

# A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde

José Fialho  
I.S.C.T.E./Lisboa

The health-care system in Mozambique includes two ethno-medical sub-systems: conventional medicine and traditional medicine. The traditional medicine sub-system combines the use of pharmaceutical products with the (re)activation of social relations and representations which turn it into a complex field of interpretation, in terms of both diagnosis and therapy. It is by analysing this interaction that we are able to come to a possible understanding of their efficacy.

O sistema de saúde em Moçambique integra dois sub-sistemas de etno-medicinas, o da medicina convencional e o da tradicional. O sub-sistema da medicina tradicional articula a utilização de fármacos com a (re)activação de relações sociais e de representações que o tornam num complexo campo de interpretação, tanto no domínio dos diagnósticos, como no das terapias. É pois, na análise dessa interacção, que se torna possível a compreensão da sua eficácia.

Depois de um longo período em que, de uma forma geral, os discursos de modernidade desqualificavam e excluíaam os sistemas tradicionais de saúde, assistimos, desde os anos 1980', a novos tipos de discursos que toleram ou mesmo valorizam os sistemas de saúde tradicionais em muitos países do mundo. A China é actualmente apresentada no Ocidente como um modelo de sucesso no domínio da saúde, porque tem conseguido grandes resultados com o investimento de uma baixa percentagem do PIB, graças principalmente ao apoio concedido ao sector tradicional da saúde.

A própria Organização Mundial de Saúde introduziu reajustamentos na definição do conceito enunciando-a como «bem estar físico, mental, social e espiritual», deixando aberto o desafio para o desenvolvimento de novas configurações de linhas e sistemas de saúde.

O caso de Moçambique que irá ser objecto de uma análise particular não é, pois, uma excepção.

Efectivamente, o paradigma científico da modernidade que se desenvolveu a partir do séc. XVI enfatizava o princípio de que o conhecimento dos factos naturais só era possível na sua relação com outros factos naturais. A medicina cresceu nestes últimos séculos no interior desse modelo, criando e acumulando saberes, através de observação e experimentação laboratorial, onde as dimensões físico-químicas foram, quase sempre, privilegiadas, gerando um sistema de saúde basicamente assente na medicina convencional e hospitalar ou biomedicina. Em Moçambique foi também assim.

A partir dos anos 1980', o domínio do capitalismo de mercado à escala global, fenómeno mais comumente designado por globalização, aumentou de forma significativa os fluxos de trocas entre diferentes países e regiões. Como consequência, os Estados foram enfraquecidos, particularmente na sua relação com o domínio económico, as dinâmicas locais puderam reafirmar-se em múltiplas parcerias regionais ou internacionais sem o inevitável controlo dos Estados e as diferenças e pluralidades puderam ser muito mais toleradas. Neste contexto actual, é, pois, possível pensar e organizar as instituições, incluindo as relativas à saúde, tanto nos países do Norte como do Sul, a partir doutros paradigmas de conhecimento. Os actores locais dos sistemas tradicionais de saúde que haviam sido silenciados e ilegalizados a partir de 1977 em Moçambique puderam ocupar de novo seus lugares e suas funções, não apenas como indivíduos, mas também como associação profissional (AMETRAMO- Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique). Por essa razão, coexistem em Moçambique dois sistemas de etnomedicinas, um dito «tradicional» e o outro convencional ou biomedicina. O primeiro reclama-se de uma legitimidade que assenta na sua eficácia simbólica, espiritual, social e físico-química, o segundo reclama-se de uma legitimidade científica do conhecimento experimentado da físico-química, do orgânico.

Dois sistemas paralelos com meios muito diferentes, mas que, por força das circunstâncias, se vão cruzando.

A espécie humana é gregária, vive em sociedades onde os indivíduos através de ideias e de práticas organizam as suas redes de relações de forma a conseguirem sobreviver nos limites contextualizados de sua realização.

Esses objectivos são atingidos através da intersecção de diferentes processos enquadrados nos diversos domínios da família, da economia, da política, da religião, da magia, da feitiçaria e da saúde/doença.

Cada um destes domínios classifica lugares e categorias de actores por relação a critérios que são pertinentes e relevantes nas diferentes situações dos processos em que interagem, isto é, são codificados.

A família enfatiza os critérios de género – masculino/feminino e geracional – ascendentes (pais mortos)/descendentes (filhos vivos).

A economia acentua os critérios climáticos – Sol e ventos (quentes)/Lua e ventos (frios), mas também organizacionais – seniores (dadores com crédito) juniores (recedores endividados).

