

# EspíritoCorpo



Materiais  
para uma  
difusão activa  
do filme

**CIDAC** ORGANIZAÇÃO  
NÃO-GOVERNAMENTAL  
DE DESENVOLVIMENTO

Centro de Informação e Documentação Amílcar cabral  
77 Rua Pinheiro Chagas, 2º Esq.  
1069-069 Lisboa-Portugal

Com o apoio da  
Comissão Europeia

# EspíritoCorpo

Um Filme de Sophie Kotanyi

“EspíritoCorpo” é uma viagem pelo mundo da medicina tradicional usada pela maioria das populações de Moçambique. O filme apresenta a lógica do sistema tradicional de cura através de vários exemplos de tratamentos explicados pelos praticantes.

As diversas formas de tratamento de algumas doenças mentais, do trauma de guerra, e das doenças por feitiçaria permitem compreender as causas da doença do ponto de vista tradicional: os antepassados, os espíritos estrangeiros ou a feitiçaria. As causas são sempre exteriores ao doente e a cura implica uma forte participação da família.

Enquanto a medicina ocidental se baseia nos fundamentos materiais da biologia, separando no ser humano o corpo do espiritual, a medicina tradicional não faz esta divisão, tratando o espiritual e o corpo em conjunto.

A Dra. Isabel Parada Marques, médica moçambicana especialista em doenças psicossomáticas e pedo-psiQUIATRA, aborda as lógicas subjacentes ao pensamento tradicional, fazendo a ponte entre os dois pensamentos apelando ao diálogo entre ambos. Numa época de epidemia do HIV-SIDA, e quando todos os sectores da sociedade deveriam ser mobilizados para poder dominá-la, este diálogo é fundamental.

## Conteúdo

|  |    |
|--|----|
| Medicina tradicional – medicina dos hospitais: a escolha dos pacientes<br><i>Introdução do Professor Dr. Yussuf Adam, Ph D</i> ..... | 1  |
| Para uma difusão activa do filme “EspíritoCorpo”<br><i>Sophie Kotanyi</i> .....  | 7  |
| Análise dos casos clínicos<br><i>Dra. Isabel Maria Parada Marques</i> .....  | 21 |
| A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde<br><i>Professor Dr. José Fialho Feliciano</i> .....                          | 35 |



Coordenação da brochura e fotografia  
Sophie Kotanyi  
Maputo 2003



## Medicina tradicional – medicina dos hospitais: a escolha dos pacientes

*Introdução do Professor Dr. Yussuf Adam, Ph D*

O filme Espírito - Corpo apresenta-nos um vídeo que sintetiza um certo discurso sobre a medicina dita tradicional em Moçambique e a história dessa mesma medicina.

Quaisquer que sejam as limitações do filme ou as críticas que eu possa fazer é um bom e belo filme. Apresenta diversas práticas de terapeutas das outras medicinas e casos concretos de tratamentos - prestação de cuidados de saúde. Tem também a qualidade de apresentar um produto acabado que pode ser visto, discutido, criticado. Certamente que há muito material que poderá ser utilizado para análises futuras e trabalhos mais desenvolvidos. Se o filme for utilizado como um despoletador de debates e de criação de consensos terá cumprido a sua função. Se o filme for utilizado de uma forma panfletária pouca ou nenhuma contribuição deixará para a criação de pontes entre as diferentes medicinas existentes em Moçambique e para melhorar a prestação de cuidados de saúde aos que os procuram.

O filme apresenta o seu ponto de vista sobre a história da medicina dita tradicional em Moçambique, as políticas do estado ou do governo do pós-independência sobre os seus praticantes; as opiniões dos funcionários do MISAU; as opiniões dos terapeutas eles próprios e alguns comentários de um especialista.

Há uma preocupação muito grande no filme em apresentar a sua história com ilustrações norte e sul. As diferenças na forma e na encenação escondem aquilo que é comum. A explicação para as doenças e o tipo de tratamento é o mesmo. Há tanta literatura já bastante vasta sobre estes temas em Moçambique.

O filme argumenta que a medicina tradicional/os terapeutas étnicos tratam com sucesso doenças psiquiátricas e psicossociais em Moçambique. O estado do pós-Independência teve uma política discricionária, *“to put it mildly”*, ou mesmo repressiva em relação a medicina tradicional. A importância para a população é fundamental sobretudo para tratar de doenças que só podem ser tratadas pelos terapeutas tradicionais - as doenças de espíritos, *madjines*, etc.

O discurso do Estado e do MISAU durante muito tempo e dos muitos dos seus funcionários, até hoje, tenta separar uma medicina da outra. No entanto estas separações fazem-se ao nível do discurso ou da acta pública. Na acta privada ou confidencial os médicos, enfermeiros e outros têm posturas mais avançadas.

Uma anedota que eu já ouvi contar várias vezes revela a relação entre medicina tradicional e poder político. Um alto dirigente da FRELIMO reuniu-se com os curandeiros de um bairro de Maputo antes das primeiras eleições gerais. Pediu o apoio dos curandeiros e feiticeiros. Eles disseram que davam o apoio e o voto. Explicaram as suas razões: independência, justiça, etc... O chefe da FRELIMO ficou admirado: pensava que eles iam vir com o discurso da repressão e da opressão. Aí levanta-se um velho curandeiro e diz o seguinte: “O único problema é que os seus colegas devem compreender que nós temos horário de trabalho. Ao fim do dia vamos para casa. Tomamos banho, mudamos de roupa e vamos ver televisão como todos os outros quadros. Ai peça aos membros e chefes da FRELIMO para nos

virem visitar nas horas de expediente. Se trouxerem cartão de membro nós até damos desconto. Isso de virem de madrugada e às escondidas não dá...”

