração intensiva dos recursos naturais e da comunidade) com o potencial de promover o bem-estar das pessoas, bem como a prosperidade socioeconómica

local. Tal pressupõe, indubitavelmente, a participação ativa da comunidade no seu todo, enquanto ela própria promotora de conhecimentos perpassados desde o *tempo dos avós*, numa ação que congregue, assim, um envolvimento intergeracional e não se foque exclusivamente nos terapeutas locais. Fomentando, deste modo, uma articulação contínua entre técnicos de saúde, terapeutas locais e/ou das TNC, organizações governamentais e não governamentais, associações locais e internacionais, bem como a sociedade civil. Paralelamente, a construção de padrões – integrados – de comunicação e de reflexividade entre as pessoas a que se destinam as medidas e os projetos nos quais intervêm, juntamente com os políticos que as propõem, é importante. Deste modo, para uma gestão estratégica da medicina local - ‘tradicional’- importa congregar os especialistas envolvidos num processo de elaboração e de implementação de políticas públicas continuadas em prol da preservação sustentável do património medicinal natural de São Tomé e Príncipe, sob a égide da governança local e de *inputs* do conhecimento local de mediadores comunitários, técnicos de saúde e terapeutas. Em linha com os desenvolvimentos do projeto “Flora Ameaçada de São Tomé e Príncipe”, cujo objetivo geral se centrou na implementação de estratégias para a inventariação e conservação da flora nativa e, em simultâneo, capacitar um corpo de botânicos e técnicos locais para dar seguimento a este trabalho¹¹¹.

A inspiração perene e recíproca da sustentabilidade sociohistórica do conhecimento e dos usos das plantas medicinais reforça o papel da comunidade, das ligações familiares e da relação umbilical entre avó, mãe e filhos. Permitindo-nos vislumbrar uma pletera de práticas terapêuticas que se estendem além-fronteiras e, co e pré existem na definição dos percursos de saúde e doença. A (re)criação social dos saberes e das práticas terapêuticas resulta, assim, de processos construtivos contínuos sempre inacabados e voláteis por natureza, o que permite observar, por um lado, os esquemas que consolidam as (des)continuidades da farmacopeia local, a par do postulado da variabilidade sociocultural e histórica do próprio conhecimento e, por conseguinte, os impactos trazidos pelos processos de globalização e de uma *colonialização* da biomedicina.

As reflexões aqui (re)produzidas visam, assim, fornecer visões e orientações para pensar o mercado informal de *mindjân tela*, as múltiplas terapêuticas com recursos medicinais naturais ministrados, não só, pelos terapeutas locais às populações, como pelos *mais velhos* – situando um fenómeno num plano de entendimento mais vasto – inter e intra comunitário e, por conseguinte, as respetivas repercussões nos cuidados de saúde entre *lá e cá*.

¹¹¹ Cf. <https://cepf-stp-threat-flora.netlify.app/pt/>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2003). *Saúde, doença e diversidade cultural*. Instituto Piaget, Lisboa.
- Ackerknecht, E. H. (1946). Natural Disease and Rational Treatment in Primitive Medicine. *Bulletin of the History of Medicine*, 19(5), 467-97.
- Adams, V. & Fei-Fei, L. (2008). Integration or erasure? Modernizing medicine at Lhasa's Mentsikhang. In Pordie, L. (Ed.) *Exploring Tibetan medicine in contemporary context: perspectives in social sciences*, (pp. 105-31). London, Routledge.
- Amado, L. (2010). *Manifestações Culturais São-tomenses Aportamentos, Comentários, Reflexões*. São Tomé, UNEAS.
- Alaszewski, A. & Brown, P. R. (2007). *Risk, uncertainty and knowledge, Health, Risk & Society*, 9(1), 1-10.
- Amin, S. (1976). *Unequal Development: An Essay on the Social Formations of Peripheral Capitalism*. New York, Monthly Review Press.
- Amoah, P. A. & Gyasi, R. M. (2016). Geographies of traditional therapies utilization: A convergence of health behaviours in rural and urban settings? *Alternative and Integrative Medicine*, 4, 207–209.
- Archer, M. (2000). *Being Human: The Problem of Agency*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national study. *J Am Med Assoc* 279, 1548–1553.
- Appadurai, A. (1990). Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy. *Public Culture*, 2(2), 1-24
- (1996). *Modernity at Large: Cultural Dimensions of Globalization*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- (Org.) (2010). *A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural*. Niterói, Editora da Universidade Federal Fluminense.
- Agrawal, A. (1995). Dismantling the Divide Between Indigenous and Scientific Knowledge. *Development and Change, International Institute of Social Studies*.
- Arora R., Chawla, R., Marwah, R., Arora, P., Sharma, R. K., Kaushik, V. (2011). Potential of complementary and alternative medicine in preventive management of Novel H1N1 Flu (Swine Flu) pandemic: thwarting potential disasters in the bud. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2011, 586-506.
- Bäckström, B. (2009). *Saúde e Imigrantes – As representações e as Práticas sobre a Saúde e a Doença na Comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa*. Lisboa, ACIDI.
- Baganha, M. I. & Gois, P. (1999). Migrações Internacionais de e para Portugal: o que sabemos e para onde vamos? *Centro de Estudos Sociais, Revista Crítica de Ciências Sociais*, 52/53, 229-280.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. & Pires, S. (s/d). *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. S/N
- Bailey, J. (Ed.) (2014). *The facts on file dictionary of botany*. Infobase Publishing.
- Baer, H. A., Singer, M. & Susser, I. (2004). *Medical anthropology and the World System*. Londres, Praeger Paperback.
- Barata, Ó. S. (2001). Novas tendências migratórias à escala mundial. *JANUS, Anuário das Relações Exteriores*, Público & Universidade Autónoma de Lisboa.
- Barbosa, A. (1984). A sensibilidade cultural do profissional de saúde. *Antropologia da Saúde*, 2 (4), 5-12.
- Barreto, M. R. (2012). *Os Sistemas de saúde em São Tomé e Príncipe Médicos Tradicionais e cuidados de saúde*. [Dissertação de Mestrado em Estudos Sociais da Ciência, ISCTE-IUL]. Repositório do ISCTE-IUL. <http://hdl.handle.net/10071/5050>
- Barth, F. (Ed.) (1998 [1969]). *Ethnic Groups and Boundries. The Social Organization of Cultural difference*. Long Grove, Waveland Press.
- Bannerman, R. B., Buton J. & Wen-Chieh, C. (1983). Traditional medicine and health care coverage. *Organização Mundial de Saúde*, 9-13.

- Bastos, C. (2001). Omulu em Lisboa: Etnografias para uma teoria da globalização. *Etnográfica*, V(2), 303-324.
- (2007). Medical hybridisms and social boundaries: aspects of Portuguese colonialism in Africa and India in the nineteenth century. *Journal of Southern African Studies*, 33(4), 767-782.
- (2011). *Corpos, climas, ares e lugares: autores e anónimos nas ciências da colonização. A Circulação do Conhecimento: Medicina, Redes e Impérios*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- (2020). Febre a bordo: migrantes, epidemias, quarentenas. *Horizontes Antropológicos*, 26(57), 27-55.
- Benda-Beckmann, F. V. (Org.) (1988). *Between kinship and the state: social security and law in developing countries*. Dordrecht, Foris.
- Benedict, R. (2005). *Padrões de Cultura*. Lisboa, Edição Livros do Brasil.
- Bharadwaj, A. (2012). Enculturating Cells: The Anthropology, Substance, and Science of Stem Cells. *Annual Review of Anthropology*, 41, 303–17.
- Bhasin, V. (2007). Medical Anthropology – A Review. *Ethno-Med.* 1(1), 1-20.
- Bonfim, J. S. (2000). *Os processos migratórios em São Tomé e Príncipe e a corrente portuguesa*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra].
- Borneman, J. & Fowler, N. (1997). Europeanization. *Annu. Rev. Anthropol.* 26, 487-514.
- Bourdieu, P. (2002). *Esboço de Uma Teoria Prática, Precedido de Três Estudos de Etnologia Cabila*. Oeiras, Celta.
- Bloch, M (2005). Where did anthropology go?: or the need for 'human nature'. In Bloch, M., (Ed.) *Essays on cultural transmission. LSE monographs on social anthropology* (pp. 1-20). Berg Publishers, Oxford, UK.
- Burgess, R. (2001). *A Pesquisa de Terreno*. Oeiras, Celta Editora.
- Biehl, J., Good, B. & Kleinman, A (Eds.) (2007). *Subjectivity: Ethnographic Investigations*. Berkeley, University of California Press.
- Bourdieu, P. (1992). Identity and Representation. In Bourdieu, P. *Language and Symbolic Power* (pp. 220-251). Polity Press.
- Bondel, C. (1966). *Introducción a la Psicología Coletiva*. Buenos Aires, Troquel.
- Bowles, J. M. (2004). *Guide to plant collection and identification*. UWO Herbarium Workshop in Plant Collection and Identification.
- Brock, A. J. (1977). *Greek Medicine, Being Extracts Illustrative of Medical Writers from Hippocrates to Galen*. New York, AMS Press.
- Burgess, R. (2001). *A Pesquisa de Terreno*. Oeiras, Celta Editora.
- Camargo, K. (2012). Saúde Colectiva e Circulação dos Saberes. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 849-851.
- Cabral, C., Pita, J. R. & Salgueiro, L. (2014). Plantas Medicinais: entre o passado e o presente. *Imprensa da Universidade de Coimbra*.
- Campayo, J. G., Broto, C. G., Buil, B., Luengo, M. G., Caballero, L. & Collazo, F. (2006), Attitudes of Spanish doctors towards immigrant patients: an opinion survey. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 34(6), 371-376.
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. (6ª ed.) Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária.
- Carapinheiro, G. (1986). A saúde no contexto da sociologia. *Sociologia – Problemas e Práticas*, (1), 9-22.
- (1993). *Saberes e Poderes do Hospital. Uma Sociologia dos Serviços hospitalares*. Porto, Edições Afrontamento.
- (2005). Do bio-poder ao poder médico. *Revista Estudos do Século XX – Ciência, Saúde e Poder*, (5), 383-398.
- Cardoso, F. H. & Faletto, E. (1967). *Dependencia y Desarrollo en America Latina: Ensayo de Interpretation Sociologica*. Mexico, Siglo Veinteuno.
- Cardoso, M. (2007). *Cabo Verde e São Tome e Príncipe: Educação e Infraestruturas como factores de desenvolvimento*. Porto, Edições Afrontamento.

- Cardoso, G., Costa, A. F. da, Conceição, C. P. & Gomes, M. C. (2005). *A Sociedade em Rede em Portugal*. Porto, Campo de Letras.
- Carlson, T. J. S. & Maffi, L. (Eds.) (2004). *Ethnobotany and conservation of biocultural diversity. Advances in economic botany*. New York, Botanical Garden Press.
- Carpenter, M. (2000). Reinforcing the pillars: rethinking gender, social divisions and health. In Annandale, E. & Hunt, K. (Eds.), *Gender Inequalities in Health* (pp. 36-63). Buckingham, Open University Press.
- Carpenter-Song, E. A., Nordquest Schwallie, M. & Longhofer, J. (2007). Cultural Competence Reexamined: Critique and Directions for the Future. *Psychiatric Services*, 58(10), 1362-1365.
- Carvalho, A. M. & Frazão-Moreira, A. (2014). When the young think that every plant is parsley! Social variability of ethnobotanical knowledge and plant categorization in two rural areas in Portugal. In Casanova, C. & Frias, S. (Coord.) *Memória*. Número especial dedicado à antropologia do ambiente, Sociedade de Geografia de Lisboa.
- Casiday, R. (2005). Risk and Trust in Vaccine decision making. *Durham Anthropology Journal*, 13(1), s/p.
- Castels, S. (2002). Migration and Community Formation under Conditions of Globalization. *International Migration Review*, Center for Migration Studies of New York.
- Challinor, E. (2012). Cidadania Médica, Culturas e Poder nos Cuidados Perinatais e Pediátricos de Imigrantes. *Saúde e Sociedade*, 21 (1), 76-88.
- (2014). O estado do corpo imigrante e o corpo do Estado: negociações na interface. *Saúde Soc. São Paulo*, 23(1), 54-66.
- (2016). From Cultural Explanation to Intercultural Dialogue: a Contribution to the Study of Cape Verdean Maternal Health in Portugal. In Évora, I (Org.), *Diáspora Cabo-Verdiana: Temas em Debate*. Lisboa, CEsa-ISEG.
- Cho, H-J. (2000). Traditional medicine, professional monopoly and structural interests: a Korean case. *Social Science and Medicine*, (50), 123-35.
- Clamote, T. C. (2007). Pluralismo Médico: Configurações Estruturais, Racionalidades e Práticas Sociais. In Carapinheiro, G. (Org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé-de-Página.
- Clamote, T.C. (2008). Entre pluralismo médico e pluralismo terapêutico: contributos a revisão de uma narrativa sociológica. *IV Congresso Português de Sociologia, Mundos Sociais: Saberes e Práticas*, 30, 1-12.
- Clifford, J. (1994). Diasporas. *Cultural Anthropology*, 9 (3), 302-338.
- Cole, S. (1991). *Women of the Praia: Work and Lives in a Portuguese Coastal Community*. Princeton, Princeton University Press.
- COMPETE (2014). Universidade de Coimbra retrata expedições botânicas iniciadas no século XVIII. "No trilho dos naturalistas". Projecto Media Ciência Nº16895. Co-financiado pela UE/FEDER, através do QREN (COMPETE). <http://www.pofc.qren.pt/areas-do-competeciencia-e-conhecimento/os-projectos-que-apoiamos/entity/universidade-de-coimbra-retrata-expedicoes-botanicas-iniciadas-no-seculo-xviii?fromlist=1>
- Connell, R. W. (2002). *Gender*. Reino Unido, Polity.
- Connerton, P. (1999) [1989]. *Como as Sociedades Recordam* (2.^a ed.). Lisboa, Celta.
- Conrad, P. (2005). The Shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behaviour*, 46, 3-14.
- Costa, A. R. (2020). Coleções Botânicas das ilhas de São Tomé e Príncipe no Herbário PO do Museu de História Natural e da Ciência da Universidade do Porto: desvendar dados científicos e históricos a partir de espécimes de herbário. [Dissertação de mestrado, FCUP].
- CPLP (2011). Relatório Mundial da Saúde – financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Lisboa, CPLP.
- Cravo, M. C. F. R. (2013). *Tradução de fenómenos: entre a saúde mental e a antropologia, estudo de caso nas escolas de Guadalupe e Patrice Lumumba em São Tomé e Príncipe*. [Dissertação de mestrado, ISCTE-IUL]. Repositório do ISCTE-IUL. <http://hdl.handle.net/10071/7022>
- Crozier, R. (1968). *Traditional medicine in modern China: science, nationalism, and the tensions of cultural change*. Cambridge, Mass, Harvard University Press.