A política focaliza-se na hierarquia definindo lugares e papeis diferentes – seniores (mandam)/juniores (obedecem).

A religião privilegia o critério da mediação – divindades (Pais)/membros comparáveis (irmãos).

A magia centra-se no critério de acréscimo de poder – peritos (espíritos)/clientes.

A feitiçaria, por sua vez, reforça o critério da agressividade – feitiçeiros e feitiços (agressores)/indivíduos e colectivos (vítimas).

Cada um daqueles domínios e das taxinomias (classificações) em que se estruturam desenvolvem processos e resultados que convergem para assegurar o funcionamento bem sucedido do conjunto da sociedade.

Por isso, cada domínio e sua respectiva classificação relaciona-se como parte comparável às outras partes, por relação ao todo da sociedade.

Desta forma, aquelas diferentes classificações que são *comparáveis*, são igualmente *equivalentes*, pois o sentido de cada uma só se opera por relação ao todo. Mas porque são equivalentes são *substituíveis*, ou seja são correspondentes, compatíveis, concordantes, coerentes, articuladas e entrelaçadas entre elas.

Assim, embora originadas em diferentes domínios, cada uma tem incidência, repercussão, interferência e produz efeito na organização e funcionamento de cada uma das outras taxinomias e, portanto, também, em cada um dos diversos domínios, que se interrelacionam através deste campo simbólico<sup>1</sup>.

É esta trama, que liga factos sociais e factos simbólicos, que permite, guia e legitima a acção e a vida social, «o contracto social», que reúne as vontades numa interac-

<sup>1</sup> Bourdieu, P.1989 (1973): 14; Augé, M. 1979: 91, 111, 113-114, 200.

ção de direitos e obrigações mútuos, que garante os laços, a integração, a unidade, a partilha comum de referentes de pertença e de identidade<sup>2</sup>.

É este campo simbólico que modela os princípios (postulados, representações, ideias...) através dos quais se vê o mundo social, que permitem o conhecimento, a comunicação e a memória<sup>3</sup>. É este mesmo campo que assegura os parâmetros de avaliação (preço, peso, medida...) que modelam os valores, os sentimentos, emoções e afectos de cada um dos indivíduos e dos colectivos<sup>4</sup>. É ainda este campo simbólico que delimita o espaço das possibilidades aceitáveis do agir comportamental dentro da sociedade, afirmando cada um, desse modo, a aceitação de integrar o grupo, a aceitação de ocupar o lugar que lhe é próprio e o consentimento da obediência/submissão aos poderes estabelecidos<sup>5</sup>.

A partilha dos códigos simbólicos aprende-se e interioriza-se pela socialização de cada indivíduo mas depois é extensível a todos os domínios da sociedade. O ritual religioso modela tanto os comportamentos religiosos, como os políticos, os económicos, os da família... e vice-versa. O campo simbólico é, pois, um campo de encenações e lutas, onde se valorizam as distinções com o exterior (estigmatizando, desqualificando, suspeitando, ameaçando, fazendo vítimas...), onde se exibem símbolos, promessas, dádivas, poder e se exaltam bandeiras, valores e objectivos comuns como transcendentais para sustentar a unidade e tornar inquestionável a cumplicidade de cada indivíduo na aceitação dos princípios, valores e consentimentos no interagir colectivo<sup>6</sup>.

### 3

Os sistemas tradicionais de saúde em Moçambique estruturam-se, como noutros países, pelo referido campo simbólico e articulam, por isso, família, economia, política, religião, magia e feitiçaria. É por ele que se modelam as representações e as práticas da saúde e da doença. Uma sociedade onde há comportamentos de ordem tende a ser constituída por membros saudáveis. A doença ou o infortúnio são pensados e representados como desordens, efeitos produzidos por outras desordens nas relações entre pessoas ou entre pessoas e seres sobrenaturais ou naturais, em qualquer um dos processos dos seus diferentes domínios.

Cuidar da doença é um processo que implica, por um lado, uma interpretação causal da sua ligação ao contexto das relações sociais existentes<sup>7</sup> através de uma teo-

<sup>2</sup> Durkheim, É. e Mauss, M., 1969 (1903): 217, 224-225, 227; Bourdieu, P., 1989 (1973):10; Ansart, P.,1977: 209, 214; Lemaître, N., 1984: 156- 157; Borzeix, A., 1987: 171-172; Clegg, S. 1992: 671; Aktouf, O., 1992: 556-557; Lipiansky, E.M. 1995: 38-40.