As temáticas a reter são, pelo menos, estas:

- os doentes e os terapeutas têm a sua cosmogonia, os seus valores, as suas teorias e os seus próprios factos ou dados empíricos;
- a doença e a saúde são factos complexos e culturalmente determinados. Só pensamos na saúde quando estamos doentes. A relação com a doença e com a saúde é também uma relação cultural.;
- o número de terapeutas tradicionais e o número de terapeutas modernos condicionam a oferta de serviços de cura. Para cada 1 prestador de cuidados de saúde da medicina moderna deve haver 1000 prestadores de cuidados de saúde da medicina tradicional. Por cada médico deve haver 1000 curandeiros, feiticeiros, *shés*, *nhangas*, *maziones*, etc.

O que os terapeutas tradicionais nunca falaram foi na sua prática de prestação de cuidados como uma prática económica e de geração de rendimentos. Eles e elas ganham a sua vida. Os tratamentos e cuidados têm custos para os clientes e seus familiares. Há para além dos custos, benefícios... E certamente que há vantagens comparativas...

Os erros e asneiras que muitas vezes são feitos de parte a parte nunca são mencionados. O pessoal da saúde fala do atraso que os praticantes de medicina tradicional às vezes criam na chegada aos hospitais. “Trouxeram fora do tempo... Se tivesse chegado antes eu tinha conseguido tratar esta malária...”

Na minha opinião um filme deste tipo devia ser uma contribuição para o debate entre as várias medicinas. Deveria ajudar a criar sinergias de forma a que o utente de qualquer um dos sistemas - o cliente seja bem tratado. Que haja eficiência, eficácia nas terapêuticas, que os custos de todo o tipo (sociais, políticos, económicos, para a natureza) sejam baixos, que o doente seja bem tratado, que não fique tanto tempo à espera, que os direitos humanos do terapeuta e do cliente não sejam violados...

Não são questões teóricas... Devem ser realmente analisadas. Muitas das cenas filmadas colocam alguns desses problemas....

Em qualquer sociedade, em qualquer lugar quem procura cuidados de saúde tem à sua disposição vários sistemas de prestação de cuidados de saúde. Todas as sociedades são pluralistas. Não há um único sistema de saúde. Há uma dezena de sistemas de saúde, de prestação de cuidados de saúde às pessoas. Quem precisa de cura, de alívio da dor (de qualquer tipo) procura um prestador de cuidados. Esta multiplicidade de sistemas de saúde pode ser chamada de pluralismo médico.

A procura de um terapeuta tem a ver com quem procura – a sua história, a sua cultura, as suas experiências anteriores, a sua capacidade de pagar, género, o nível e natureza do sofrimento. O comportamento de procura de saúde é um comportamento complexo.

Cada um destes sistemas de saúde nos seus discursos apresenta-se como o melhor ou tenta manter uma certa hegemonia. Esta hegemonia que cada um dos praticantes tenta manter para si pode ser explicada de várias formas: ganhos económicos, acesso ao poder político; sistema de saúde dominante num país ou no mundo, maior eficiência e eficácia, etc.

Os sistemas de saúde têm vários níveis. As tensões podem existir muitas vezes ao nível nacional e internacional mas não existem ao nível dos praticantes nas aldeias e localidades ao nível das famílias. Uma das tensões mais frequentes em qualquer sistema de saúde é entre as práticas e as políticas. Diz-se uma coisa e faz-se outra. Kleinman distingue três sectores na prestação de cuidados de saúde: o popular, o folclórico e profissional. O sector popular é um domínio de prestação de cuidados de saúde não profissional, leigo, onde a doença é diagnosticada e tratada. É a casa e a família. Os cuidados de saúde são prestados recorrendo-se a várias tradições de cura: vai-se ao *muhanhisse*, ao *maulana*, ao exorcista, ao enfermeiro vizinho e à caixa de remédios da avó. O sector folclórico inclui os prestadores locais de cuidados de saúde, os ervanários, os curandeiros, os adivinhadores, os exorcistas, as matronas tradicionais etc., O sector profissional é o domínio dos especialistas em bio-medicina. Para fazer parte deste sector tem que se ter um diploma. Em muitos

países os prestadores de cuidados de saúde com base em abordagens não biomédicas – os praticantes da medicina chinesa, da medicina tradicional africana, ayurvedica - também constroem a sua identidade como sector profissional.

Estes três sectores tendem a entrar em conflito porque se tentam estabelecer-se como os únicos e os melhores. Esta relação entre os prestadores de cuidados de saúde tradicionais e os biomédicos tem sido bastante conflituosa. As pontes têm vindo a ser criadas lentamente.

As tentativas de estabelecer a cooperação entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde ganham um novo ímpeto quando novas situações epidemiológicas levam as capacidades de prestação de cuidados de qualquer um dos sistemas ao limite. A expansão do SIDA, as doenças ligadas com a insegurança social e com a guerra; o desemprego, as transformações socio-económicas, o desenvolvimento, a ruptura dos laços familiares fazem com que os prestadores de cuidados de saúde das diferentes tradições se vejam forçados a colaborar.

Essas pontes são necessárias mas difíceis de construir. O conhecimento das actividades, práticas, valores, conhecimentos, crenças de cada um dos prestadores de cuidados de saúde (e das suas limitações) é a maior avenida para criar uma cooperação.

Este filme pode ser uma contribuição para podermos romper o ciclo vicioso da guerra entre os diversos tipos de prestadores de cuidados de saúde é fazer o que os terapeutas de todo o tipo fazem. Devam os que os procuram a fazer o reframing das suas posições e depois a modificar os seus conhecimentos, as suas atitudes e as suas práticas. O filme será tão mais efectivo e capaz de provocar os debates que estão planificados quanto mais for capaz de utilizar os conhecimentos já existentes sobre este assunto. Os debates a organizar a volta do filme deverão ser acções de formação em que a visualização do filme seja somente um momento.■



## BIBLIOGRAFIA

### 1) Medicina tradicional – medicina dos hospitais: a escolha dos pacientes

**ADAM, Yussuf e GOMES, Aurélio:** Medicina tradicional em Moçambique. Faculdade de Letras, CEP-Uem, (1987) Moçambique.

**CRAVEIRO:** Medicina tradicional numa era de ciência globalizada. Trabalho de Mestrado. (2000), Universidade de Coimbra-Faculdade de Economia.