- Csordas, T. J. (2006). Preface. In Johannessen, H. & Lázár, I. (Eds.), *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional medicine*. Oxford, Berghahn Books, ix-xi.
- (1994) *The Sacred Self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. California, University of California Press.
- Cunha, M. I. & Durand, J-Y. (Eds.) (2011). *Razões de saúde. Poder e administração do corpo: vacinas, alimentos, medicamentos*. Lisboa, Fim de Século.
- Davies, C. A. (1999). *Reflexive Ethnography: A Guide to Researching Selves and Others*. Londres, Routledge.
- Denzin, N. K. (1989 [1970]). *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. (2ª ed.) EUA, Mc Graw-Hill Books Company.
- Devillard, M. J., Mundanó, A. F. & Pazos A. (2012). Apuntes metodológicos sobre la conversación en el trabajo etnográfico. *Política y Sociedad*, 49(2), 353-369.
- Dias, S., Rodrigues, R. Silva, A., HORTA, R. & Cargaleiro, H. (2010). Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: Um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. *Arquivos de Medicina*, 24(6), 253-59.
- Deswaan, A. (1990). Expansion and Limitation of Medical Regime. In DeSwaan, A. *The Management of Normality: Critical Essays in Health and Welfare*. Londres, Routledge.
- Dilger, H., Kane, A. & Langwick, S. A. (2012). *Medicine, Mobility and Power in Global Africa. Transnational Health and Healing*. Indianapolis, Indiana University Press.
- Dirks, N. (2004). Edward Said and Anthropology. *Journal of Palestine Studies*, XXXIII, (3), 38–54.
- Douglas, M. & Isherwood, B. (1979). *The World of Goods*. Nova Iorque, Basic Books.
- Douglas, M. (1991), *Pureza e Perigo. Ensaio sobre a noção de poluição e tabu*. Lisboa, Edições 70.
- Espírito Santo, C. (1998). *A Coroa no Mar*. Lisboa, Editorial Caminho.
- Espírito Santo, J. (1969). Nomes crioulos e vernáculos de algumas plantas de S. Tomé e Príncipe. *Centro de Estudos da Guiné Portuguesa*, Vol. XXIV(93).
- Erickson, P. I. (2008). *Ethnomedicine*. Long Grove, Waveland Press Inc.
- Elias, N. (1998). *Sobre o Tempo*. Rio de Janeiro, Zahar.
- Eriksson, L. (2012). Pluripotent Promises: Configurations of a Bio-object. In Vermeulen, N., Tamminen, S. & Webster, A. (Eds.) *Bio-objects: life in the 21st century* (pp. 27-42). Farnham, Ashgate Publishing.
- Eshiett, M. U. A. & Parry, E. H. O (2003). Migrants and health: a cultural dilemma. *Clinical Medicine*, 3(3), 229-231.
- EVANS-PRITCHARD, Edward (1937). *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*.
- Fabrega, H. Jr. (1975). The Need for an Ethnomedical Science: The study of medical systems comparatively has important implications for the social and biological sciences. *Science*, 189 (4207), 969-975.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor*. Berkeley, University of California Press.
- Feierman, S. & Janzen, J. M. (Eds.) (1992). *The Social Basis of Health and Healing in Africa*. California, University of California Press.
- Ferreira, S. (2017). Under my skin: apontamentos biográficos de uma antropóloga em processo. *Etnográfica*, 21(3), 677-690.
- Fialho, J. (2003). A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde. *Cadernos de Estudos Africanos*, (4), 121- 134.
- Figueiredo, E., Paiva, J., Stévert, T., Oliveira, F., & Smith, G.F. (2011). Annotated catalogue of the flowering plants of São Tomé and Príncipe. *Bothalia*, 41(1), 41–82.
- Filho, N. de A. (2000). Qual o sentido do termo saúde? *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 300-301.
- Fabricant, D. S. & Farnsworth, N. R. (2001). The value of plants used in traditional medicine for drug discovery. *Environ Health Perspect*, 109(1), 69–75.
- Featherstone, M. (Org.) (1990). *Global Culture: Nationalism, Globalization, and Modernity: A Theory, Culture & Society Special Issue*. Londres, Sage.

- Foster, G. (1978). Hippocrates' Latin American Legacy: "Hot" and "Cold" in Contemporary Folk Medicine. *Colloquia in Anthropology*, 2, 3-19.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. In Burchell, G., Gordon, C. & Miller, P. (Eds.) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago, University of Chicago Press.
- (2003 [1963]). *The Birth of the Clinic*. London, Routledge.
- (2008 [2004]). *The Birth of Biopolitics. Lectures at the College de France 1978-79*. Grã Bretanha, Palgrave Macmillan.
- (2012). *Arqueologia das ciências e histórias dos sistemas de pensamento. Ditos e Escritos II*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- Frank, A. G. (1967). *Capitalism and Underdevelopment in Latin America: Historical Studies in Chile and Brazil*. New York, Monthly Review Press.
- Frazão-Moreira, A. & Fernandes, M. M. (Org.) (2005). *Plantas e Saberes: no Limiar da Etnobotânica em Portugal*. Lisboa, IELT, Ed. Colibri.
- Frazão-Moreira, A., Carvalho, A. M. & Martins, M. E. (2009). *Anthropological Notebooks*, 15(1), 27-36.
- Frazão-Moreira, A. (2015) Ethnobiological research and ethnographic challenges in the 'ecological era', *Etnográfica*, 19 (3).
- Freidson, E. (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Nova Iorque, Atherton Press.
- (1986). *Professional Powers – A study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Fuertes, C. & Laso, M. A. (2006). El inmigrante en la consulta de atención primaria. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 29 (1), 9-25.
- Gabe, J., Kelleher, D & Williams, G. (Eds.) (1994). *Challenging medicine*. Londres, Routledge.
- Garcia, J. L. & Nunes, D. B. (2000). *Migrações e Relações Multiculturais. Uma Bibliografia*. Oeiras, Celta.
- Geertz, C. (1978). *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro, Zahar.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in Late Modern Age*. Cambridge, Polity Press.
- (1992). *As Consequências da Modernidade*. Oeiras, Celta.
- (2002). *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Glick Schiller, N. (2004). Transnationality. In Nugent, D. & Vicente, J., (Eds.) *A Companion to the Anthropology of Politics* (pp. 448-467). Malden, Blackwell Publishing.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. New York, Cambridge University Press.
- Good, B. J., Fischer, M. M. J., Willen, S. S., Good, M-J. D. (2010). Introduction. In Good, B. J., Fischer, M. M. J., Willen, S. S., Good, M-J. D. (Eds.) *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities* (pp. 1-6). Malden, Wiley Blackwell.
- Goody, J. (2004). The Transcription of Oral Heritage. *Museum International*, 56(1-2).
- Gomes, C. R. & Oliveira, N. (2019). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual. *Imigração em Números – Relatórios Anuais*. Lisboa, Observatório da Migrações.
- Green, L., Gammon, D. W., Hoffman, M. T., Cohen, J., Hilgart, A., Morrell, R. G., Verran, H. & Wheat, N. (2015). Plants, people and health: three disciplines at work in Namaqualand. *South African Journal of Science*, 111(9/10), 1-12.
- Guerci, A. & Consigliere, S. (1999). *Por uma Antropologia da dor. Nota preliminar*. Florianópolis, ILHA.
- Gupta, Akhil & Ferguson, J. (1997a). Culture, Power, Place: Ethnography at the End of an Era. In Gupta, A. & Ferguson, J (Eds.), *Culture, Power, Place: explorations in critical anthropology* (pp. 1-32). Londres, Duke University Press.
- (1997b). Discipline and practice: "The field" as site, method, and location in Anthropology. In Gupta, A. & Ferguson, J. (Orgs.), *Anthropological Locations – boundaries and grounds of a field science* (pp. 1-46). Londres, University of California Press.
- Gyasi, R. M., Mensah, C. M., Adjei, P. O-W. & Agyemang, S. (2011). Public perceptions of the role of traditional medicine in the health care delivery system in Ghana. *Global Journal of Health Science*, 3, 40–49.

- Halabuza, D. (2014). Transnational families, migration and the circulation of care: understanding mobility and absence in family life. *Transnational Social Review: A Social Work Journal*, 4(1), 108-112.
- Halbwachs, M. (1990). *A Memória Coletiva*. São Paulo, Biblioteca Vértice.
- Hall, S. (1997). Introduction. In Hall, S. (Ed.). *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices* (pp. 1-11). London, Thousand Oaks, New Delhi, Sage Publications and The Open University.
- Halloy, A. (2015). Pierre Smiths's mind traps: The origin and ramifications of a theory of ritual efficacy. *Anthropological Theory*, 15 (3), 358-374.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (1995). *Ethnography: Principles in practice* (2^a Ed.). London, Routledge.
- Hannerz, U. (1992). *Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning*. Nova Iorque, Columbia University Press.
- (1997). Fluxos, Fronteiras, Híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional. *Mana*, 3 (1), 7-39.
- (2007). Being there...and there...and there! Reflections on Multi-Site Ethnography. In Robben, A. C. G. M. & Sluka, J. A. (Eds.), *Ethnographic Fieldwork: An Anthropological Reader*. Oxford, Blackwell Publishing.
- Hardon, A., Desclaux, A., Egrot, M., Simon, E., Micollier, E., & Kyakuwa, M. (2008). Alternative medicines for AIDS in resource-poor settings: Insights from exploratory anthropological studies in Asia and Africa, *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 4(16).
- Harris, D. R. & Hillman, G. (1989). An evolutionary continuum of people-plant interaction. *London, Foraging Farming, Unwin Hyman*, 31, 11-26.
- Hayry, H. (1991). *The Limits of Medical Paternalism*. Londres, Routledge.
- Helman, C.G. (2000). *Culture, health and illness*. Oxford, Butterworth-Heinemann.
- Henriques, I. C. (2000). *São Tomé e Príncipe. A invenção de uma sociedade*. Lisboa, Vega.
- Herzfeld, M. (1984). The Horns of the Mediterraneanist dilemma. *American Ethnologist*, 11(3), 439-454.
- Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie - analyse d'une représentation sociale*, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Herzlich, C. & Pierret, J. (1984). *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris, Payot.
- Hinnels, J. & Porter, R. (1999). *Religion, health and suffering*. London/ New York, Kegan Paul International.
- Hoàng, B. C. (2004). Promotion of herbal medicine in the rural areas of Vietnam, personal communication with former Director of the Institute of Traditional Medicine (1975-95). *Hanoi*, 4.
- Holmberg, T. & Ideland, M. (2012). Challenging Bio-objectification: Adding Noise to Transgenic Silences. In Vermeulen, N., Tamminen, S., Webster, A., (Eds.) *Bio-objects: life in the 21st century* (pp. 13-26). Farnham, Ashgate Publishing.
- Holbrook, M. (1991). *The Semiotics of Consumption: Interpreting Symbolic Consumer Behavior in Popular Culture and Works of Art*. Mouton de Gruyter, Berlin.
- Horner, R. D., Salazar, W., Geiger, J., Bullock, K., Corbie-Smith, G., Cornog, M. & Flores, G. (2004). Changing Healthcare Professionals' Behaviors to Eliminate Disparities in Healthcare: What do we know? How might we proceed? *The American Journal of Managed Care*, 10, 12-19.
- Horowitz, D. L. (1985). *Ethnic Groups in Conflict*. Berkeley, University of California Press.
- Horta, A. P. B. (2011). As políticas de imigração em Portugal. Contextos e protagonistas. *Migrações. Revista Internacional em Língua Portuguesa*, (24), 233-253.
- Hunter, D. J. (1994). From tribalism to corporatism – The managerial challenge to medical dominance. In Gabe, J., Kelleher, D & Williams, G. (Eds.) *Challenging medicine* (pp. 1-22). Londres, Routledge.
- Illich, I. (1976). *Limits to Medicine*. Londres, Penguin Books.
- INE (2021). População estrangeira com estatuto legal de residente (N.^o) por Local de residência e Nacionalidade. Instituto Nacional de Estatística.