<sup>3</sup> Bourdieu, P. 1989 (1973): 9-12;1989 (1980): 113; 1989 (1986): 174, 194; Lemaître, N., 1984: 156

<sup>4</sup> Ansart, P., 1977: 217-218, 220-221, 228; Abélès, M., 1997:363.

<sup>5</sup> Bourdieu, P., 1989 (1973): 11;Ansart, P., 1977: 212, 214-215; Augé, M., 1979: 125; Clegg, S., 1992: 667.

<sup>6</sup> Bourdieu, P., 1989 (1973): 8; Abélès, M., 1997: 360-361.

<sup>7</sup> Adler, A. e Zempléni, A., 1972: 110, 120, 128, 143, 147, 184, 200, 202, 204; Turner, V., 1972: 104; Thomas, L. V., 1975: 160, 168; Sindzingre, N., 1983: 21, 28, 34; 1985: 18, 22; Fainzang, S., 1985: 106,115; Augé, M., 1986: 82, 1995: 16; Hours, B., 1995: 66.



ria específica (significação num campo de possibilidades) desenvolvida por *adivinhação* (*diagnóstico*) e, por outro, uma *gestão terapêutica*<sup>8</sup> que inclui não só o diagnóstico pelos sintomas, como as acções de reparação/reposição de ordem(s) de vários tipos, consigo mesmo e com os outros, com efeitos na saúde, como também prescrição de acções técnicas, físico-químicas da farmacopeia local. Entre a lógica explicativa das causas e a lógica terapêutica não há uma correspondência linear<sup>9</sup> e, por isso, cada doente realiza um «itinerário» bastante diferenciado<sup>10</sup>.

O sistema é gerido por diversos peritos, enquadrado por representações que articulam espíritos (antepassados, peritos mortos...) e ordem social (família, normas, respeito por proibições...) e as suas terapias integram diferentes dimensões (sobrenaturais- espíritos, símbolos sociais mas também medicamentos).

Existem, basicamente, quatro tipos de actores especializados no sistema de saúde: adivinhos (fazem diagnósticos/adivinhação através de diversos sistemas divinatórios), curandeiros (tratam certas doenças através de diferentes tipos de técnicas e meios), mediuns (tratam certas doenças onde intervêm activamente vários tipos de espíritos), fazedores de feitiços (induzem alteração de forças). Existem ainda outros actores importantes como os chefes tradicionais (considerados grandes curandeiros e feiticeiros) e chefes ou seniores de família (únicos consultantes do peritos). É útil referir ainda que em determinadas situações de crise qualquer indivíduo da comunidade/família pode ser suspeito, acusado e/ou condenado como feiticeiro (representado como alguém que rouba poderes de saúde, riqueza... a outrem para proveito próprio).

Cada um dos três primeiros tipos de peritos indicados pode acumular funções de dois ou mais tipos. Um adivinho pode ser curandeiro, um medium pode ser também adivinho e curandeiro, etc.

De forma geral, estes peritos do sistema de saúde são possuídos por espíritos e o seu papel deriva do poder desses espíritos. Revelaram querer possuir essa pessoa, quando esta se tratava de alguma doença.

A maior parte destes espíritos são espíritos de estrangeiros que foram peritos, eram membros de povos que dominaram naquela região e ali morreram (Nguni e Ndau). Outros são espíritos associados a diversos lugares como montanhas ou lagoas (espíritos da água).

Os espíritos que possuem peritos são sempre casais (um masculino/outro feminino) ainda que só um dos espíritos seja activo. Um perito pode ser possuído por vários casais de espíritos, mas em qualquer dos casos os espíritos antepassados do perito colaboram com os referidos espíritos.

Depois de um espírito revelar querer possuir um doente, o futuro perito deverá ser iniciado através da ajuda de um mestre ou através de um tempo de isolamento.

<sup>8</sup> Thomas, L. V., 1975: 178, 244; Sindzingre, N., 1983: 19, 29; Fainzang, S., 1985: 111, 116, 126; 1995: 71, 73.

<sup>9</sup> Sindzingre, N., 1983: 23; Augé, M., 1986: 85-86; Fainzang, S., 1995:75.

<sup>10</sup> Adler, A. e Zempléni, A., 1972:142; Sindzingre, N., 1983:11, 22, 27; 1985: 14, 17; Hours, B, 1995: 65.

Os mediuns são possuídos mais activamente do que o são os outros peritos, uma vez que os espíritos os podem possuir por transe (falando através dos espíritos na língua estrangeira deles), havendo um tradutor que revela o que é dito, ou podem possuir participantes de rituais através da possessão, falando por eles também em língua estrangeira, e, neste caso, o medium é o tradutor.