**DAS, Veena:** What do we mean by health ? In J.C. Caldwell, S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, W. Cosford, J. Braid and D. Broers-Freeman. What we know about the health transition: The cultural, social and behavioural determinats of health. Health Transition Series. (1990), Nº2, Vol 1 and 2. Canberra, Health transition Centre, Australian National University.

**HARDON et al:** Applied health research manual. Anthropology of health and health care. Third, revised edition. Het Spinhuis, (2001) The Netherlands.

**KLEINMAN:** Patients and Healers in the context of the culture. Berkeley, (1980), University of California Press.

**MISAU:** Plano Estratégico Sector de Saúde 2001-2005 (2010). Moçambique (2001)





## Para uma difusão activa do filme “Espírito-Corpo”

*Sophie Kotanyi - Realizadora e Antropóloga*

O filme “Espírito-Corpo”, filmado no Norte e no Sul de Moçambique, apresenta as diferentes formas de tratamento da medicina tradicional debatidas com representantes da medicina ocidental, que se baseiam nos princípios das ciências bio-médicas (a bio-medicina). O filme pretende ser mediador e incentivar o diálogo entre as duas formas de medicina, em busca de um tratamento mais efectivo para os doentes em Moçambique. Especificamente na prevenção contra o Sida procura um discurso mais adequado às culturas existentes neste país africano, onde muitas vezes a força dos espíritos antepassados é mais ouvida e respeitada pelos doentes do que os discursos preventivos que se baseiam nos conhecimentos sobre a contaminação biológica.

O filme “Espírito-Corpo” mostra exemplos de tratamento nos domínios psico-sociais a fim de permitir analisar as bases do pensamento tradicional e compreender a lógica subjacente. Um



diálogo entre as duas formas de medicina só poderá dar frutos se se basear no conhecimento recíproco das suas formas de abordar a doença, o doente e o seu tratamento. Assim este filme dirige-se por excelência aos trabalhadores de saúde (os enfermeiros, médicos, responsáveis nos ministérios e formadores em Saúde Biomédica) com o objectivo de provocar um debate sobre as possibilidades duma cooperação baseada no respeito mútuo, no sentido de atingir uma melhor efectividade no tratamento dos doentes e uma prevenção mais escutada e seguida. (É um facto conhecido pelo CNS que o discurso preventivo contra o Sida foi até hoje pouco seguido em Moçambique).



O filme “Espírito-Corpo” tem 4 capítulos:

- 1) Tratamento de doenças mentais
- 2) Tratamento de Trauma
- 3) Tratamento contra feitiçaria
- 4) Formação em medicina tradicional

O filme “Espírito-Corpo” destina-se a apoiar a formação de adultos e a ajudar processos de consciencialização no sentido da pedagogia de adultos desenvolvida pelo pedagogo brasileiro

Paulo Freire. Isso quer dizer que não é um filme didáctico que pretende formar ao nível cognitivo. Trata-se de observações de tratamentos tradicionais típicos, acompanhados de comentários dos praticantes que explicam tanto quanto lhes é possível o que fazem e porquê. Estes documentos são um retrato da realidade; não constituem ficção. São observações de tratamentos e rituais reais, que deverão permitir analisar, estudar e compreender melhor a abordagem tradicional, para desenvolver um diálogo entre os praticantes das duas medicinas.

O esforço para a paz deveria ser extensivo à guerra travada desde sempre e ainda actualmente entre as duas medicinas.

Propomo-nos usar uma metodologia de difusão participativa do filme “Espírito Corpo”:

A pedagogia de adultos de Paulo Freire parte do princípio que a aprendizagem será mais efectiva se as novas matérias forem introduzidas numa relação activa com os conhecimentos e com as experiências de vida de cada „formando“ sejam adultos, jovens ou crianças.

Aplicando este princípio à difusão participativa de filmes, a metodologia de difusão deste filme assenta nos seguintes princípios:

- A apresentação do filme deve ser sempre seguida dum debate. Para isso, tem que se prever o tempo necessário e ter uma pessoa preparada para o animar.
- Se fôr possível mostrar o filme, ou partes, várias vezes para poder analisar os aspectos específicos mais importantes para o grupo que vê o filme. Para isso o facilitador tem que identificar „as temáticas-chave“ (como disse Paulo Freire) do grupo que vê o filme.
- Não é necessário mostrar sempre todo o filme; tudo depende dos interesses do grupo alvo. Pode-se escolher os módulos do filme mais úteis para o grupo com que se pretende trabalhar.
- Tentar ao máximo dar a palavra aos espectadores para eles terem a oportunidade de exprimir as suas perguntas, as suas irritações<sup>(1)</sup> e as suas observações. Através do diálogo o processo de formação será muito mais eficaz do que através de aulas magistrais.



---

(1) *As irritações são considerados em pesquisa de etnopsiquiatria como um material importante de conhecimento das emoções mais escondidas, inconscientes, e afinal as mais importantes. A análise das irritações permite discutir os assuntos mais sensíveis, tanto para a pessoa que faz a pesquisa e que sente as suas próprias resistências ao estudar certos aspectos do assunto que é objecto de pesquisa, como para os espectadores. É a melhor forma de exprimir as impressões que não podem ser formuladas facilmente nem muito claramente. A análise das irritações pode ser muito produtiva em pesquisas e debates.*

## A primeira projecção do filme:

- Se fôr possível, mostrar o filme por inteiro e depois recolher em grupos ou com todos os espectadores o máximo de reacções do público. Para apoiar esta recolha, podem pôr-se as seguintes questões:
  - o que é que gostaram;
  - o que é que não gostaram,
  - o que é que os irritou,
  - quais são as perguntas que ainda gostariam de fazer,
  - o que é que aprenderam de novo com o material apresentado no filme.