- Ingold, T. (2003) Two reflections on ecological knowledge. In Sanga, G. & Ortalli, G. (Eds.), *Nature Knowledge. Ethnoscience, Cognition, and Utility* (pp. 301–311). New York, Berghahn Books.
- Johannessen, H. & Lázár, I. (Eds.) (2006). *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional medicine*. Oxford, Berghahn Books.
- Júnior, L. C. de B. & Estácio, A. G. (2013). Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos remerosos. *Rev Assoc Med Bras.* 59(3), 213–216.
- Khadka, D., Dhamala, M. K., Li, F., Aryal, P. C., Magar, P. R., Bhatta, S., Thakur, M. S., Basnet, A., Cui, D. & Shi, S. (2021). The use of medicinal plants to prevent COVID-19 in Nepal. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 17 (26), 1-17.
- Kaptchuk, T. J. (1983). *Chinese medicine: the web that has no weaver*. London, Rider.
- Khalikova, Venera (2021). Medical Pluralism. *Social Studies of Science*, 32, 659-90.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16 (1), 103-121.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Cultures. An Exploration of Borderland between Anthropology and Psychiatry*. Berkeley/Los Angeles, University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York, Basic Books.
- Kleinman, A., Brodwin, P. E., Good, B. J., Good, M. D. (1992). Pain as Human Experience: An Introduction. In Good, M. D., Brodwin, P. E., Good, B. J., Kleinman, A. (Eds), *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective* (pp. 1-28). Berkeley/Los Angeles, University of California Press.
- Kleinman A. (1995). *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley/Los Angeles, University of California Press.
- Kleinman, A. & Petryna, A. (2001). Health: Anthropological Aspects. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, Oxford, Elsevier Science.
- Kloos, S. (2013). How Tibetan medicine in exile became a 'medical system.' *East Asian Science, Technology and Society*, 7, 381-95.
- Klopper, R. R., & Figueiredo, E. (2013). Diversity of ferns and lycophytes in São Tomé and Príncipe: An updated checklist. *Scripta Botanica Belgica*, 50, 287-293.
- Kofman, E. et al., (1999). Female 'Birds of passage' – A decade later: Gender and Immigration in the European Union. *International Migration Review, Center for Migration Studies*, 126(33).
- Kopytoff, I. (2010). A biografia cultural das coisas: a mercantilização como processo. In Appadurai, A. (Org.). *A vida social das coisas: as mercadorias sob uma perspectiva cultural* (pp. 89-123). Niterói, Editora da Universidade Federal Fluminense.
- Krueger, R. & Casey, M. A. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied Research*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Khan, S. (2006). Systems of medicine and nationalist discourse in India: towards 'new horizons' in medical anthropology and history. *Social Science and Medicine*, 62, 2786-97.
- Kuunibe, N. & Domanban, P. B. (2012). Demand for complementary and alternative medicine in Ghana. *International Journal of Humanities & Social Science*, 2, 288–294.
- Kvale, S. (1996). *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, California, Sage.
- Langdon, J. E. (2001). A Doença como Experiência: O Papel da Narrativa na Construção Sociocultural da Doença. *Revista Etnográfica* 5 (2), 241-260.
- Langwick, S. A. (2015). Partial Publics: the political promise of traditional Medicine in Africa. *Current Anthropology*, 56(4), 493-514.
- Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la Maladie: Étude ethnologique des systèmes de Representations Étologiques et Thérapeutiques dans la Société Occidentale Contemporaine*. Paris, Payot.
- Laplantine, F. (1998 [1978]). *Aprender Etnopsiquiatria*. São Paulo, Brasiliense.
- Laplantine, F. (1991). *Antropologia da doença*. São Paulo, Martins Fontes.
- Latour, B. & Woolgar, S. (1986 [1979]). *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*. Reino Unido, Princeton University Press.
- Latour, B. (1987). *Science in action*. Cambridge, Harvard University Press.

- Lauver, D. (1992). A theory of care-seeking behavior. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 24, 281–288.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona, Editorial Seix Barral.
- Leslie, C. & Young, A. (Eds.) (1992). *Paths to Asian medical knowledge*. Berkeley, University of California Press.
- Leonti, M. & Casu, L. (2013). Traditional medicines and globalization: current and future perspectives in ethnopharmacology. *Frontiers in Pharmacology*, 25, 4–92.
- Lessard-Hérbert, M. et al. (1994). *Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Lévi-Strauss, C. (1976). *O Pensamento Selvagem*. São Paulo, Editoria Nacional.
- (1996 [1949]). *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- Lima, A. P. (2016). O cuidado como elemento de sustentabilidade em situações de crise. Portugal entre o Estado providência e as relações interpessoais. *Dossier Género e Cuidado, Cadernos Pagu* (46), 79-105.
- Lima, A. & Oliveira, F. (2019). *Men's commitment in long term care: changes in kinship and gender Beyond gender: making kinship through care in times of austerity*. 14th international SIEF Congress Track Changes: Reflecting on a Transforming World. <https://www.siefhome.org/congresses/sief2019/>.
- Lobo, E. (1995). *A doença e a cura. Recorrência à bruxaria na procura de saúde*. Vila Nova de Gaia, Ed. Estratégias Criativas.
- Lock, M. & Nguyen, V-K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. United Kingdom, Wiley-Blackwell.
- Lopes, N. M. (2006), Tecnologias de Saúde e Novas Dinâmicas de Profissionalização. In Carapinheiro, Graça (Org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e perspectivas*. Coimbra, Pé de Página Editora.
- Lopes, N. M. (2010). Consumos Terapêuticos e Pluralismo Terapêutico. In Lopes, N. (Org.), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas sociais em Mudança*. Porto, Edições Afrontamento.
- Lopes, N., Clamote, T., Raposo, H. A., Pegado, E. & Rodrigues, C. (2012). O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa. *Saúde & Tecnologia*, 8, 5-17.
- Luhmann, N. & De Giorgi, R. (1996). *Teoria della società*. (8ª ed.) Milão, Franco Angeli.
- Lundberg, P. C. (2007). Use of traditional herbal remedies by Thai immigrant women in Sweden. In Peroni, A. & Vandebroek, I. (Eds.) *Travelling Cultures and Plants: The ethnobotany and Ethnopharmacy of Migrants. Studies in Environment Anthropology and Ethnobiology*. (pp. 104-121), Berghahn Books.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. Londres, SAGE Publications.
- Luz, M. T. (2005). Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 15, 145-176.
- Machado, F. L. (2007). Migrações, saúde e doença – que investigação em Portugal? *Migrações*, 1, 201-203.
- Machado, F. L. (2009). Quarenta anos de imigração africana: um balanço. *Emigração e Imigração. Ler História*. 56,135-165.
- Madureira, M. C. (2006). *Etnofarmacologia e Estudo de Espécies com Actividade Biológica da Flora de S. Tomé e Príncipe*. [Tese de Doutoramento em Farmacognosia e Fitoquímica, Coimbra, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da UC. <http://hdl.handle.net/10316/9657>
- Madureira, M. C., et al. (2008a). Estudo Etnofarmacológico de Plantas Medicinais de São Tomé e Príncipe. s.l., *Ministério da Saúde de S. Tomé e Príncipe*.
- Madureira, M. C. (2008b). Workshop Plantas Medicinais e Fitoterapêuticas nos Trópicos. Investigação de plantas medicinais anti-maláricas usadas na medicina tradicional de S.Tomé e Príncipe. *IICT/CCCM*.

- Madureira, M. C., Martins, A.P., Salgueiro, L., Paiva, J. & Proença da Cunha, A. (2002a). Medicinal Plants and Traditional Medicine in the Gulf of Guinea – S. Tomé and Príncipe Islands, *Recent Progress in Medicinal Plants*, Research Book Centre, New Delhi, Índia, 7, 361-381.
- Madureira, M. C., Martins, A.P., Gomes, M., Paiva, J., Proença da Cunha, A. & Rosário, V.E. (2002b). Antimalarial activity of medicinal plants used in traditional medicine in S. Tomé and Príncipe islands. *J. Ethnopharmacology*, 81(1):23-9.
- Madureira, M. C. (2012). Plantas Medicinais e Medicina Tradicional de S. Tomé e Príncipe. *Actas do Colóquio Internacional São Tomé e Príncipe numa perspetiva interdisciplinar, diacrónica e sincrónica*. Centro de Estudos Africanos (CEA-IUL), 433-453.
- Maffi, L. (2005). Linguistic, cultural, and biological diversity. *Annu Rev Anthropology*. 29, 599–617.
- Malinoswki, B. (1935). *Coral gardens and Their Magic*. Londres, Allen and Unwin.
- (1948). *Magic, Science and Religion*. Boston, Free Press.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *The Annual review of anthropology* (24), 95-117
- Martins, H. (2012). Tu não és daqui... estás só aqui durante um tempo!": explorando os lados sombra de uma experiência de trabalho de campo. *Etnográfica*, 16(3), 525-546.
- Mata, I. (2004). *A Suave Pátria: Reflexões político-culturais sobre a sociedade são tomense*. Lisboa, Colibri.
- Mateus, E. C. D. A. F. (2014). *Ervas que Curam. Da "Terra das Ervanárias", à produção de plantas medicinais e de conhecimento*. [Tese de Doutoramento em Antropologia da Saúde, ICS-UL]. Repositório da UL.
- Mauss, M. (2017). *Ensaio sobre a Dádiva*. Lisboa, Edições 70.
- Medeiros, P. M. de, Soldati, G. T., Alencar, N. L., Vandebroek, I., Pieroni, A. Hanazaki, N. & Albuquerque, U. P. (2012). The Use of Medicinal Plants by Migrant People: Adaptation, Maintenance, and Replacement. *Evidence-Based Complementary and Alternativa Medicine*, 1-11.
- Menezes, A. B. (2012). *Estado, Políticas Públicas e Desenvolvimento: Cabo Verde e São Tomé e Príncipe*. [Tese de doutoramento, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro].
- Michaelsen, J. J., Krasnik, A., Nielsen, A. S., Norredam, M. & Torres, A. M. (2004). Health professionals' knowledge, attitudes and experiences in relation to immigrant patients: a questionnaire study at a Danish Hospital. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 287-295.
- Miles, A. (1998). Science, Nature, and Tradition: The Mass-Marketing of Natural Medicine in Urban Ecuador, *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 12 (2), 206-225.
- Ministério da Saúde (2018). *Estratégia Integrada de Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente e Nutrição 2019-2023*, São Tomé, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2020a). *Relatório Contas de Saúde 2016 & 2017*. São Tomé e Príncipe, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2020b). *Anuário Estatístico da Saúde 2020*. São Tomé e Príncipe, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais (2012). *Carta Sanitária de São Tomé e Príncipe*, São Tomé e Príncipe, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (s/d). *Política Farmacêutica Nacional 2019 – 2029*. São Tomé e Príncipe, Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2020), *Plano Director do Sector Farmacêutico de São Tomé e Príncipe 2016 – 2020*
- Miranda, A. S. M. (2010). *Terapêuticas não convencionais: Perspectivas dos médicos de medicina geral e familiar*. [Dissertação de Mestrado em Medicina, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/809>
- Miranda, J. (2005). Geografia de STP. *Dicionário temático da Lusofonia*, 422-432.
- Moerman, D. (2000). Cultural Variations in the Placebo Effect: Ulcers, Anxiety and Blood Pressure. *Medical Anthropology Quarterly* 14(1), 51-72.
- Moreira-Frazão, A. (2010) A natureza em perspectiva: reflexões sobre saberes ecológicos locais e conhecimentos científicos. In Alves, A.G.C., Souto, F.J.B. & Peroni, A. (Orgs.) *Etnoecologia em perspectiva: natureza, cultura e conservação* (pp. 75-88). Recife, NUPEEA.