Cada um daqueles três tipos de peritos sabe diagnosticar e/ou tratar uma ou um conjunto de várias doenças.

Existem diferentes tipos de doenças: mentais, psicossomáticas e orgânicas.

As causas diagnosticadas das doenças ou infortúnios podem estar ligadas a vários tipos de fenómenos: incumprimento de normas sociais/familiares; castigo de espíritos antepassados por esses incumprimentos; meio de revelação do projecto de possessão de um espírito estrangeiro, que em vida possuía poderes especiais; agressão de um espírito de um familiar que morreu de morte violenta ou sem ter conhecido netos, não podendo por isso tornar-se antepassado; agressão de um «génio» de lugar ou de um espírito de um defunto não familiar que não foi devidamente enterrado e, nesse caso, deve ser exorcizado; por ter visto ou ter participado em actividades violentas e morte, sobretudo quando há derramamento de sangue e não existe iniciação ou a respectiva purificação; agressão de feiticeiros ou de feitiços; factores naturais.

O diagnóstico normalmente pode ser realizado por adivinhação, através de configurações de objectos ou sinais ou ainda por «farejamento» de objectos a fim de detectar espíritos intervenientes.

São conhecidas terapias para múltiplas doenças (esterilidade, mulher que aborta, epilepsia, diarreia, herpes, dores de cabeça, doenças de pele, doenças venéreas, etc.)

As terapias, de uma forma geral, integram dimensões físico-químicas, simbólicas, sobrenaturais e sociais, de forma tão interligada que na maior parte dos casos não é possível distingui-las, nem conhecer as fontes de sua eficácia, uma vez que a cura implica concomitantemente a supressão das causas e dos sintomas<sup>11</sup>.

No interior das técnicas terapêuticas utilizadas existem *medicamentos* constituídos por diferentes tipos de materiais e acções que constituem a farmacopeia local e têm força de interacção físico-química. A maior parte desses elementos é constituído por vegetais, plantas e árvores ligadas à terra ou à água doce ou do mar (raízes, cascas, folhas, flores, sucos), misturadas ou diluídas em água, (fervida, aquecida...) mas também por certas substâncias animais e minerais.

Muitos cuidados implicam acções com a referida água, que deve ser bebida ou inalada, normalmente ou por fumigação, em contexto de transpiração total por «sauna», com o doente aspirando o fumo e o vapor de água fervente num lume aceso, sob uma cobertura gerando um fluxo de líquidos que são expulsos pelo suor e outros absorvidos. Essa água pode ser ainda utilizada para lavar ou esfregar o corpo

<sup>11</sup> Adler, A. e Zempléni, A., 1972: 75, 78; Devereux, G., 1977 (1970): 293.

do doente. Por vezes esses medicamentos podem ser comidos misturados em papa de cereal ou ainda utilizados por vacina, por inoculação subcutânea.

Contudo, apesar da eficácia físico-química de alguns desses referidos elementos vegetais, animais e minerais utilizados, a esmagadora maioria deles está implicada em *significações simbólicas* e, provavelmente, uma parte significativa desses elementos não terá efeitos físico-químicos e sua acção e efeitos derivam apenas de sua significação simbólica<sup>12</sup>. É esta trama que torna tão difícil o conhecimento de cada etnomedicina específica. Para o fazer não basta efectivar o inventário das fontes desses elementos, (plantas medicinais...), é necessário fazer o estudo da sua complexa significação simbólica e das actividades mágicas (ligadas à saúde e doença e a todos os outros domínios da sociedade) a que estão associadas, reconstruindo toda a rede de analogias e de níveis analógicos em que estão envolvidos e dos respectivos códigos simbólicos<sup>13</sup> e das acções implicadas nos diferentes processos de tratamento (fechar, cozer, abrir, extrair, penetrar...). Só um estudo aprofundado nos permitirá entender a significação e utilização das grandes magias protectoras: o ngonzo é composto de elementos retirados do ninho de «mangondzwane», as «mapakama» compostas por parasitas vegetais, diversos compostos mágicos<sup>14</sup> diluídos em óleos («gona») contidos em cabacinhas. Só este tipo de estudo permitirá interpretar muitos tipos de acções envolvidas nos tratamentos:

Gestos e posturas corporais (danças, representações, cócoras, acção seguida de virar costas, pés amarrados, sequência segundo os pontos cardeais, ajoelhar, combater, não falar...); banho com sangue de cabrito ou amarrar a bila de cabrito sacrificado no cabelo de um iniciante a medium; vacinar com cinzas ou óleos mágicos; desenhar círculos no chão (ou no ar com uma peneira) em torno de um doente para assegurar simbolicamente o controlo e eficácia de um tratamento; enterrar ossos de animais sacrificados; acender lumes sobre os quais se deve saltar ou acender velas que devem ser picadas. Actividades mágicas que só podem ser eficazes se não forem reveladas (conhecidas/explicadas) a ninguém.