Deve ter o cuidado de dar a palavra ao máximo de participantes.

Não discutir demasiado depressa os detalhes e as repostas. O sentido da primeira conversa é o de recolher o máximo de impressões do público, sem julgar as intervenções, para permitir averiguar o que é que o grupo pensa, como o é que o filme chegou até eles e para poder avaliar quais são as temáticas que têm que ser discutidas neste grupo específico. (É a procura das temáticas-chave como dizia Paulo Freire).

Antes de começar a 2. projecção (que não tem que ser no mesmo dia) é importante tentar responder a pelo menos algumas das perguntas recolhidas. E as irritações têm que ser discutidas pela primeira vez, sem tentar esclarecer tudo, porque um novo visionamento das partes “irritantes” vai juntamente com análise e esclarecimentos suplementares, permitir compreender melhor o sentido do material apresentado no filme.

## Mostrar algumas partes do filme mais de uma vez depois dum intervalo ou noutra dia:

Nesta altura pedir ao público (o mesmo grupo):

- que observe bem o que acontece e que se refira depois ao que viu,
- ao que o irritou<sup>(1)</sup>,
- quais as perguntas que ainda tem,
- o que foi novidade.

Em certos casos pode ser útil mostrar só uma secção dentro dum capítulo do filme, para permitir um visionamento mais detalhado do material; noutros casos mostra-se uma parte, analisa-se e depois mostra-se outra parte e analisa-se tudo em conjunto.

*(Para a análise de cada capítulo, ver as informações suplementares no capítulo seguinte deste texto, assim como todos os textos desta brochura.)*

Os formadores vão poder constatar que a aplicação da metodologia participativa de difusão com debate, desde que se tenha o cuidado de deixar espaço à expressão e à recolha das observações e opiniões dos espectadores, pode pôr em marcha um profundo processo de reflexão, de onde surgirão cada vez mais perguntas e mais observações.

A metodologia participativa de difusão de filmes, não é uma metodologia estática; ela tem que ser aplicada com criatividade; baseia-se prioritariamente numa ajuda aos espectadores para que estes se coloquem numa posição activa em relação ao filme, com as suas próprias experiências de vida ou os seus conhecimentos para que atinjam um novo estado de conhecimento e de consciência.

**Informações suplementares para a ajuda aos debates em torno de cada capítulo:**

A introdução do filme tem 9 minutos e mostra que a medicina tradicional tem uma estreita ligação com a natureza e baseia-se no conhecimento das plantas medicinais. Apresenta as opiniões sobre a validade da medicina tradicional com entrevistas de representantes da bio-medicina (um director de hospital distrital e uma médica pedopsiquiatra moçambicana). Em Moçambique constata-se que nos casos de doenças mentais, os doentes são na sua maioria tratados pela medicina tradicional.



## 1) Tratamento de doenças mentais

Este capítulo apresenta o caso duma doente mental no Sul; mostra também o Hospital Psiquiátrico de Infulene perto de Maputo, assim como o tratamento de doenças mentais por posseção pelos espíritos, a norte de Nampula. Os casos são comentados pela pedopsiquiatra ou pelo director do hospital.



a) O caso de Constância (13 minutos) permite observar o papel do apoio da família e de rituais (Mamba, uma oferta para os antepassados da sua família materna) para a evolução do tratamento. O tratamento foi feito com bebidas de plantas, com bafos, banhos, massagens e encantações da curandiera Elsa Elisa que explica o que faz: luta contra os espíritos que a doente tem, para libertá-la deles. Ao longo da Mamba nota-se o relaxamento progressivo da doente e a forte relação de confiança entre esta e a curandeira. A pedopsiquiatra lembra as técnicas

de terapia familiar sistémicas que aplicam uma abordagem semelhante às formas tradicionais de tratamento.

b) No Hospital Psiquiátrico pode-se ver a situação dos doentes em tratamento fora das suas comunidades. O técnico de psiquiatria formula o seu cepticismo em relação às capacidades de tratamento de doenças mentais e psicológicas dos praticantes tradicionais uma vez que estes não estudaram psicologia.

c) No Norte (ca. 10 minutos), vêm-se formas de tratamento de doenças mentais por posseção, tratadas com música, dança em grupo, remédios naturais e forte apoio dos praticantes tradicionais que ajudam os doentes a exprimir o seu mal estar e a se reencontrarem. No fim do século passado, foram desenvolvidas pela medicina ocidental terapias com música ou com dança, que aplicam os mesmos princípios catárticos das terapias tradicionais, praticadas desde há séculos, com sucesso, em toda a África.

d) O director do hospital de Namapa chama a atenção para o facto de que muitos médicos e enfermeiros têm medo de tratar doentes mentais em Moçambique. Será que acreditam que estes doentes mentais têm espíritos que podem ser contagiosos ou terão receio de ser influenciados pelos seus comportamentos estranhos?

## 2) Tratamento de Trauma

### a) Os rituais de lavagem:

Com dois exemplos do tratamento duma mulher no Sul e duma criança no Norte do país, torna-se evidente que o trauma de guerra é tratado de forma semelhante em várias partes do país, com tratamentos e rituais de lavagem com plantas. Mesmo sabendo que estas formas de tratamento não podem libertar todos os pacientes dos traumas mais graves, em todo caso estes rituais permitem a reintegração dos antigos soldados na suas comunidades, e também dos antigos prisioneiros traumatizados pelas coisas que viram durante a guerra. Aqui pode estudar-se o medo tradicional da contaminação pelos espíritos dos mortos não enterrados que podem transformar-se em espíritos perseguidores em lugar de serem antepassados protectores. A família, a comunidade e cada indivíduo que viu morrer pessoas de uma “má morte” (sem enterro com as devidas cerimónias) estão em perigo de virem a ser perseguidos durante gerações, se os rituais de lavagem (chamados também de purificação) não forem realizados.