- Morgan, D. (2001). Focus Group Interviewing. In Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (Eds.), *Handbook of interview research: context and method*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- Naraindas, H. (2006). Of spineless babies and folic acid: evidence and efficacy in biomedicine and ayurvedic medicine. *Social Science and Medicine*, 62, 2658-69.
- Naraindas, H., Quack, J. & Sax, W. S. (Eds.). (2014). *Asymmetrical Conversations: Contestations, Circumventions and the Blurring of Therapeutic Boundaries*. Oxford, Berghahan Books.
- Nascimento, A. (2006). *Diáspora são-tomense e política na terra* [Comunicação] 11ª Conferência Internacional Metropolis.
- Nascimento, A. (2008). As ONG em São Tomé e Príncipe: entre a afirmação da sociedade civil e a emulação do clientelismo nas práticas políticas, *12ª Assembleia Geral: "Governar o Espaço Público Africano"*, CODESRIA. Yaoundé, Cameroun, 1-25.
- Nascimento, A. (2011). O meio insular, a emigração e a diáspora são-tomenses. In João Peixoto, J. & Fernandes, D. (Eds.) *Migrações* (pp. 257-280). *Revista Internacional em Língua Portuguesa*, 24.
- Nascimento, A. (2019). As Eleições Legislativas de 2018. Acerca da Sobrevivência da Democracia em São Tomé e Príncipe. *Cadernos de Estudos Africanos*, 38, 93-122.
- Neba, A. (1999). *Modern Geography of the Republic of Cameroon*. Bamenda, Neba Publishers.
- Ni, L., Zhou, L., Zhou, M., Zhao, J. & Wang, D.W. (2020). Combination of Western medicine and Chinese traditional patent medicine in treating a family case of COVID-19. *Front Med*.
- Nolan, J. M. & Turner, N. J. (2011). Ethnobotany: The Study of People–Plant Relationships. In Anderson, E. N., Pearsall, D., Hunn, E. & Turner, N. (Eds.) *Ethnobiology*. University of Arkansas, Fayetteville, Wiley-Blackwell.
- Nunes, B. (1997). *O Saber Médico do Povo*. Porto, Fim de Século Edições.
- Nunes, J. A. (2003). The Uncertain and the Unruly: Complexity and Singularity in Biomedicine and Public Health. *Oficina do CES, nº 184. Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra*.
- Nunes, J. A. (2006). A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: Tendências contemporâneas. *Oficina do CES nº 253. Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra*.
- Obadia, L. (2011). *Antropologia das Religiões*. Lisboa, Edições 70.
- Oliveira, F. (2002). Anthropology in healthcare services: Integrality, culture and communication. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 6(10), 63-74.
- O’neill, B. (2011 [1988]). Prefácio à 2ª edição: Reflexões sobre o Estudo de Caso Antropológico - *Proprietários, Lavradores e Jornaleiras: Desigualdade Social numa Aldeia Transmontana 1870-1978, (2ª Ed.)*. Porto, Edições Afrontamento.
- (2009). Histórias de Vida em Antropologia: estilos e visões, do etnográfico ao hipermoderno. In Lechner E. (Org.), *Histórias de Vida: olhares interdisciplinares* (pp. 109-121). Porto, Edições Afrontamento.
- OMS e Ministério da Saúde (s/d), *Estratégia de Cooperação da Organização Mundial da Saúde com os Países 2017 – 2021*, São Tomé e Príncipe.
- OMS (1998). *Background information for reviewing the Traditional Medicine Cabinet Paper*. WHO/EDM/HQ.
- OMS (2010). *Instrumentos para Institucionalizar a Medicina Tradicional nos Sistemas de Saúde da Região Africana*. Escritório Regional Africano da OMS.
- Padilla, B. & Ortiz, A. (2012). Fluxos migratórios em Portugal: do boom migratório à desaceleração no contexto de crise. *Balanços e Desafios. Rev. Inter. Mob. Hum.* 39, 159-184.
- Pardo-de-Santayana, M., Quave, C. L., Sökand, R. & Pieroni, A. (2015). Medical Ethnobotany and Ethnopharmacology of Europe. In Heinrich, M. & Jäger, A. K. (Eds.). *Ethnopharmacology*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. London, Free Press.
- Pataca, E. M. (2011). Coletar, preparar, remeter, transportar: práticas de História Natural nas Viagens Filosóficas portuguesas (1777-1808). *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, 4(2), 125-138.
- Pegado, E. (2020). Medicinas complementares e alternativas: uma reflexão sobre definições, designações e demarcações sociais. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 93, 71-88.

- Peralta, E. (2007). Abordagens teóricas ao estudo da memória social: uma resenha crítica. *Arquivos da memória: revista da antropologia, escala e memória. Centro de estudos de etnologia portuguesa*. Lisboa, 2, 4-23.
- Pereira, L. S. & Pussetti, C. (Orgs.) (2009). *Os Saberes da Cura: Antropologia da Doença e Práticas Terapêuticas*. Lisboa, ISPA.
- Pereira, T. (2011). Unidades de Saúde Familiar – A Evolução na Gestão dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. [Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto].
- Pescosolido, B. A. (2006). Professional Dominance and the Limits of Erosion. *Social Science and Modern Society*, 43(6), 21-29.
- Pinto, J. M. (1991). Considerações sobre a produção social de identidade, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 32, 217-231.
- Pordié, L. (2014). Spaces of Connectivity, Shifting Temporality. Enquiries in Transnational Health. *European Journal of Transnational Studies*, 5(1), 6-26.
- Pratt, M. L. (1992). *Imperial Eyes: Travel Writing and Transculturation*. Londres, Routledge.
- Prattis, I. (1996). Reflexive Anthropology. In Levinson, D. & Ember, M. (Orgs.), *Encyclopedia of Cultural Anthropology* (pp. 1072-1076). New York, Henry Holt/Yale University – Human Relations Area Files.
- Pussetti, C. (Coord.) (2009). *Migrantes e Saúde Mental. A Construção da Competência Cultural*. Lisboa, ACIDI.
- Quinlan, M. B. (2011). Ethnomedicine. In Singer, M. & Erickson, P. I. (Eds.) (2011). *A Companion to Medical Anthropology* (pp. 379-403). Blackwell Publishing.
- Quintino, C (2004). *Migrações e Etnicidade em Terrenos Portugueses. Guineenses: Estratégias de Invenção de uma Comunidade*. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Quave, C. L., Pardo-de-Santayana, M. & Pieroni, A. (2012). Medical ethnobotany in Europe: from field ethnography to a more culturally-sensitive evidence-based. CAM, *Evidence-based Complementary and Alternative Medicines*.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.
- Rabinow, P. (s/d), Humanism as Nihilism: the bracketing of truth and seriousness in American cultural anthropology, 52-76.
- Rabinow, P. (1996) *Essays on the Anthropology of Reason*. Reino Unido, Princeton University Press.
- Raj, K. (2000). Eighteenth-Century Pacific Voyages of Discovery, “Big Science”, and the Shaping of an European Scientific and Technological Culture’. *History and Technology*, 17(2), 79–98.
- Raj, K. (2007). *Relocating Modern Science: Circulation and the Construction of Knowledge in South Asia and Europe, 1650-1900*. New York, Palgrave Macmillan.
- Redfield, R. & Rojas, A. V. (1934). *A Maya Village*. Washington, Carnegie Institute of Washington.
- Reis, F. (1969). *Povô flogá, o povo brinca: folclore de São Tomé e Príncipe*. São Tomé, Câmara Municipal de São Tomé.
- Rivers, W. H. R. (2001 [1924]). *Medicine, Magic and Religion*. Londres, Routledge.
- Robben, A. C. G. M. & Sluka, J. A. (Eds.) (2007). *Ethnographic Fieldwork: An Anthropological Reader*. Oxford, Blackwell Publishing.
- Robertson, R. (1992). *Globalization: Social Theory and Global Culture*. Londen, Sage.
- Rocha-Trindade, M. B. (1995). *Sociologia das Migrações*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Rocha-Trindade, M. B. (2001). História da Imigração em Portugal (I). *Janus, Anuário das Relações Exteriores*.
- Rodrigues, I. N. (2018). *Espectros de Batepá. Memórias e narrativas do "Massacre de 1953" em São Tomé e Príncipe*. Porto, Edições Afrontamento.
- Rodrigues, M. de L. (2002). *Sociologia das Profissões*. Oeiras, Celta Editora.
- Rodrigues, R (2010). *O Encontro com a Diferença: a perspectiva dos profissionais de saúde face à saúde e doença nos imigrantes*. [Dissertação de Mestrado, ISCTE-IUL]. Repositório do ISCTE-IUL. <http://hdl.handle.net/10071/4012>

- Rodrigues, R. (2013). (Inter)relação terapêutica e diversidade cultural: desafios e perspectivas. *Plataforma Barómetro Social*. ISSN 2182-1879.
- Rodrigues, R. (2019). Cuidar à distância: notas sobre a circulação de bens terapêuticos naturais de São Tomé e Príncipe. *Plataforma Barómetro Social*. ISSN 2182-1879.
- Rodrigues, R. & Dias, S. (2012). Encontro com a Diferença: a perspectiva dos profissionais de saúde no contexto da prestação de cuidados aos imigrantes. *Fórum Sociológico*, 22(II Série), 63-72.
- Romana, H. (1997). *São Tomé e Príncipe – elementos para uma análise antropológica das suas vulnerabilidades e potencialidades*. Lisboa, ISCSP.
- Roseira, L. L. (2004). *Plantas úteis da flora de São Tomé e Príncipe: medicinais, industriais e ornamentais*. [S.l./ S.n.].
- Saks, M. (2008). Plural medicine and East-West dialogue. In Wujastyk, D. & Smith, F. (Eds.) *Modern and global Ayurveda: pluralism and paradigms* (pp. 29-41). Nova Iorque, State University Press.
- Sahlins, M. (1976). *Culture and Practical Reason*. Chicago, University of Chicago Press.
- Santinho, C. (2011). *Refugiados e Requerentes de Asilo em Portugal: Contornos Políticos no Campo da Saúde*. [Tese de Doutoramento em Antropologia Urbana, ISCTE-IUL]. Repositório do ISCTE-IUL. <http://hdl.handle.net/10071/3512>
- Santos, B. V. S. (2002). Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, 237-280.
- Saraiva, C. (2008). Transnational Migrants and Transnational Spirits: An African Religion in Lisbon. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 34(2), 253-269.
- (2010). Afro-Brazilian religions in Portugal: *bruxos*, priests and *pais de santo*. *Etnográfica*, 14(2), 265-288.
- Sargent, C. & Larchancé, S. (2011). Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness, and Access to Care. *Annual Review of Anthropology*, 40, 345-361.
- Saxena, P. K. (2001). *Development of Plant-based Medicines: Conservation, Efficacy and Safety*. Amsterdão, Kluwer Academic Publishers.
- Scheid, V. (2002). *Chinese medicine in contemporary China*. Durham, N.C., Duke University Press.
- Scheper-Hughes, N. & Lock, M. (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- Schwennesen, N. (2012). At the Margins of Life: Making Fetal Life Matter in Trajectories of First Trimester Prenatal Risk Assessment (FTPra). In Vermeulen, N., Tamminen, S. & Webster, A. (Eds.) *Bio-objects: life in the 21st century* (pp. 117-131). Farnham, Ashgate Publishing.
- Scott, D. (1995). *Colonial Governmentality*. Social Text, Duke University Press, 43, 191-220.
- SEF/GEPF (2020). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2019*. Oeiras, Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.
- Seibert, G. (1998). *A Questão da Origem dos Angolares de São Tomé*. CeSA (n.º 5), Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa.
- (2001 [1999]). *Camaradas, Clientes e Compadres*. Lisboa, Vega.
- (2002a), *Camaradas, Clientes e Compadres - Colonialismo, Socialismo e Democratização em São Tomé e Príncipe*. Lisboa, Vega.
- (2002b), São Tomé e Príncipe. In Chabal, P. (Orgs.), *A History of Postcolonial Lusophone Africa* (pp. 291-315). London, C. Hurst & Co.
- (2004a). Healing and Spirit Possession in São Tomé and Príncipe. In Peek, P. M. & Yankah, K. (Eds.), *African Folklore. An Encyclopedia* (pp. 332-334). New York, Routledge.
- (2004b). Performing Arts of São Tomé and Príncipe. In Peek, P. M. e Yankah, K. (Eds.), *African Folklore. An Encyclopedia* (pp. 680-687). New York, Routledge.
- (2005) *Naufrágos, autóctones ou cimarrones? O debate sobre a Origem dos Angolares de São Tomé*. Centro Cultural Português, Instituto Camões, São Tomé e Príncipe.
- (2014). Crioulização em Cabo Verde e São Tomé e Príncipe: Divergências Históricas e Identitárias. *Afro-Ásia*, 49, 41-70.