Mas o mundo simbólico faz interpenetrar, de forma continuada, o mundo real e o mundo dos espíritos invisíveis, mas intervenientes, que se exprime nos espaços da religião e da magia.

Efectivamente, a maior parte dos materiais terapêuticos utilizados pelos peritos tradicionais são representados como tendo sido objecto de indicação pelos espíritos, através de sonhos, mesmo que tenham sido aprendidas de detentores desses saberes. Na verdade, existe a crença generalizada de que a força terapêutica desses elementos reside no facto de estarem «investidos» / «possuídos» por espíritos. Por isso a sua descoberta e a sua «apropriação» exigem imprecações, pedidos, ofertas (rapé, panos, bebidas...), sacrifícios, (galinhas, cabritos...), proibições e rituais evitando os perigos

<sup>12</sup> Sindzingre, N., 1983: 21, 24, 31; 1985: 15, Fainzang, S., 1985: 110; 1995: 74; Augé, M., 1986: 84.

<sup>13</sup> Adler, A. e Zempléni, A., 1972: 15; Turner, V., 1972: 16, 28, 42, 49, 57, 300; Fialho Feliciano, J., 1989: 294-298.

<sup>14</sup> Fialho Feliciano, J., 1989: 422-428, 433.



e assegurando o seu poder. A força desses elementos encontra-se interligada com a força dos espíritos<sup>15</sup>.

Mas o saber e o poder dos próprios actores terapêuticos são pensados derivar da força dos *espíritos* que os «possuem», com ou sem transe e que, por esse facto, devem ser tomadas, inevitavelmente, certas condutas de proibição, reparação ou protecção, orações, ofertas ou rituais<sup>16</sup>.

Na maior parte dos casos são, como atrás referido, espíritos estrangeiros e que agora querem utilizar seu poder em benefício das pessoas que residem na região.

Outros espíritos são génios de lugares (lagoas, florestas, montanhas...) que igualmente desejam que seu poder se transforme em benefício dos vivos.

Em ambos os casos os espíritos antepassados da família são eles próprios interessados nessas ajudas e por isso são solidários com as intervenções dos primeiros. O papel dos espíritos é o de ajudar no conhecimento dos medicamentos e, principalmente, assegurar a sua eficácia terapêutica. Muitas vezes a terapia implica o conhecimento de quais são os espíritos agressores (de família ou exteriores – *mpfhukwa*)<sup>17</sup> e das condições para anular a sua agressão, ou até mesmo a força para os exorcizar.

Noutros casos são os espíritos que asseguram o conhecimento da acção de feiticeiros ou de feitiços e é do seu poder que se espera a possibilidade da sua anulação.

É por isso que a interacção de reciprocidades e laços entre os peritos, os doentes e suas famílias com os espíritos antepassados e os espíritos estrangeiros ou génios de lugares é contínua. Dos espíritos espera-se a reconciliação e a protecção, dos humanos as orações (pedidos de perdão, de desculpas, de protecção) os rituais e diversos tipos de representações, as ofertas (de rapé, panos, comida, bebida, dinheiro, construção de uma palhota em sua honra) e os sacrifícios (de galinhas, cabritos, bois...) <sup>18</sup>.

Por vezes os espíritos reclamam como condição de cura que o doente seja iniciado para futuramente ser possuído por eles e se transforme dessa forma em perito<sup>19</sup>.

Independentemente dos impactos indirectos que as dimensões terapêuticas, já referidas, introduzam nas interacções sociais, existem procedimentos terapêuticos com alcance directo sobre as *relações sociais*, sobretudo, da *família* do doente.

Com efeito, a doença exige a procura de uma significação e o repensar de toda a vida social, a procura do diagnóstico é realizada apenas pelo sénior da família e muitas das acções terapêuticas (rituais, sacrifícios...) implicam a presença e o envolvimento da família. Por outro lado, como muitas vezes a causa da doença é atribuída à feitiçaria (suspeita ou mesmo condenada) no interior mesmo da comunidade, afirmam-se rupturas que obrigam à realização de rituais que podem consumir desintegrações e divisões, mas sobretudo procuram reconciliação e reintegração social de

<sup>15</sup> Adler, A. e Zempléni, A., 1972: 47.