### b) A adivinhação como meio de diagnóstico e de tratamento:

No caso de Flora, que já visitara vários curandeiros sem sucesso, o advinho Bambane identifica que a mãe de Flora fora diagnosticada de feitiçaria por um colega praticante tradicional. O Bambane trata no sentido da reconciliação da filha com a mãe, insistindo que não pode haver uma cura efectiva sem o entendimento com a mãe. Aqui o curandeiro trabalha como um bom psicólogo reestabelecendo os laços perturbados entre a

filha e a mãe. Neste caso o curandeiro Bambane aborda o caso de acusação duma mãe como feiticeira - em terra patrilinear- duma forma pouco comum. Em terra matrilinear poderia tratar-se mais de acusações do lado paterno; a tendência é a de acusar a pessoa que entra na família através do casamento - quer dizer a que vem de fora da família de residência.

### 3) Um tratamento contra a feitiçaria

a) Horácio trata a Albertina, prisioneira durante a guerra. Horácio já a tratara anteriormente com sucesso permitindo-lhe dar à luz uma criança. O tratamento que o filme mostra foi pedido pelos pais de Albertina (mas ela também pretendia ser tratada) porque bebia demasiado álcool, mesmo oito anos depois da guerra.



Segundo o diagnóstico de Horácio trata-se dum caso de feitiço contra a Albertina. Ele trata-a com uma complexa dramaturgia que ele explica no seus comentários apresentados no filme ao longo do tratamento:

- Ele usa instrumentos culinários (pilão, concha) - meios esses que vão servir de protecção contra novos ataques de feitiçaria. Aqui ele segue as leis de inversão, muitas vezes aplicadas em medicina

tradicional, seguindo (de forma inconsciente) o mecanismo de funcionamento dos sonhos, que reflectem muitas vezes emoções mal digeridas, medos, ou desejos, pelos mecanismos de inversão. Estes mecanismos foram estudados e sistematizados por Sigmund Freud no seu livro sobre a interpretação dos sonhos - e do “inconsciente”, um órgão psíquico comum a todos os seres humanos.

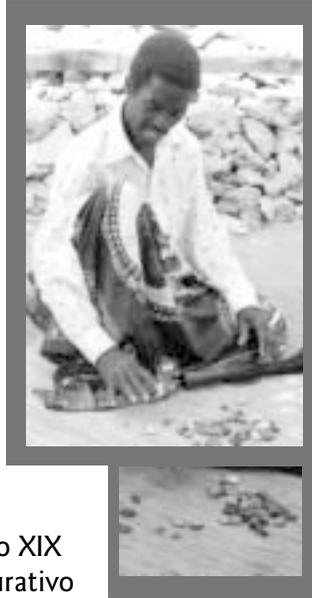
- Ele parte do princípio que está a tirar a doente da morte, onde o feiticeiro a meteu. Usando analogias ele “*tira a doente do cemitério onde ela está*”; com uma galinha “*como no cemitério, com a foice, a catana e tudo o que se necessita para enterrar uma pessoa...*”, ele desfaz o efeito do feitiço e liberta a doente desta

influência maligna, ele “*tira-a da morte onde ela estava*” simbolicamente devido ao feitiço.

- Uma vez a doente libertada do feitiço, o feiticeiro não tem de ser procurado, nem perseguido. A etiologia da feitiçaria localiza a origem da doença fora do doente, aliviando a doente do peso do seu mal que é diagnosticado como sendo exterior a si e ao seu corpo.
- Uma vez protegido pelo tratamento de Horácio com actos de carácter ritual, ele acaba o tratamento com induções sugestivas: “*Eu não bebo, tu não podes beber*”; “*Eu estou feliz, tu vais ser feliz.*” Que se baseia na forte confiança e relação do doente com o tradipraticante. (Ver os estudos do farmacêutico Emile Coué<sup>(0)</sup> em França no fim do século XIX que mostraram o impacto das induções no efeito curativo de remédios farmacológicos e os efeitos terapêuticos da hipnose estudado por Breuel e Sigmund Freud). Ver também vários estudos científicos sobre o efeito placebo com medicamentos feitos pela indústria farmacêutica<sup>(1)</sup>. Os estudos mostraram que existe uma forte percentagem de efeito chamado placebo<sup>(2)</sup> na cura efectiva com medicamentos. O efeito placebo estudado cientificamente nos USA pode chegar até 70% e não 35 % como se pensava<sup>(3)</sup>.

Assim no tratamento de Horácio pode-se observar alguns dos meios utilizados no tratamento tradicionais: metáforas, analogias, símbolos, o papel da palavra como um acto forte de indução do tradipraticante.

No fim Horácio, um curandeiro reconhecido na sua zona, usa para o tratamento das crianças a mesma lâmina que já tinha usado com a



(0) Emile Coué, “Autosuggestion”, Oesch Verlag, 1997

(1) e (3) Philippe Pignarre, „Les deux medecines”, Paris 1995 ; p.7 e Norman Cousins, „Anatomy of an Illness...” New England Journal of Medicine, no. 295, 1976, pp. 1458-1463.

(2) mecanismos de influência e de sugestão que tratam



mãe. Se a mãe estivesse contaminada pelo SIDA, os filhos correriam um grande risco de ser contaminados. Visivelmente o curandeiro não compreendeu ainda o conceito de contaminação biológica; o seu mundo tradicional vê em primeiro lugar os efeitos negativos das contaminações espirituais sem reconhecer a prioridade biológica da contaminação da doença. O ponto fulcral do mal-entendido entre tradipraticantes e a medicina ocidental pode ser aí analisado.