- (2015). Colonialismo em São Tomé e Príncipe: hierarquização, classificação e segregação da vida social. *Anuário Antropológico, UnB*, 40(2), 99-120.
- Sequeira, V. (1994). Medicinal plants and conservation in São Tomé. *Biodiversity & Conservation*, 3, 910-926.
- Shankar, A., Dubey, A., Saini, D. & Prasad, C.P. (2020). Role of complementary and alternative medicine in prevention and treatment of COVID-19: an overhyped hope. *Chin J Integr Med*. 26(8), 565–7.
- Silveira, É. L. & Santana, W. K. F. de (2018). Literatura e religião: domínios e(m) relações dialógicas. *Letras Escreve, Macapá*, 8(3), 69-79.
- Silveira, M. L. da (2000). *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Editora Fiocruz.
- Singer, M. & Erickson, P. I. (Eds). (2011). *A Companion to Medical Anthropology*. Blackwell Publishing.
- Sobral, J. M. (2020). Duas Pandemias: Um Esboço Comparativo entre a “Pneumónica” 1919-18 e a COVID-19. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 27(3), 264-271.
- Spadacio, C., Castellanos, M. E. P., Barros, N. F. de; Alegre, S. M., Tovey, P. & Broom, A. (2010). Medicinas complementares e alternativas: uma metassíntese. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 26(1), 7-13.
- Swidler, A. (1986). Culture in Action: Symbols and Strategies. *American Sociological Review*, 51(4), 237-286
- Tesser, C. D. (2007). A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(3), 465-484.
- Tira-Picos, V. do C. M. (2011). *Mercado Informal de Medicamentos em São Tomé e Príncipe*. [Dissertação de Mestrado em Estudos Africanos, ISCTE-IUL]. Repositório do ISCTE-IUL. <http://hdl.handle.net/10071/4125>
- Torralbo, H. G. (2016). Os cuidados na migração transnacional. Uma categoria de análise social e política. *SUR*, 13 (24), 43–52.
- Triandis, H. (1980). Values, attitudes and interpersonal behaviour. In Page, M. M. (Ed.), *1979 Nebraska symposium on motivation* (pp. 195–259). Lincoln, University of Nebraska Press.
- Trovão, S. & Ramalho, S. (2010). *Repertórios femininos em construção num contexto migratório pós-colonial: dinâmicas familiares, de género e geração*. (Vol. 1) Lisboa, Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural.
- Tsing, A. (2000). The Global Situation. *Cultural Anthropology*, 15(3), 327-360.
- Unschuld, P. U. (2018). *Traditional Chinese Medicine. Heritage and Adaptation*. New York, Columbia University Press.
- Valverde, Paulo (2000). *Máscara, Mato e Morte: Textos para Uma Etnografia de São Tomé – compilação e prefácio de João de Pina Cabral*. Oeiras, Celta Editora.
- Van Bonsbergen, W. (2003). *Intercultural Encounters: African and Anthropological Lessons Towards a Philosophy of Interculturality*. Munster, Lit Verlag.
- Van der Geest, S., Whyte, R. S. & Hardon, A. (1996). The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annual Review of Anthropology*, 25, p. 153-178.
- Van der Veen, M. (2014). The materiality of plants: plant-people entanglements. *World archaeology*, 46(5), 799–812.
- Van Ryn, M. e Fu, S. S. (2003), Paved With Good Intentions: Do Public Health and Human Service Providers Contribute to Racial/Ethnic Disparities in Health? *American Journal of Public Health*, 93(2), 248-255.
- Volpato, G., Daimy, G., & Beyra, A. (2009). Migration and Ethnobotanical Practices: The Case of *Tifey* Among Haitian Immigrants in Cuba. *Human Ecology*. (37), 43–53
- Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.
- Zola, I. K. (1975a). Medicine as an institution of social control. In Cox, C. & Mead, A. (Eds.), *A sociology of medical practice* (pp. 170-185). London, Collier-MacMillan.
- (1975b). Culture and Symptoms: an analysis of patients’ presenting complaints. In Cox, C. & Mead, A (Eds.), *A Sociology of Medical Practice*. London, Collier-Macmillan.
- Wahlberg, A. (2007). Bio-politics and the promotion of traditional herbal medicine in Vietnam. *Health: an interdisciplinary journal for the social study of health, illness and medicine*, 10(2).

- Waldstein, A. & Adams, C. (2006). The Interface between Medical Anthropology and Medical Ethnobiology. *Ethnobiology and the Science of Humankind, Journal of the Royal Anthropological Institute*, (12), 95-118.
- Walters, William (2012). *Governmentality: critical encounters*. Oxford, Routledge.
- Wilson, B. (1983). Sympathetic detachment and disinterested involvement. *Sociological Analysis*, 44(3),183-7.
- WHO (1991). *Herbal Medicine for Human Health*. India, WHO.
- WHO (2006). *World health statistics 2006*. WHO Press.
- WHO e UNICEF (2009). Accès et utilisation des médicaments pour les foyers à São Tomé et Príncipe. Rapport de l'enquête réalisée à São Tomé et Príncipe", Ministère de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF.
- WHO-World Health Organization (2013). *WHO Traditional Medicine Strategy, 2014-2023*, Geneva, WHO.
- Webster, A. (2012). Introduction: Bio-Objects: Exploring the Boundaries of Life. In N. Vermeulen, S. Tamminen & A. Webster (Eds.) *Bio-objects: life in the 21st century* (pp. 1-10). Farnham, Ashgate Publishing.
- Whyte, S. R., Geest, S. V. D. & Hardon, A. (2002). *Social Lives of Medicines*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Whitaker, M. (2002). Reflexivity. In A. Barnard & J. Spencer (Orgs.), *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology* (pp. 470-473). Londres, Routledge.
- Wieringen, J. C.M., Van, J., Harmsen, A. M., & Buijnzeels, M. A. (2002), Intercultural communication in general practice. *European Journal of Public Health*, 1263-68.
- Wilk, R. (2002). Consumption, human needs, and global environmental change. *Global Environmental Change*. 12, 5–13.
- Womack, M. (2010). *The Anthropology of Health and Healing*. Plymouth, UK, AltaMira Press.
- Woortmann, K. (2008). Quente, frio e reimoso: alimentos, corpo humano e pessoas. *Caderno Espaço Feminino*, 19 (01).
- Worsley, P. (1982). Non-Western Medical Systems. *Annual Review of Anthropology*, 11, 315-348.
- Zelizer, B. (1995). Reading the Past against the Grain. *Critical Studies in Mass Communication*, 12, 214-39.
- Zhang, E. Y. (2007). Switching between traditional Chinese medicine and Viagra: cosmopolitanism and medical pluralism today. *Medical Anthropology*, 26, 53-96.

ANEXOS

Anexo A - Guião de condução dos grupos focais

Caracterização sociodemográfica

- Idade, escolaridade, profissão, naturalidade

Dimensões de análise

Processo migratório: experiência de migração para Portugal. Motivo(s) da migração?
Tempo de permanência em Portugal.

1. Qual o lugar que a “medicina tradicional” ocupa, de um modo geral, na vida dos santomenses, e em particular nos percursos de saúde?
 - Percursos terapêuticos: a quem recorre primeiro, porquê e em que situações.
 - Leque de práticas terapêuticas.
 - Quando recorre ao hospital/centro de saúde, aborda a utilização de plantas medicinais (mezinhas) e/ou outras práticas? Porquê?
 - Importância em abordar o uso de plantas medicinais e/ou outras práticas terapêuticas locais. Porquê?
2. O papel e a importância do uso de plantas medicinais de STP
 - No campo da saúde/doença e na alimentação
 - Plantas medicinais mais utilizadas, modos de preparação e fins terapêuticos
 - Reprodução de práticas além-fronteiras – circulação de saberes, práticas e bens terapêuticos
3. Circulação de bens (terapêuticos) em contexto migratório
 - Dos recursos medicinais naturais em trânsito para Portugal: como chegam? Existem intermediários? Em Portugal, existem espaços/pessoas que se dedicam à compra/venda? Quem? Onde?
 - Explorar a circulação de terapeutas locais em contexto transnacional
4. Explorar o papel dos “mais velhos” na (des)continuidade dos saberes e das práticas terapêuticas locais; relações intergeracionais.

Anexo B - Guião de entrevista santomenses: trabalho de campo em Portugal

Caracterização sociodemográfica

- Idade, escolaridade, profissão, nacionalidade, residência
- Contexto/localização da entrevista

Dimensões de análise:

Percurso terapêutico

1. Explorar concepções de saúde/doença, mitos – visões cosmológicas específicas, aspetos religiosos/ritualísticos, conhecimento e uso de plantas medicinais, entre outros.

- Explorar o conceito de “tradicional” - herança de saberes e práticas: papel da herança sociocultural nos processos individuais e/ou grupais de explicação e intervenção na experiência da doença.

2. Experiências na procura de cuidados de saúde/doença

- Prática de terapias locais - recurso medicinais naturais; recurso a terapeutas locais, recurso à biomedicina. Traçar percursos terapêuticos: a quem recorre, em que situações, que práticas adota, elementos que motivam a escolha entre diferentes tipos de saberes – práticas – locais;

- Folhas e cascas que tem habitualmente em casa e fins terapêuticos conhecidos; modos de preparação conhecidos.

- Explorar: relação com os “sistemas médicos” – técnicos de saúde na área da biomedicina e medicina local – terapeutas locais.

Explorar: estratégias para ultrapassar obstáculos no acesso a cuidados de saúde (caso existam).

3. Estratégias de complementaridade: articulação de práticas terapêuticas locais com a biomedicina e vice-versa: descrever em que situações, de que modo, que práticas são privilegiadas.

Circulação de saberes e práticas terapêuticas

1. Processo de intercâmbio: produção e circulação de bens terapêuticos: bens produzidos, local de produção (espaço geográfico e quem produz), processo de compra e venda (quem vende, quem tem acesso, quem compra).

2. Repercussões do processo migratório: (des)continuidades dos modos de expressão e ação face à experiência da doença e mecanismos de atuação sobre a mesma.

Eficácia terapêutica

1. Explorar práticas terapêuticas locais/recursos medicinais naturais. Exemplos: última vez que se sentiu doente/mal-estar, situações mais comuns, experiência(s) significativas(s).

2. Experiência terapêutica - descrição de um ou mais casos específicos
 - Explorar eficácia no plano físico e mental;
 - Explorar eficácia no plano simbólico.

Anexo C - Guião de entrevista técnicos de saúde: trabalho de campo em Portugal

Caracterização sociodemográfica

- Idade, nacionalidade, escolaridade, profissão, serviço e funções
- Contexto/localização da entrevista

Dimensões de análise

Prestação de cuidados de saúde

1. Experiência com imigrantes (santomenses): experiência com imigrantes santomenses no contexto da prestação de cuidados de saúde (especificidades?) Caso não tenha: experiência com populações imigrantes no contexto da prestação de cuidados de saúde.

- Retrato das especificidades na prestação de cuidados de saúde:

Contexto da procura de cuidados de saúde biomédicos: opinião e experiência sobre o papel/importância que a “medicina tradicional” tem no processo terapêutico e/ou bem-estar das pessoas.

Opinião sobre o lugar que ocupa nos percursos de saúde? Experiência sobre a relação social e terapêutica estabelecida (as pessoas falam abertamente sobre outras práticas terapêuticas?)

Explorar os problemas de saúde mais relatados. Descrição de casos específicos;

Dificuldades/obstáculos na prestação de cuidados de saúde. Estratégias de superação.

(As)simetrias entre a biomedicina e outras práticas terapêuticas

1. Discursos e posições perante diferenças terapêuticas

- Relação técnico de saúde-paciente: o que entende por competência (inter)cultural? Na sua opinião, qual a sua utilidade/pertinência no contexto da prestação de cuidados de saúde?

- Discursos sobre a presença de diferentes concepções de saúde/doença – visões cosmológicas, práticas terapêuticas “tradicionais”/locais e aspetos religiosos, hábitos alimentares, entre outros;

- Postura perante práticas terapêuticas com recurso a plantas medicinais – medicinas complementares e alternativas. Opinião e experiência sobre o recurso a outras práticas terapêuticas.

Recorda-se de alguma ou várias situações significativas em que se tenha confrontado com o recurso a outras práticas terapêuticas (considere o uso de plantas medicinais, a práticas do foro espiritual)? Fale-me sobre essa situação.

- Postura perante a articulação da medicina com outras práticas terapêuticas alternativas e/ou complementares.

Anexo D - Guião de observação/entrevista: trabalho de campo em São Tomé

Objetivo 1: contextualização do fenómeno em análise a partir do ponto de origem, assente no estudo das dinâmicas subjacentes à circulação de práticas e bens terapêuticos, como sejam, plantas, folhas, cascas e raízes.

Objetivo 2: Análise transversal de categorias como o género, a idade, o estatuto socioeconómico e a manipulação e o uso de recursos medicinais naturais.

Caracterização sociodemográfica

Género, idade, escolaridade, profissão, naturalidade (cidade/local), nacionalidade

Contexto/localização da entrevista/conversa

Dimensões de análise:

Percurso terapêutico

1. Procura de cuidados de saúde/situação de doença

- Fale-me sobre o papel/a importância que o uso das folhas tem na sua vida, dia-a-dia? Desde a saúde/doença até à alimentação.

- Em que situações recorre ao médico (CS, PS, Hospital)?

- Em que situações recorre às plantas? Ao terapeuta local - *stlijon*?

Recursos medicinais naturais – o mato e o quintal

1. *Mindjân tela* - medicamento da terra: explorar significados

2. Multifuncionalidade das plantas/cascas/raízes: múltiplos usos e aplicações – Que folhas, cascas, raízes tem em casa? De cultivo próprio (quintal) ou do mato ou compra no mercado? Como prepara e para que servem?

Circulação de saberes, práticas e bens terapêuticos

1. “Produção” e circulação de bens terapêuticos: processo recolha e manipulação de bens terapêuticos, locais e pessoas de colheita e preparação (explorar espaço geográfico – mato, quintal).

- Quem recolhe as folhas, cascas, raízes? Pode explicar o processo de recolha e preparação (cuidados específicos)?