<sup>16</sup> Turner, V. designa-os de rituais de aflição, 1972: 26, 221; cf. Thomas, L.V., 1975: 288; Fialho Feliciano, J., 1989: 369-375.

<sup>17</sup> Honwana, A.M., 2002: 248.

<sup>18</sup> Fainzang, S., 1985: 122-123; Nathan, T., 1995:55, 90.

<sup>19</sup> Adler, A. e Zempléni, A., 1972: 86; Nathan, T., 1995: 64.

conflitos na família paterna ou materna ou na rede global da família, reconstituindo e revitalizando as redes e laços sociais entre todos.

O doente não é, dessa forma, isolado, estigmatizado ou vitimizado, como acontece em situações de doenças graves na bio-medicina ocidental, bem ao contrário o doente é sistematicamente envolvido por novas relações, novos suportes sociais que sustentam novas emoções, (catárticas, como lhes chamará S. V. Turner), e novos estímulos<sup>20</sup>. Na verdade, na situação de doença existe uma reorganização por «deslocação de interesse», para a anulação das causas que estão no exterior do doente<sup>21</sup>. O centro do interesse encontra-se no terapeuta, nos objectos de adivinhação (diagnóstico) ou nos seres sobrenaturais que dão força à magia e à religião, ou na feitiçaria.

Em certos casos o quadro terapêutico envolve uma proposta de iniciação a nova função de medium, que altera o ser mesmo da pessoa do doente, que se integra, desse modo, num novo grupo, com identidade própria<sup>22</sup>.

#### 4

Mas donde provém a força que o simbólico produz?

A eficácia do simbólico deriva da sua capacidade de criar acordo e o acordo produz o reconhecimento, a crença, a confiança na unidade do social, nos seus poderes, instituições e actores.

Efectivamente, pelo jogo dos símbolos cada um é livre de se situar ou manipular a partir de um qualquer domínio, pois, como vimos, eles se remetem mutuamente e em cada uma das classificações é possibilitado obter efeitos equivalentes aos que são obtidos em qualquer das outras taxinomias<sup>23</sup>.

Neste jogo de comunicação de diferentes actores em interacção social, têm papel relevante os mecanismos ligados à palavra, à representação e à redistribuição por serem geradores de múltiplas complicitades e sustentáculos de justificação e legitimidade.

Na verdade, a palavra<sup>24</sup> tem a capacidade de persuadir, induzir, orientar, mobilizar e legitimar os comportamentos daqueles que a ouvem e nela acreditam<sup>25</sup>, pelo facto de quem a enuncia ser merecedor de seu reconhecimento e confiança; porque por essa palavra, todos vêem e sentem de forma semelhante. A palavra gera, pois, efeitos de sentido, de integração, de subordinação e de indução para os objectivos enunciados, a partir da força que lhe vem através de todas as taxinomias ao mesmo tempo.

Uma outra forma de induzir comportamentos é também gerada pelos representantes que asseguram as representações simbólicas e rituais que avivam as imagens

<sup>20</sup> Adler, A, e Zempléni, A., 1972: 110; Turner, V., 1972: 59, 267, 299; Nathan, T., 1995: 13, 19, 40, 82, 85.

<sup>21</sup> Isambert, F., 1979: 69, 71, 73, 80-81, 83-85, 99; Nathan, T., 1995: 17- 18, 27, 51-52.

<sup>22</sup> Nathan, T., 1995: 28, 64- 65.

<sup>23</sup> Bourdieu, P., 1989 (1973): 14.

<sup>24</sup> Bourdieu, P., 1989 (1973): 9, 11-12, 14; 1989 (1980): 116-117; 1989 (1986): 174, 185-190; Borzeix, A., 1987: 158, 160-162, 165, 173, 176; Ansart, P., 1997: 229.

<sup>25</sup> Lévi-Strauss, C., 1974 (1958): 218; Bourdieu, P., 1989 (1973): 14-15; 1989 (1986): 174-175, 183, 185- 189; Ansart, P., 1977: 212; Isambert, F., 1979: 68, 75, 91; Godelier, M., 1996:47.

dos espíritos ausentes, dessa forma tornados (re)presentes, como garantia do sucesso das acções em curso<sup>26</sup>. A crença em quem é representado e a confiança em quem representa e naquilo que é representado mobiliza para um agir que se orienta pela coesão suportada pela identidade, e pelo consentimento, com o suporte que deriva da interacção de todas as taxinomias ao mesmo tempo<sup>27</sup>.