#### b) A etiologia<sup>(4)</sup> da feitiçaria analisada como uma dinâmica de reparação de laços sociais:

O enunciado da etiologia da feitiçaria pode servir como meio de reparação de laços sociais perturbados (ver as publicações de Tobie Nathan/

Marie-Rose Morro e as experiências múltiplas em etnopsiquiatria em França com famílias imigrantes africanas). Por exemplo, no caso de SIDA, os doentes são frequentemente marginalizados pelo seu grupo. Se o doente se conseguir colocar numa posição de vítima de feitiçaria, ele vai poder contar com o apoio do seu grupo, que lhe seria negado se ele fosse considerado feiticeiro. Como este processo funciona, é explicado por C.Lewertowski (médica) e T.Nathan (Prof.Psicologia e psicólogo clínico) <sup>(5)</sup>: Catherine Lewertowski e Tobie Nathan analisaram os discursos de doentes africanos contaminados pelo Sida em Paris. Uma enfermeira congoleza que compreende perfeitamente as causas biomédicas do Sida, quando lhe foi anunciada a contaminação pelo HIV, preocupou-se em analisar os processos de feitiçaria. Os autores perguntam-se porque é que isto acontece? Visto a doente referida dominar perfeitamente as causas biológicas desta doença. Os autores

(4) Etiologia: causa da doença

(5) Tobie Nathan, Catherine Lewertowski: „Soigner , Le virus et le fétiche” Editions Odile Jacob, Paris, 1998

defendem o ponto de vista de que se os doentes falam de feitiçaria em casos de contaminação com HIV, eles têm as suas razões que devem ser tomadas em conta.

Os autores desenvolvem a seguinte análise do processo deste caso:

- Existe a tendência de isolar um doente com Sida. O tratamento do doente pela medicina biomédica, se for acessível, é um tratamento individual e de custos elevados. Uma pessoa isolada é por definição tradicional um potencial feiticeiro, porque o feiticeiro age em isolamento, à noite. Assim o doente isolado com Sida é um potencial feiticeiro.
- Uma 3ª pessoa, muitas vezes um pessoa da família liga a doença do doente a outros aspectos negativos o que reforça a etiologia de feitiçaria.
- A família ou o grupo põe em marcha mecanismos de integração baseada na etiologia de feitiçaria de que o doente se torna vítima.
- Libertado da acusação de ser feiticeiro, o doente vai ser apoiado pelo grupo, pela família como vítima, e assim vai aproveitar duma nova integração no grupo, que vai assumir a sua protecção como vítima.

Visto deste ponto de vista a etiologia da feitiçaria tem um efeito de reconstrução de laços sociais perturbados. Uma tal etiologia põe em marcha um processo de tratamento de conflitos dentro da família, dentro do grupo, reestruturando o grupo.

Como referimos anteriormente, para um doente em meio tradicional o pior que lhe pode acontecer é morrer de uma “má morte”, pois isto pode ter efeitos negativos para várias gerações da sua família. Uma vez atingida pela doença Sida (que é considerada uma má morte, como o sarampo ou uma morte brutal durante uma guerra sem enterro ritual) o grupo vai ver como se pode reparar a desordem social que esta doença está a provocar. Esta reparação social vem apoiar a integração do doente no seu grupo.



Este é mais um exemplo que comprova que a doença para o mundo tradicional africano não é a doença dum indivíduo (ver o caso da Constância) mas um sinal de desordem no grupo que tem de ser reconstituído pelo grupo com a mediação do invisível:

- a) Com os espíritos protectores - os antepassados para em casos específicos lutar contra os espíritos estrangeiros ou da natureza perseguidores (p.ex. Trauma de guerra: caso Flora) ou
- b) contra as acções malignas de feiticeiros que são também invisíveis mas que fazem parte dos vivos (caso de Albertina). Os feiticeiros são muitas vezes malignos de forma inconsciente, é o seu duplo que age, à noite. Assim não existe um conceito de culpa individual em meio tradicional africano correspondente à culpa cristã. Aqui temos uma das fontes de mal-entendido entre o mundo cristão e o mundo tradicional africano. As várias igrejas cristãs interpretam as acusações de feitiçaria com os meios da culpa individual cristã, enquanto que se trata no meio tradicional dum processo que muitas vezes é considerado como involuntário (que a psiquiatria e psicanálise chama de „inconsciente“).

Após a análise atrás referida de alguns mecanismos sociais e psicológicos da etiologia da feitiçaria, propomo-nos responder à questão de como se poderia aproveitar das etiologias tradicionais para conseguir atingir uma maior mobilização do sentido de responsabilidade social de cada um para evitar o rápido e alargado contágio pelo vírus HIV-Sida em Moçambique. Esta hipótese deveria ainda ser pesquisada. Os debates em volta do filme deverão servir para apoiar esta pesquisa.

#### 4) Formação em medicina tradicional

- a) No Norte: iniciação do curandeiro Horácio pela via dos sonhos e de experiências de iniciação na água doce e numa gruta na montanha. Como ele, os curandeiros do Norte dizem-se formados através dos sonhos e das experiências vividas de doenças que poderíamos chamar de iniciação. (Como os psicanalistas que têm de passar pela experiência pessoal numa cura psicoanalítica para serem capazes de curar outros doentes).

b) No Sul dois rituais de graduação de formação de duas curandeiras (Twaza):

- 1) Com o banho no mar, oferta de duas galinhas e dum cabrito de que tem de chupar o sangue, a Joice é apoiada pela sua família e pela sua mestre, que diagnóstica o mal da Joice com a técnica da kufemba, pelo transe e pela posseção.
- 2) Marta que passa pelo banho total com sangue dum cabrito oferecido para fortificar as suas capacidades de tratamento (no sentido da analogia: quem se submete a um tratamento massivo pelo sangue, recebe o poder de tratar doenças graves) – seguido por uma lavagem com água para se purificar.
- 3) A cerimónia de plantação de árvores “sagradas” N’ Panze da curandeira Sabina que reivindica um estudo científico dos efeitos curativos dos remédios naturais aplicados pelos tradipraticantes para doenças oportunistas nos casos clínicos de Sida.