2. Processo de intercâmbio: envio, troca, compra e venda. Intervenientes.

- Já viajou para PT? Se sim, o que levou consigo da terra? Pode-me descrever quais as folhas, cascas, raízes e/ou preparados que levou, lhe pediram para levar?

Tem família, amigos em PT? Envia coisas da terra para PT? Pode-me descrever quais

as folhas, cascas, raízes e/ou preparados que mais envia para PT? Para que usos, aplicações? Para quem envia? Consumo (próprio, revenda) e usos?

Eficácia terapêutica

1. Práticas terapêuticas/recurso a mezinhas e/ou curandeiros.
 - Última vez que se sentiu doente/mal-estar, situações mais comuns, experiência(s) significativas(s).
2. Experiência/processos terapêuticos – percepção sobre a eficácia terapêutica
 - Explorar eficácia no plano físico e mental;
 - Explorar eficácia no plano simbólico.

Técnicos de saúde, terapeutas locais

1. Explorar concepções de saúde/doença – visão cosmológica, aspetos religiosos/ritualísticos – processos de cura, conhecimento e uso de recursos medicinais naturais.
2. Explorar a herança de saberes e usos das plantas de STP: papel da herança cultural e histórica nos processos individuais e/ou grupais de explicação e intervenção na experiência da doença e de prevenção na saúde.

Anexo E – Um herbário de plantas medicinais em construção



Imagem: Workshop “Como fazer um herbário”, janeiro 2018

Do campo para o arquivo

No decorrer das incursões ao terreno efetuou-se uma aproximação natural à etnobotânica, enquanto área temática cuja relevância e interesse assumiram um lugar de privilégio para pensar as plantas medicinais e o mundo social (in)tangível que a partir delas se *(re)cria*. Deste modo, assente nas premissas da etnobotânica e num interesse particular sobre a temática, efetuou-se a recolha de um conjunto de plantas medicinais no decurso do trabalho de campo em São Tomé e Príncipe – fevereiro, 2018, para posterior herborização e, eventual arquivo no herbário do Laboratório de Antropologia Ambiental e Ecologia Comportamental, CRIA, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, UNL.

Assim, enquadrado nesta área de estudos e almejando o desenvolvimento de uma atividade prática – um saber-fazer que foi apreendido com recurso ao autodidatismo – propôs-se um exercício que, em primeiro lugar, integrasse os passos básicos da construção de um herbário de plantas medicinais, desde a colheita, prensagem, secagem, montagem, à catalogação. Contudo, mais do que explicar os fundamentos teóricos que norteiam o processo de herborização, pretende-se mostrar o resultado de um processo de montagem

simples de um conjunto de recursos medicinais naturais recolhidos em São Tomé e, em simultâneo, dialogar sobre a utilidade de um herbário e a experiência da sua realização.

O que é um herbário?

Sinteticamente, um herbário é uma coleção de plantas secas, devidamente identificadas e organizadas de acordo com uma ordem específica. Constituem assim, plantas preservadas segundo um conjunto de critérios que documentam e testemunham a sua identidade. Deste modo, construir um herbário é um modo de conhecer melhor as plantas, a sua origem, a sua história e o seu ciclo de vida (Bowles, 2004), como também as suas variadas utilizações e significados enquanto elementos de relevância para a antropologia e especificamente para a área da etnobotânica. Além de abrir espaço para processos de educação para a diversidade de flora e a importância da conservação da natureza.

Um só herbário pode conter algumas centenas de exemplares colhidos num determinado local, ou, geralmente, ser composto por milhões de exemplares, acumulados ao longo de muitos anos e que documentam a flora de um ou mais continentes (Bowles, 2004).

Na época medieval, foram os Monges que engendraram este método de secagem e preservação das plantas no âmbito da documentação e produção dos medicamentos da época. A formação de herbários iniciou-se, assim, no século XVI em Itália, como coleções de plantas secas e cosidas em papel. Lineu (1707-1778), designado como o pai da taxonomia terá popularizado a prática de montar os exemplares em simples folhas de papel e guardá-las horizontalmente. Este botânico foi o autor de uma das principais obras de referência – *Species Plantarum*, 1753, a partir da qual se passaram a designar as plantas pelo binome latino (Bowles, 2004; Cabral et al., 2014).

Qual é a utilidade de um herbário? Os Herbários representam coleções de referência com variadas funções, incluindo a preservação, a identificação, a investigação e o ensino¹¹².

Contemplando a vertente científica, é através de um herbário que podemos obter informações sobre a morfologia, o sistema, a distribuição geográfica, taxonomia, o habitat, bem como os usos das plantas, sendo que constituem a base para a realização de estudos na área da (etno)botânica.

¹¹² Herbários em Portugal: a) Herbário Medicinal Faculdade de Medicina – séc. XIX; b) Universidade de Coimbra – COI; c) Museu Nacional de História Natural e da Ciência (Universidade de Lisboa); d) Laboratório de Antropologia Ambiental e Ecologia Comportamental, CRIA, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, UNL (pequeno herbário constituído por plantas recolhidos por investigadores no âmbito dos seus projetos); e) Herbário João de Carvalho e Vasconcellos, Instituto Superior de Agronomia, Universidade Técnica de Lisboa.

The Plant List Org atualmente substituída pela World Flora Online <http://www.worldfloraonline.org/> – trata-se de uma *working list* de todas as espécies conhecidas. Permite a revisão e a atualização taxonómica (nomes científicos e respetivos autores).

A identificação botânica é uma componente necessária aos estudos taxonómicos e, neste sentido, assume uma função determinante no desenvolvimento de estudos científicos sobre a flora de determinada região. Permite, assim, inventariar as espécies, caracterizar os locais de recolha, promover o conhecimento de plantas medicinais e a sua toxicidade com o objetivo de auxiliar uma utilização segura das mesmas.

A partir de uma vertente histórica, sublinha-se que os herbários constituem importantes fontes de informação sobre as matérias vegetais contidas na natureza. De um passado, presente e futuro. Permitem, deste modo, contar e guardar história natural. No caso de um herbário medicinal, este documenta as plantas, os seus usos e rituais associados, bem como as respetivas propriedades terapêuticas conhecidas (Cabral et al., 2014).

Assinala-se também uma importante função pedagógica e também lúdica, na construção de um herbário. A herborização de plantas e a sua possível utilização no ensino, particularmente na área de estudos da (etno)botânica, funciona, em simultâneo, como promotor da preservação da biodiversidade, bem como processo auxiliar de ensino-aprendizagem, dado que um herbário constitui um importante instrumento didático em aulas práticas¹¹³. A manipulação das plantas permite não só aprender, como também a brincar e explorar sentidos em faixas etárias mais novas (Cabral et al., 2014).

A identificação das plantas é realizada com base em floras, que constituem livros que contêm chaves e descrições que permitem distinguir as várias famílias, géneros, espécies, entre outras categorias taxonómicas¹¹⁴. Como também com o recurso a um biólogo/botânico especialista na área, sempre que possível. As plantas têm um nome científico (composto por duas palavras em latim, sendo a primeira referente ao género e a segunda à espécie, seguidas do nome de quem classificou), que é o mesmo em qualquer parte do mundo (Bowles, 2004). As designações vernáculas variam regionalmente e podem, inclusive, não corresponder a uma só planta.

Uma experiência de herborização

No decorrer do período do trabalho de campo em São Tomé foram recolhidas um conjunto de espécies de plantas medicinais para herborização, sendo que apenas foi possível concluir devidamente o processo com uma amostra de sete (7).

Desde o processo de recolha no terreno, ao voo das plantas até Portugal, a experiência de desenvolver um pequeno herbário pessoal e/ou de contribuir para o desenvolvimento de um herbário numa perspetiva mais alargada de ensino-aprendizagem e de arquivamento

¹¹³ Workshops desenvolvidos desde novembro de 2018 em colaboração com a entidade I9Project <https://www.i9project.net/formacao/construir-um-herbario-de-plantas-medicinais/> e com o Jardim de Infância da Santa Casa da Misericórdia de São Pedro do Sul.

¹¹⁴ Cf. World Flora Online - <http://www.worldfloraonline.org/>

histórico foi, não só, um desafio, como interessante do ponto de vista teórico-prático desta viagem pelos meandros do *mindjân tela*.

Deste modo, privilegiando o conhecimento local e uma perspectiva de sustentação dos saberes e das práticas terapêuticas locais, encetou-se numa micro recolha de informação etnobotânica de um conjunto de recursos medicinais naturais em vários locais na ilha de São Tomé. Os intervenientes na identificação local das espécies foram um “médico tradicional” e diversos indivíduos, santomenses, da comunidade local, o que permitiu, em simultâneo, o estabelecimento de pontes para a persecução do trabalho de campo.

A identificação botânica¹¹⁵ foi auxiliada pela literatura científica da especialidade e a comparação com exemplares/imagens do *World Flora Online*¹¹⁶ (sempre que existente). A compilação dos nomes vernáculos, bem como as características gerais da planta e, inclusive, do *habitat* – solo e/ou vegetação circundante, acompanharam o processo de recolha e identificação das espécies.

Considera-se que, de facto, uma aproximação aos estudos etnobotânicos idealiza e contribui, não só, para a conservação da biodiversidade local, como também dos conhecimentos e das práticas terapêuticas com plantas de reconhecido potencial medicinal.

O meu herbário: as fichas de identificação das plantas medicinais recolhidas

Das 10 plantas recolhidas e inventariadas, sete (7) foram identificadas cientificamente, ao contrário de três (3) que não foi possível efetuar uma identificação taxonómica correta, por ausência de bibliografia e/ou de aspetos morfológicos das plantas essenciais ao processo.

¹¹⁵ Não tendo sido possível a intervenção de um biólogo/botânico neste processo, realizou-se uma pesquisa aprofundada a partir da literatura científica disponível na área.

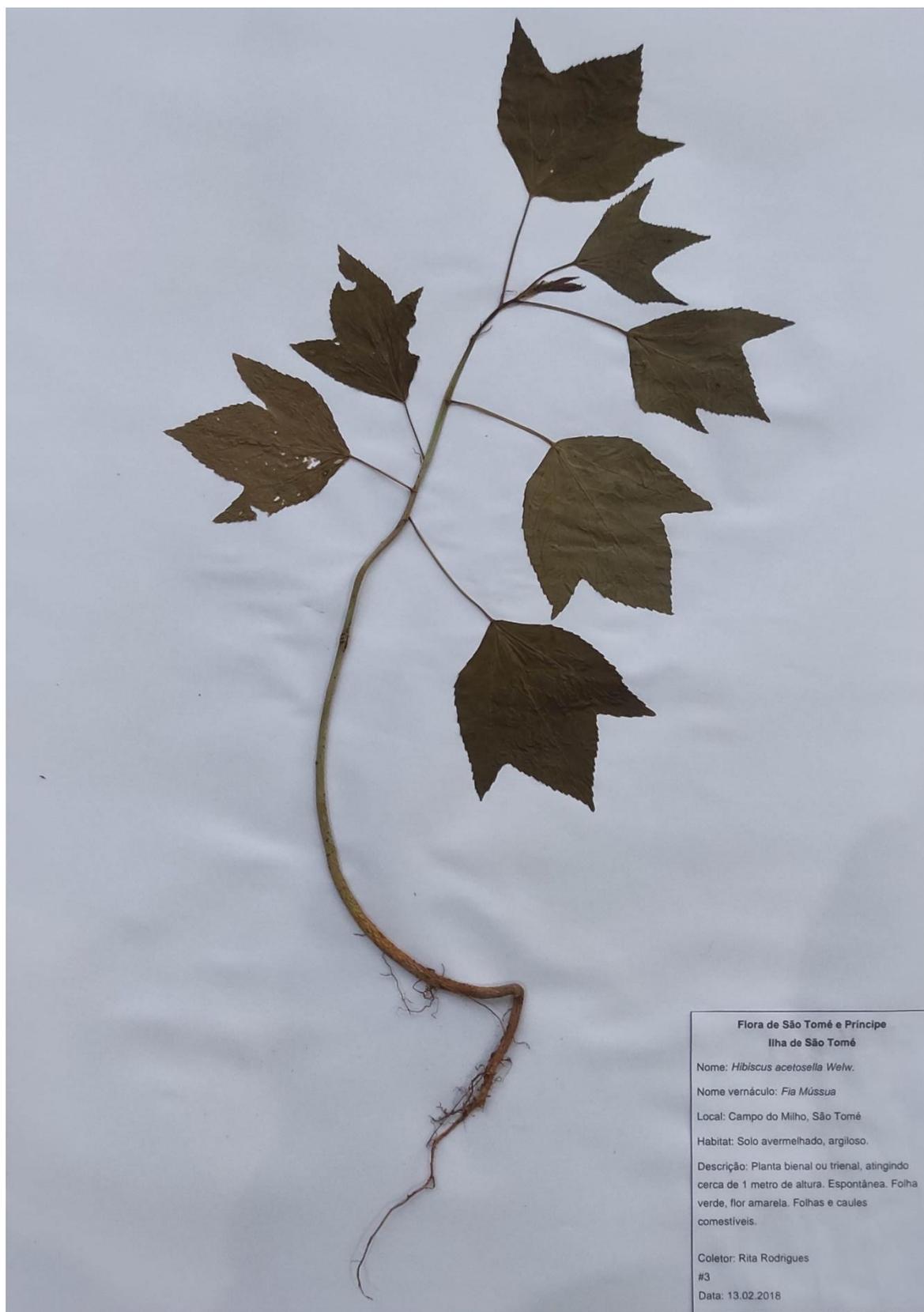
¹¹⁶ Em <http://www.worldfloraonline.org/>