A redistribuição (dádiva e serviços) a humanos, a deuses e outros seres sobrenaturais é ainda um outro factor capaz de induzir comportamentos, uma vez que se insere em redes de reciprocidades de dívidas, e, por seu turno, gera dívida em quem a recebe por relação a quem a deu que, dessa forma, acumula crédito e que assim induz, mobiliza para laços sociais não só de solidariedade, de parceria, de reconhecimento, mas também de dependência, subordinação e consentimento<sup>28</sup>.

Devido à crença que circula nas sociedades os diferentes actores conseguem através do simbólico criar contextos e experiências que mobilizam o envolvimento de outros.

## 5

O trabalho simbólico que interfere nos sistemas tradicionais de saúde tem, como observado, o objectivo de produzir nos doentes os efeitos equivalentes aos obtidos nos processos representados.

Dessa forma, à custa de manipulações simbólicas provocando vivências acontecimentos e experiências de reestruturação em contextos de combate simbólico e de rituais seguros<sup>29</sup>, os factos simbólicos induzem a exorcização de sentimentos de incapacidade, aceitação da situação de doença, o fortalecimento de laços sociais, a integração na comunidade mantendo o controlo de incerteza, mobilizando energia de interiorização, de reforço de confiança e de auto – estima, construindo um novo sentido para a acção. A crença e confiança<sup>30</sup> nos peritos, nos familiares, nos medicamentos, nas palavras ditas<sup>31</sup>, nas representações construídas e nas trocas de dádivas oferecidas é capaz de mobilizar novas energias psíquicas e novos comportamentos sociais de integração e de consensos<sup>32</sup> que exprimem e restauram o (re)equilíbrio da ordem da saúde.

Fevereiro 2003

<sup>26</sup> Marin, L., 1981: 9-11, 13, 18-19; 1993: 12-14; Lavaud, L., 1999: 25.

<sup>27</sup> Marin, L., 1981: 170, 229; Abélès, M., 1997: 360-361; Lavaud, L., 1999: 169.

<sup>28</sup> Mauss, M., 1973 (1923-24): 165, 173, 187, 200; Tixier, P. E., 1988: 622-626; Godelier, M., 1996: 21-22; Godbout, J.T., 1996 (1993): 18, 38.

<sup>29</sup> Devereux, G., 1977 (1970): 18-20

<sup>30</sup> Ao contrário da proposta de Nathan, que defende a necessidade de se evitarem os conceitos de crença e símbolo. Nathan, T., 1995:48. Cf. Laplantine, F., 1987: 107; Sindzinger, N., 1985: 15, 22, 204.

<sup>31</sup> Adler, A. e Zempléni, A., 1972: 13, 100, 206.

<sup>32</sup> Idem, 209.

## Bibliografia

- M. ABÉLÈS, «L'Anthropologie politique: nouveaux enjeux, nouveaux objets», *Revue Internationale de Sciences Sociales*, 157, 1997, pp. 355-367.
- A. ADLER & A.ZEMPLÉNI, *Le bâton de l'aveugle. Divination, maladie et pouvoir chez les Moundang de Tchad*, Paris, Hermann, 1972.
- P. ANSART, «L'efficace du symbolique», *Ideologies, Conflits et Pouvoir*, Paris, PUF, 1977, pp. 209-239.
- M. AUGÉ, «L'Anthropologie de la maladie», *L'Homme*, 97-98, 1986, pp. 81-89.
- M. AUGÉ, *Symbole, fonction, Histoire. Les interrogations de L'Anthropologie*, Paris, Hachette, 1979.
- J. L. AUSTIN, *Quand dire c'est faire*, Paris, Seuil, 1970 (...How to do things with words)
- O. AKTOUF et M. CHRÉTIEN, «Comment se crée une culture organisationnelle- Les Cascades», *Revue Française de Gestion*, 65-66, 1987, pp. 156-166.
- O. AKTOUF, «Le symbolique et la 'culture d'entreprise'», in J. F. Chanlat (dir.), *L'individu dans l'organisation*, Québec, Les Presses Universitaires Laval, Eds ESKA, 1992, pp. 553-587.
- S. BOUCHARD, «Simple Symbole – de l'efficacité pratique des systèmes symboliques dans l'organisation», Québec, Les Presses Universitaires Laval, Eds ESKA, 1992, pp. 589-610.
- P. BOURDIEU, *Ce que Parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard, 1982.
- P. BOURDIEU, *Choses dites*, Paris, Minuit, 1987.
- P. BOURDIEU, *O Poder simbólico*, Lisboa, Difel, 1989.
- P. BOURDIEU, «Sobre o poder simbólico», (1973), [Annales E.S.C., 3, 1977: 405-411], in *O Poder simbólico*, Lisboa, Difel, 1989, pp. 7-15
- P. BOURDIEU, «A identidade e a representação... sobre a ideia de região», [Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 35, 1980: 3-14], in *O Poder simbólico*, Lisboa, Difel, 1989, pp. 107-132.
- P. BOURDIEU, «A representação Política. Elementos para uma teoria de campo político», [Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 64, 1986: 5-19], in *O Poder simbólico*, Lisboa, Difel, 1989, pp. 163-202.
- A. BORZEIX, «Ce que parler peut faire», *Sociologie du Travail*, n° 2, 1987, pp. 157-176.