No fim do filme o debate sobre as duas medicinas:

- Como reconhecer uma medicina tradicional que não está cientificamente comprovada e que não entrou nas universidades?
- Nova definição da OMS<sup>(5)</sup> sobre o estado de saúde como sendo “o bem estar físico, psíquico, social e espiritual”.
- Qual a forma de complementaridade que poderia ser definida em Moçambique para melhorar o efeito da prevenção e a cura?
- Não incluir a medicina tradicional dentro do sistema biomédico mas procurar uma forma de complementaridade das duas medicinas mais usadas em Moçambique com o reconhecimento dos lados positivos e negativos de cada medicina.

A final o filme pode ser usado para verificar em que medida elementos da tradição podem ser aproveitados para desenvolver um novo discurso preventivo mais efetivo contra SIDA. ■

(5) OMS: Organização Mundial de Saúde.

## BIBLIOGRAFIA

### 2) Para uma difusão activa do filme “Espírito-Corpo”

- **Marc Augé, Claudine Herzlich** Le sens du mal- Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie Ed. Archives contemporaines, Amsterdam, 1994
- **Georges Devereux** De l’angoisse à la méthode dans les sciences du comportement” Paris, 1980
- **Georges Devereux** Essai d’ethnopsychiatrie générale, Paris 1970
- **Georges Devereux** Ethnopsychanalyse complémentariste, Paris 1972
- **Raymond Fourasté** Introduction à l’ethnopsychiatrie, Paris, 1985
- **Quentin Gausset** The rationality of taboos on production and reproduction. In: *Africa*, o.Jg. (2002), and AIDS and cultural practices in Africa. The case of the Tonga (Zambia). *Social Science and Medicine*, Jg. 52 (2001), Nr. 4, S. 509-18.
- SIDA et pollutions sexuelles chez les Tonga de Zambie. In: *Cahiers d’Études africaines*, Jg. 36 (1996), Nr. 3, S. 455-76 (Co-author: Hanne O. Mogensen).
- **Eduard Green**, AIDS and STDs in Africa. Bridging the Gap Between Traditional Healers and Modern Medicine Ed. Boulder, Washington, 1994.
- Engaging indigenous African Healers in the Prevention of AIDS and STDS in: R. Hahn (Hrsg.): *Anthropology in Public Health*. London, 1999. S. 63-83.
- **Benedict Ingstadt** The Cultural Construction of AIDS an its Consequences for prevention in Botswana in: *Medical Anthropology Quarterly*, Jg. 4 (1990), S. 28-40.
- **John M. Janzen** La quête de la thérapie au Bas-Zaire Ed. Karthala, Paris 1995
- **Tobie Nathan & Catherine Lewertowski** Soigner: Le virus e le fétiche, Edition Odile Jacob, Paris 1998
- **Tobie Nathan** La Folie des autres- Traité d’ethnopsiquaitrie, Dunos,Paris, 2001
- **Tobia Nathan & Isabel Stengers** Médecins et sorciers- Manifeste pour une psychopathologie scientifique Collection Les Empêcheurs de penser en rond, Paris 1999
- **Alcinda Manuel Honwana** Espíritos vivos, tradicoes modernas Promédia, Maputo 2002
- **Francois Laplantine** Etnopsiquiatria 1978 Universidade Vega
- **Marie-Cécile e Edmond Ortigues** Édipo Africano Ed. Escuta, Sao Paulo, 1989
- **Philippe Pignarre** Les deux médecines- Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique, Ed. La découverte, Paris, 1995
- **Eric de Rosny** L’Afrique des guérisons, Ed.Karthala, Paris 1992
- **Piers Vitebsky** O Xama, Taschen GmbH, Köln, 2001
- **Angelika Wolf** AIDS, morality and indigenous concepts of sexually transmitted diseases in Southern Africa in: Institut für Afrika-Kunde Hamburg (Hrsg.): *Afrika-spektrum: Special Issue: AIDS in Afrika: Broadening the Perspectives*. Jg. 36 (2001) Nr. 1.



## Análise dos casos clínicos

*Dra. Isabel Maria Parada Marques*



### Introdução e referencial teórico

Todas as sociedades têm as suas nosografias <sup>(1)</sup> e as suas classificações dos distúrbios mentais. A simbologia dos órgãos e a sua relação com o meio e o Universo determina a configuração de uma dada semiologia. Existem portanto diferenças de um país para outro, duma região para outra.

Porém a universalidade das doenças mentais é uma realidade variando os sintomas que os pacientes apresentam, de acordo com a sua cultura e com as concepções culturalmente definidas pelos grupos a que pertencem.

A explicação da origem das doenças está estritamente relacionada com o atrás referido bem como as opções terapêuticas disponíveis numa sociedade.

---

(1) **nosografias:** classificações das doenças.



O termo de origem anglo saxónica “Folkpsiquiatria” (psicologia do povo) refere-se aos métodos terapêuticos praticados pelos terapeutas tradicionais que não passam pela formação universitária, e pela investigação científica formal do ocidente. Os etnólogos, antropólogos, sociólogos, médicos, farmacologistas e psicólogos interessam-se cada vez mais, por compreender esta prática tradicional.