Ficha de identificação #1 *Pupalia lappacea* (L.) Juss. - Pega-rato



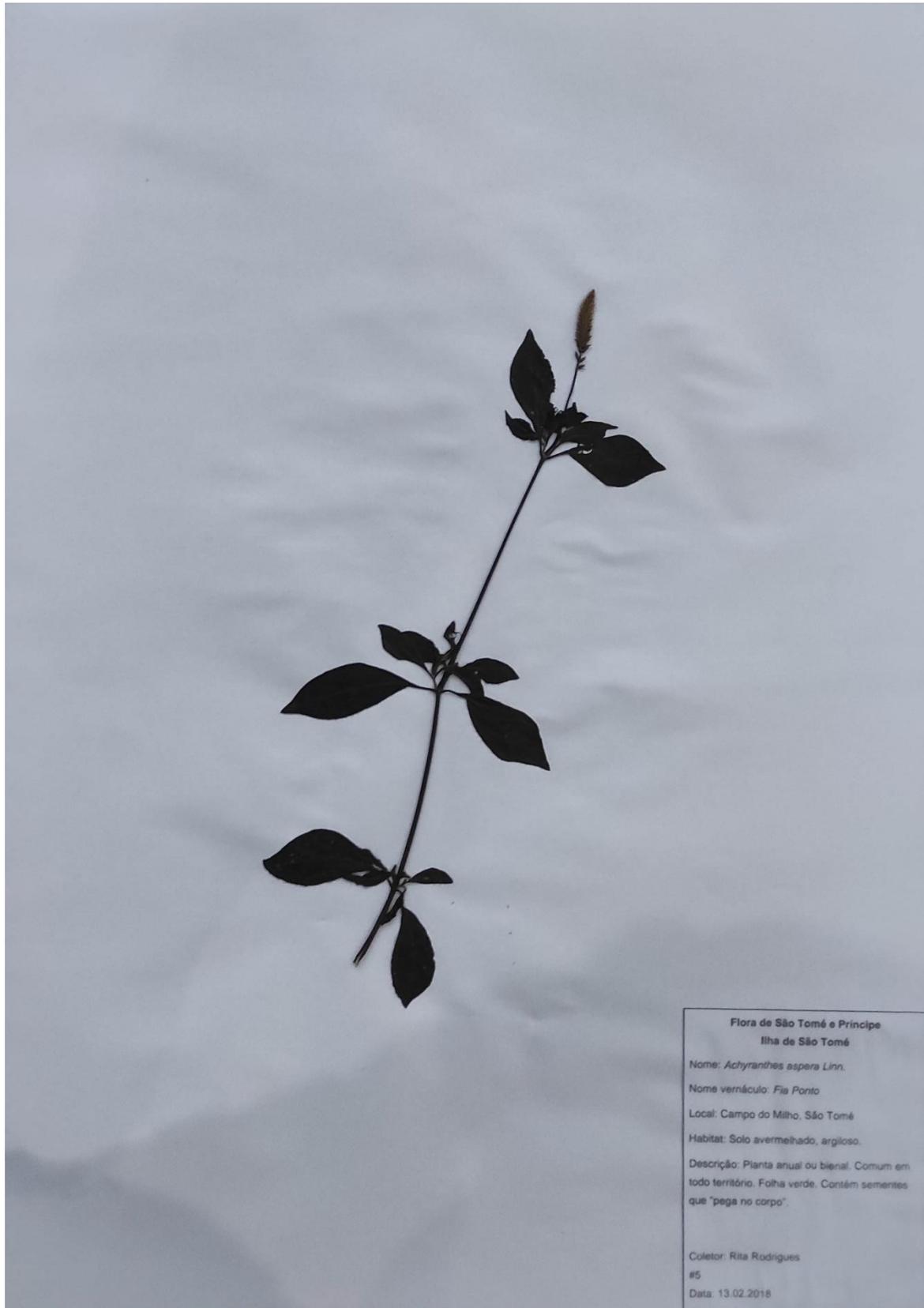
Ficha de identificação #2 *Ocimum gratissimum* L. var. *gratissimum* - Micócó



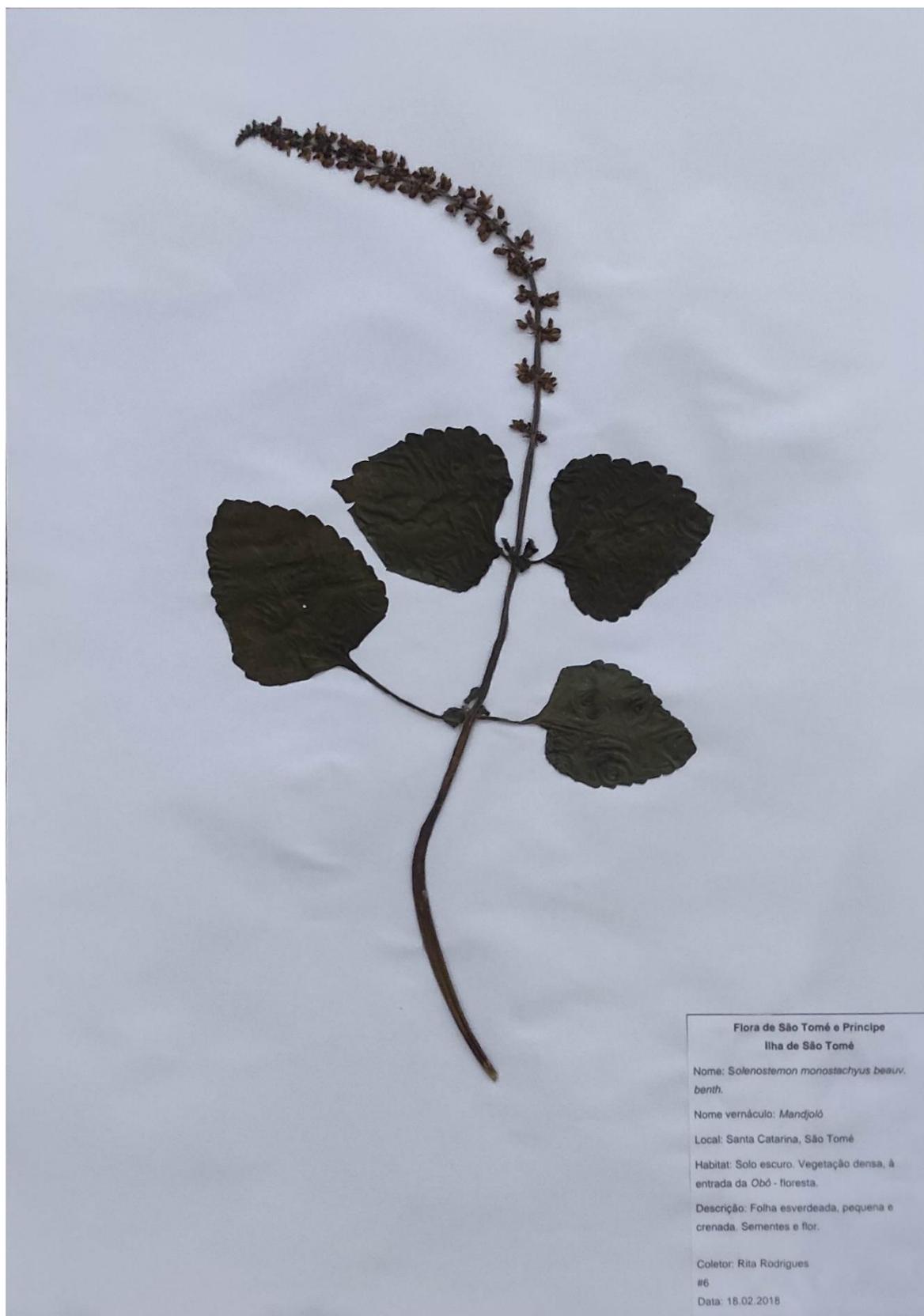
Ficha de identificação #3 *Hibiscus acetosella* Welw. Ex Ficalho - *Mússua*



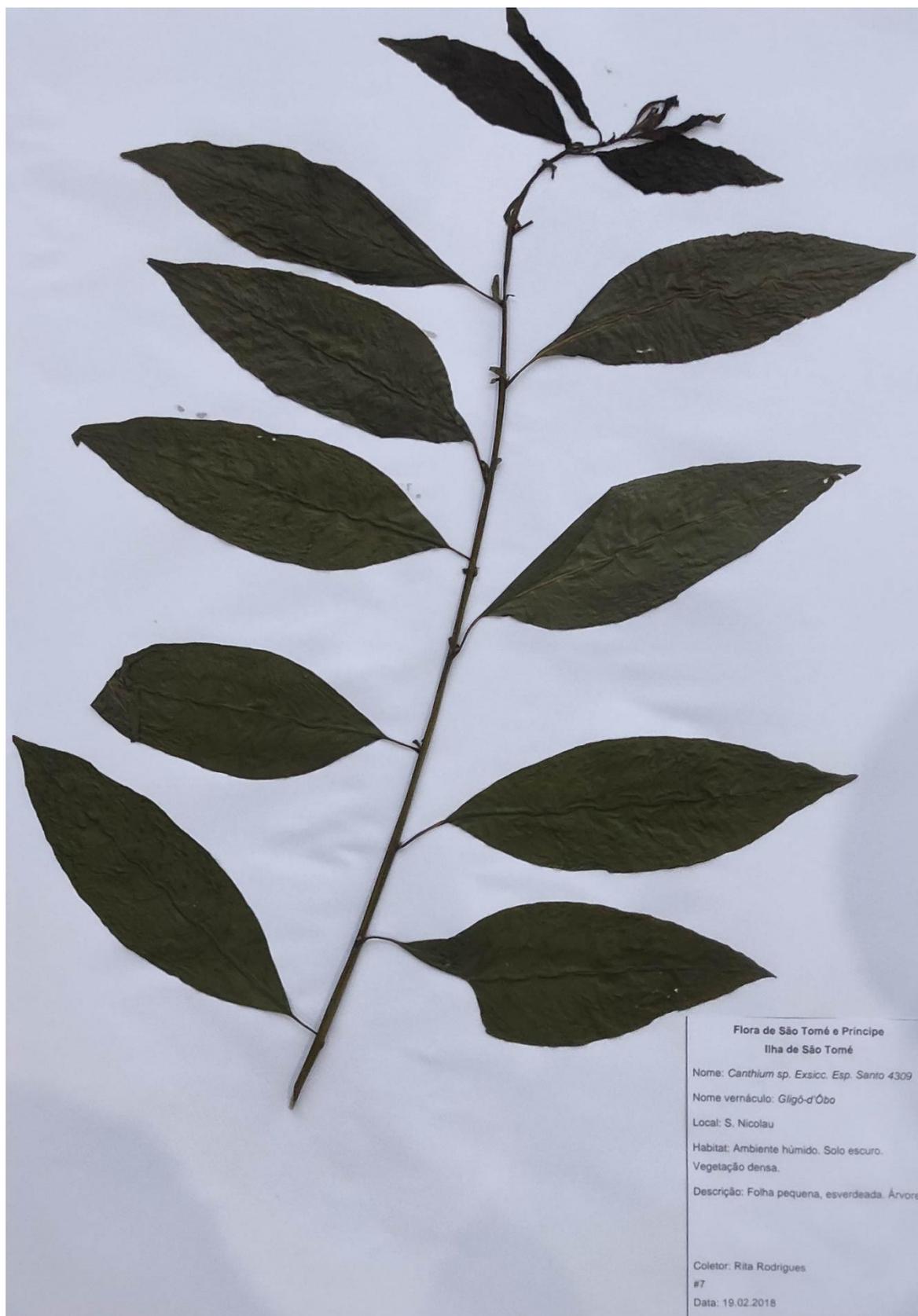
Ficha de identificação #4 *Dysphania ambrosioides* (L.) Mosyakin & Clemants - *Matluço, Matrusso*



Ficha de identificação #5 *Achyranthes aspera* L. – *Fiá-ponto*



Ficha de identificação #6 *Solenostemon monostachyus* Briq.- *Fiá-mandjoló*



Ficha de identificação #7 *Sacosperma paniculatum* (Benth.) G.Taylor - *Glígô-d'Obô*

Pensar a diversidade vegetal e, por conseguinte, a importância da sua preservação, traçou um caminho para a criação de um acervo botânico, ainda que de pequena dimensão,

justaposto à compilação de narrativas sobre as plantas, o seu potencial e usos. Deste modo, a elaboração de um herbário abriu espaço para um (re)conhecimento mais aprofundado das plantas, como também é tributária de um esforço de conservação e catalogação de algumas das espécies vegetais medicinais que mais circularam nas retóricas.