- S. CLEGG, «Pouvoir, symbolique, langage et organisation», in J. F. Chanlat, (dir.), *L'individu dans l'organisation*, Québec, Les Presses Universitaires Laval, Eds ESKA, 1992, pp. 663-680.
- G. DEVEREUX, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1997 (1970).
- É. DURKHEIM e M. MAUSS, «De quelques formes primitives de classification», in M. Mauss, *Essais de Sociologie*, Paris, Ed. Minuit, 1968-69 (1903), pp.162- 230 (Année Sociologique, 6, 1903).
- S. FAINZANG, «La 'maison du blanc': La place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina», *Sciences Sociales et Santé*, n° especial, 3, n° 3-4, 1985. pp.105-128.
- S. FAINZANG, «Une Anthropologie du dé-boire», *Journal des Anthropologues – Anthropologie de la Santé et de la Maladie*, 60, 1995, pp. 71-79.
- J. FIALHO-FELICIANO, *Antropologia económica dos Thonga do sul de Moçambique*, Lisboa, Tese de Doutoramento, Universidade Técnica de Lisboa, 1989.
- C. GAHASARIAN, «L'Anthropologie face aux nouveaux modes de reproduction», *Journal des Anthropologues- Anthropologie de la Santé et de la Maladie*, 60, 1995, pp. 87-94.
- M. GODELIER, *L'énigme du don*, Paris, Fayard,1996.
- J. T. GODBOUT, *Le langage du don*, Montréal, Eds Fides,1996 (1993).
- A. M. HONWANA, *Espíritos vivos, tradições modernas. Possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique*, Maputo, Promédia, 2002.
- B. HOURS, «L'Anthropologie de la santé publique et des systèmes de soins», *Journal des Anthropologues – Anthropologie de la Santé et de la Maladie*, 60, 1995, pp. 63-69.
- F. ISAMBERT, *Rite et efficacité symbolique*, Paris, Cerf, 1979.
- F. LAPLANTINE, *Etnopsiquiatria*, Lisboa, Vega, 1978.
- L. LAVAUD, *L'image*, Paris, Flammarion, 1999.
- N. LEMAÎTRE, «La culture d'entreprise facteur de performance», *Revue Française de Gestion*, n° 50, 1984: 153-161.
- C. LÉVI-STRAUSS, «L'efficacité symbolique», *Anthropologie structurale*, Paris, Plan, 1974 (1958), pp. 205-226.
- E. M. LIPIANSKY, «Communication interculturelle et modèles identitaires», in J. P. Saez (dir.), *Identités, cultures et territoires*, Paris, Desclée de Brouwer, 1995, pp. 35-41.
- L. MARIN, *Le portrait du roi*, Paris, Ed. De Minuit, 1981.
- L. MARIN, *Les pouvoirs de l'image*, Paris, Ed. du Seuil, 1993.
- M. MAUSS, «Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés Archaïques» (1923-24), in *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 1973 (1950), pp.143-290.



- T. NATHAN, «Manifeste pour une psychopathologie scientifique», in T. Nathan e I. Stengers, *Médecins et sorciers*, Paris, synthélabo, 1995, pp. 9-113.
- N. SINDZINGRE, «L'interprétation de l'infortune: un itinéraire Senufo» (Côte d'Ivoire), *Sciences Sociales et Santé*, n° especial, 3, n° 3-4, 1985, pp. 7-36.
- N. SINDZINGRE, «Tradition et biomédecine», *Sciences Sociales et Santé*, n° especial, 3, n° 3-4, 1985, pp. 9-26.
- L. V. THOMAS & R. LUNEAU, *La terre africaine et ses religions*, Paris, Larousse, 1975.
- P. E. TIXIER, «Légitimité et modes de domination dans les organisations», *Sociologie du Travail*, 4, 1988, pp. 615-629.
- V. W. TURNER, *Les tambours d'affliction. Analyse des rituels chez les Ndembu de Zambie*, Paris, Gallimard, 1972 (1968).