Paralelamente, a proposta deste exercício de herborização revelou-se de igual modo como um contributo importante para uma imersão no mundo social das plantas e, ao mesmo tempo, possibilitou uma maior aproximação ao terreno resultando na criação de uma (nova) ponte de ligação com os respetivos interlocutores, envolvendo-os mais ativamente no processo de investigação.

Anexo F – Tipologia de terapeutas locais santomenses

Madureira (2006) caracteriza os/as terapeutas santomenses como adultos com idade superior aos 40 anos e que, geralmente exerce a sua prática após um longo processo de aprendizagem com um ou mais mestres *stlijon*. O *stlijon* atua sobre um conjunto de doenças e recorre a distintas práticas terapêuticas, como sejam, a utilização de medicamentos da terra – *mindjân tela*, quer por via interna, quer por via externa através de massagens, banhos e emplastros), de igual forma também podem atuar no tratamento de ‘doenças’ do foro mítico-religioso, particularmente as ‘doenças’ que resultam do incumprimento de obrigações para com os *Nén Ké Mu* (defuntos - deuses), recorrendo nestes casos a determinados rituais mágicos (Madureira, 2006).

Cada *stlijon* detém uma espécie de especialidade, atuando especificamente em determinada doença ou categoria de doenças: - *Stlijón Mátu* – Cirurgião do mato: efetua a recolha, na ‘Obô’ - floresta, das múltiplas matérias de origem animal, mineral ou vegetal, para a posterior preparação dos medicamentos. A sua principal função é a de recolha, distribuição das plantas ou preparados aos pacientes e a orientação sobre o seu modo de administração.

- Massagista: atua sobre problemas do foro ósseo e muscular, tais como reumatismo, fraturas, entorses, hematomas, entre outros.). De um modo geral, as terapêuticas são de natureza externa, baseadas na aplicação de medicamentos cuja preparação tem como base folhas e/ou cascas medicinais, através de massagens ou da aplicação destes preparados em ligaduras ou talas, sobre as zonas do corpo acometida.

- *Tchiladô Ventosa* – Tirador de Ventosas: o procedimento terapêutico passa pela aplicação de ventosas feitas, geralmente, de chifres de boi, em conjunto com folhas de *fiá-damina* (*Kalanchoe crenata*), na área onde o paciente sente dor ou tem um inchaço. Sublinha-se que de acordo com estes terapeutas, o sucesso da prática está dependente das fases da lua e, neste sentido, é necessário que o terapeuta consulte previamente um Lunário, de modo a que seja possível agendar o tratamento para o momento apropriado.

- *Piadô Záua* – Explicador de Urina: O *Piadô Záua* baseia o seu diagnóstico e, respetiva terapêutica, a partir da análise organolética da urina, particular da sua cor, do seu odor, presença de sedimentos ou até mesmo sabor.

- *Patela* – Parteira ‘Tradicional’: A *Patela* dedica-se ao tratamento de crianças, grávidas e realizam partos.

- *Fitxicêlu* – Feiticeiro: esta figura recorre a práticas mágicas, sendo procurado sobretudo para práticas do foro espiritual e sobrenatural.

Os espaços terapêuticos, como sejam os consultórios configuram, regra geral, uma pequena cubata no quintal da casa, edificada com lenhos do mato e telhada com folhas de palmeira. No seu interior encontram-se habitualmente um pequeno púlpito com diversos

objetos de culto, nomeadamente crucifixos, velas, totens de madeira, *baga téla* (painéis de barro) e/ou garrafas com um conjunto de *mindján* (Madureira, 2006). Muito embora, alguns terapeutas consultam as pessoas em sua casa. Ainda, existem aqueles que dispõem de um espaço exclusivo, particularmente destinado ao desempenho da sua atividade, como por exemplo, o consultório do Senhor Amâncio Valentim situado na cidade de São Tomé, em Riboque, sendo considerado um prestigiado terapeuta local que é, inclusive, o presidente da AMTSTP. Note-se que as consultas e os *mindján tela* são devidamente remuneradas. Notas de campo, São Tomé, fevereiro, 2018.

Anexo G – Notícia online: População de São Tomé se trata com plantas e até médicos receitam ervas

Edição do dia 11/06/2010, 22h47 disponível em

<http://g1.globo.com/globo-reporter/noticia/2010/06/populacao-de-sao-tome-se-trata-com-plantas-e-ate-medicos-receitam-ervas.html>

População de São Tomé se trata com plantas e até médicos receitam ervas

Os remédios extraídos da terra há séculos são usados para tratar os males da população do país. No hospital principal, as ervas medicinais são tão importantes quanto os medicamentos industrializados.

Beatriz Thielmann, São Tomé, África

São Tomé e Príncipe confirma o convite irresistível de descobrir o que as águas e matas do país ainda têm a revelar. É um país africano, mas com traços muito diferentes das outras nações do mesmo continente.

Apesar de ainda estar na lista dos subdesenvolvidos, saúde é o que não falta no país, para a Organização Mundial de Saúde (OMS).

É possível perceber a pobreza em São Tomé e Príncipe. Mas miséria e fome, não. O mais surpreendente é que, em todo o território de São Tomé e Príncipe, só existem sete farmácias, e a maioria dos medicamentos é de fitoterápicos.

Os remédios extraídos da terra há séculos são usados para tratar os males da população do país. Esse hábito é receitado pelos médicos. No hospital principal, as ervas medicinais são tão importantes quanto os medicamentos industrializados.

Quando as crianças chegam ao hospital, elas já começaram a ser medicadas em casa, com os chás que as mães aprenderam com as avós, com as bisavós. É o que conta o experiente diretor do hospital, José Luis Cruz. E o tratamento caseiro não é interrompido, mesmo que seja necessário dar ao paciente algum remédio industrializado.

“A própria Comissão Mundial de Saúde apoia este evento de modo que possa se integrar a medicina tradicional no Sistema Nacional da Saúde”, explica o diretor do hospital.

José Luis Cruz revela que, apesar de estudado há anos na universidade e ter feito mestrado fora do país, aceita esta sabedoria popular. “Há que saber aproveitar as coisas e corrigi-las, melhorá-las, não podemos nos desligar delas”, afirma.

Em São Tomé e Príncipe, os médicos fazem parcerias com aqueles que são chamados no país de ‘médicos tradicionais’, que não têm formação científica. Eles aprenderam com as gerações passadas a lidar com os medicamentos naturais.

Chegar à casa de Amâncio Valentin é encontrar uma rica fonte de saúde. Ao redor da residência, brotam plantas medicinais indicadas para mais de 20 doenças.

Considerado um dos maiores conhecedores de plantas do país, Valentin dá consulta, receita e manipula medicamentos naturais. A matéria prima ele pode colher no quintal, mas faz questão de avisar: “sem médico, eu não consigo fazer nada, porque é o médico que conhece e sabe o aprofundamento da ciência, é o médico que sabe, de fato, qual é a patologia do paciente, é o médico que sabe exatamente quais são as plantas para que eu possa formar uma dosagem para aplicá-la”.

No país, encontramos a *maioba*, planta indicada para o tratamento da malária e que foi testada pelo próprio diretor do hospital. José Luis Cruz conta que estava com a doença, tomou a raiz de *maioba* e ficou bom. “Eu estava quimicamente bem. Após uma semana do tratamento, eu pude fazer a pesquisa de controle, e a pesquisa estava negativa”, lembra o clínico geral. E ele garante: o leite de uma bananeira, igual à que temos no Brasil, é infalível para as mulheres que têm hemorragias durante a menstruação. “Pega essa bananeira, corta, lava-se bem lavada. Pode cortar o pedaço e aproveitar este líquido, dar de beber à pessoa”, aposta Valentin.

O especialista em plantas medicinais passa boa parte do dia fazendo misturas de plantas. No mesmo leite que sai do caule da bananeira, ele acrescenta outra folha, chamada de “folha ponto”. A receita é para cicatrizar feridas.

Como é variada a produção da farmácia do Valentin, com cascas, folhas, raízes, seivas. Para algumas doenças podem ser diversos componentes.

O mecânico Simão Riôa vem de Angola, país distante de São Tomé e Príncipe duas horas e meia de avião, só para se tratar com o Valentin. O diagnóstico era de diabete, impotência sexual e excesso de peso. Simão revela que já perdeu 10kg com o remédio do Valentin e que já está praticamente curado.

Pelo jeito, São Tomé e Príncipe guarda um imenso laboratório que ainda está para ser descoberto.

Mesmo fazendo parte da lista dos países subdesenvolvidos, São Tomé e Príncipe não vem despertando a atenção pelos mesmo motivos de outros países pobres, como a desnutrição e doença. Pelo contrário, os hábitos alimentares e os efeitos dos medicamentos colhidos nos quintais das casas daquele pedaço da África se transformaram em pesquisa científica na Europa.

Maria do Céu Madureira é doutora em ciências farmacêuticas em Lisboa. Coordenou várias expedições para São Tomé e Príncipe. Até agora já foram comprovados o poder de cura de 50 espécies de plantas. Os estudos continuam, mas os resultados são animadores, principalmente contra a malária.

“Há uma dúzia excelente de possibilidades de novos compostos antimaláricos que podem sair das florestas de São Tomé e Príncipe”, afirma a especialista.

Mas um hábito da população de São Tomé e Príncipe impressionou a farmacêutica portuguesa: as plantas medicinais estão no almoço e no jantar de cada dia. “É espetacular que é a utilização de plantas medicinais nos alimentos que fazem toda a semana. Isso os protege”, aponta Maria do Céu Madureira.

Maioba, maquêquê, micócó, matabala são verduras, raízes que misturadas com os peixes formam a base da alimentação do país. O historiador João Carlos Silva não se cansa de criar novos pratos com os já conhecidos remédios da terra. Para cozinhá-los, até a panela é nutritiva. Ele utiliza a fruta-pão.

Sem parte do miolo da fruta, a panela começa a receber os ingredientes: caldo de galinha, cebola, alho, pimenta, fiá-mosquito. Para aprimorar o sabor do peixe cortado em pedacinhos, ele utiliza *dendê*. Por último, vem a *micócó*. Ela é indicada para bronquite, asma, reumatismo e inflamações.

Depois, você tapa a panela com a tampa da fruta-pão, coloca no forno e deixa por 30 ou 35 minutos.

E a polpa da fruta pão é um dos acompanhamentos. Você também pode usar farinha de mandioca e banana frita.

Anexo H – Notícia Observador: Médicos são-tomenses querem medicamentos essenciais nos hospitais ainda este mês

Observador, Agência Lusa, 25 de dezembro, 2020

Disponível em <https://observador.pt/2020/12/25/medicos-sao-tomenses-querem-medicamentos-essenciais-nos-hospitais-ainda-este-mes/>

Médicos são-tomenses querem medicamentos essenciais nos hospitais ainda este mês

“Residente do sindicato dos médicos de São Tomé e Príncipe diz que hospitais têm falta de medicamentos essenciais e quer que o governo encontre uma solução para este problema ainda este mês.

A presidente do sindicato dos médicos de São Tomé e Príncipe disse esta sexta-feira que os hospitais são-tomenses têm falta de medicamentos essenciais e quer que o governo encontre uma solução para este problema ainda este mês.

‘Os medicamentos essenciais, esses medicamentos de urgência, esses medicamentos para salvar vidas, nós temos falta e isso incomoda-nos’, disse aos jornalistas Benvinda Vera Cruz, médica que na quinta-feira se reuniu de urgência com o governo para pedir uma solução para o problema.

A responsável recordou que, no final do ano, é recorrente acontecer muitos incidentes e acidentes de viação que provocam a lotação hospitalar, sobretudo dos serviços de urgência do principal hospital do país, Aires de Menezes.

‘Nós temos as celebrações do fim do ano, temos uma população bastante exigente e nós sentimo-nos muito vulneráveis durante os atendimentos no hospital Aires de Menezes’, explicou Benvinda Vera Cruz.

‘Muitas das vezes, os pacientes e seus familiares acham que nós não estamos a prestar o nosso serviço como deve ser e pensam, por isso, que somos incompetentes’, acrescentou. A reunião para analisar a situação nos hospitais decorreu durante quatro horas, no palácio do governo, e nela participaram os ministros da saúde e do planeamento, finanças e economia azul, líderes das duas centrais sindicais do país e representantes da direção do Hospital Aires de Menezes.

‘Falámos da segurança dos profissionais da saúde tanto no hospital central como nas áreas de saúde, falámos da progressão na carreira dos médicos e algumas questões têm que ser já resolvidas’, afirmou.

A líder sindicato dos médicos afastou, para já, uma eventual paralisação dos serviços devido à insatisfação dessas exigências.

‘Neste momento estamos a dialogar, não vamos entrar numa greve quando há alguém que nos quer ouvir’, explicou.

‘Viemos colocar os problemas, é uma situação que todos conhecem, mas alertámos o governo que as coisas não melhoraram, elas continuam e queremos uma solução’, disse, adiantando que “há algumas coisas, cuja solução tem que ser agora, dentro de dois três dias’.

Nos últimos tempos têm ocorrido agressões e insultos a médicos e enfermeiros nos serviços de urgência.

O caso mais recente aconteceu há cerca de dois meses, quando familiares de um paciente agrediram um enfermeiro, que acabou por morrer.”