O curandeiro utiliza o seu poder de influência pessoal, o seu conhecimento sobre os males e o sofrimento de que padece o paciente e de que muito provavelmente ele próprio já padeceu. Ele passa para uma longa iniciação onde aprende a utilizar os remédios e outras práticas terapêuticas (plantas, objectos, rituais, etc) mas também a sua relação ao sagrado, a natureza e a aura sobrenatural.

Os métodos de cura tradicionais (indígenas) são muitas vezes próximas e semelhantes das técnicas terapêuticas ocidentais e porventura ainda mais adaptadas à realidade do paciente.

Dança – dançaterapia/ Biodança; Canto – musicoterapia; Plantas - princípios activos da Psico-farmacologia; Verbalização do conflito – catarse; Massagem, utilização do frio e do calor - Terapias psicocorporais; Sugestão e Hipnose.

O curandeiro coloca o homem doente perante a sua tradição e evita assim clivagens intrapsíquicas entre as vivências na modernidade e a tradição que só aumentariam os conflitos e provavelmente uma exacerbção dos sintomas. Os técnicos de saúde dificilmente o fazem.

No entanto o seu papel deve ser fundamentalmente complementar e o seu posicionamento sempre em alteridade.

A utilização por estes das classificações internacionais é por vezes inadequada. O DSM-IV <sup>(2)</sup> tem em conta o factor cultural, na identificação de algumas patologias, mas está longe de corresponder às necessidades de uma prática clínica centrada nos pacientes das diferentes culturas, não ocidentais.

(2) DSM-IV: E o manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana

Ainda agimos de acordo com o etnocentrismo ocidental face as outras civilizações.

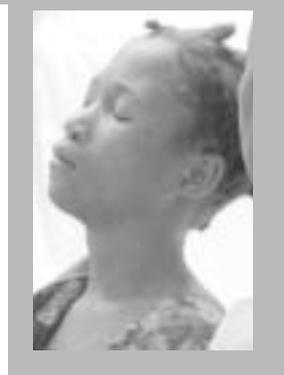
Todas as sociedades apresentam doenças mentais e sofrimento psíquico frequentemente ligados à doença do corpo.

Nenhuma cultura está livre da doença orgânica, psicossomática e da doença mental. A cultura não as fabrica, simplesmente as modula.

As referências nosológicas de inspiração ocidental podem servir de modelo para a avaliação, mas o técnico de saúde deve de forma criativa e adequada a cada cultura, procurar e identificar a expressão dos sintomas de cada forma de síndrome, condicionada pelo meio e pela percepção que o paciente deu da sua doença. Esta é a prática etnopsiquiátrica, de visão intra cultural. É a psiquiatria actual e moderna que garante um futuro coerente com a universalidade e a especificidade humana.

“Para compreender o sentido, isto e a vivência do outro, o psiquiatra deve ultrapassar o obstáculo dos filtros culturais, o do paciente mas também e talvez ainda mais dificilmente o seu próprio” (A. Tatossian in Laplantine “Etnopsiquiatria” Universidade Vega, 1978)

Tentamos analisar os casos clínicos apresentados no filme, embora uma abordagem diagnóstica baseada na anamnese e nos sintomas descritos pelos terapeutas tradicionais, familiares e pelo próprio paciente não possa ser categórica. Porém aliando estes dados aos colhidos pela nossa observação dos pacientes no filme, e da sua evolução permitimo-nos estabelecer um paralelismo ou correspondência entre as categorias diagnósticas da Medicina Tradicional e da Classificação Internacional das Doenças Mentais – DSM-IV.



## Primeiro caso no filme

### Tratamento de Doenças Mentais

**C.**, uma mulher de mais de 30 anos, adoeceu há 1 ano e 5 meses, após a morte da sua mãe de que foi acusada juntamente com seu marido. A irmã refere que de regresso a casa após o enterro **C.** tem um “ataque de loucura - Nhanenure”.

**C.** perdeu o contacto com a realidade. Apresentava desorientação temporal e espacial, desinteresse por tudo o que a rodeava e por si própria. Não se alimentava e perdeu os hábitos higiénicos. Foi rejeitada pelo marido que a considerou “maluca”. E por seus familiares, após várias tentativas de tratamento com os curandeiros da AMETRAMO da região. Finalmente sua irmã levou-a à curandeira Elisa que a trata há cerca de 2 meses.

Observamos o fâcies anímico inexpressivo de **C.**, a sua inibição motora, e a sua atitude regressiva. Pensamos que se encontra ainda muito deprimida e Elisa desempenha um papel maternal, ocupando-se de **C.** e integrando-a na sua vida familiar. Impondo limites que permitem a contenção e a organizando o seu programa de ocupação diária, ajuda-a a reencontrar a dimensão espacial e temporal. Trata-a com plantas medicinais, banhos, bafos e outros cuidados ao seu corpo permitindo-lhe reencontrar os limites corporais e as noções de Dentro - Fora perdidas no período de dissociação.

Elisa, a curandeira, para a confirmação do diagnóstico que tinha feito através de sonhos, uma semana depois de ter começado o tratamento de **C.** relembrou com a irmã da doente os acontecimentos que provocaram a doença. Isto ajudou-a a elaborar uma interpretação coerente com o seu sistema de crenças, baseada na influência dos espíritos dos antepassados, especificamente da mãe da doente, que necessita de ser apaziguado.

No filme observamos a cerimónia em que Elisa pediu à irmã da cerimónias familiares desde seu casamento, participa no ritual reintegrando-se a família após uma longa ausência<sup>(3)</sup>.

De certo modo, este ritual permite à paciente vislumbrar de novo um futuro possível no seio da sua família, restitui-lhe o seu estatuto no grupo social a que pertence e repara o sentimento de abandono a que foi votada devido ao seu estado de doença e que reforçou o seu sentimento de “perda” e a sintomatologia depressiva.

Podemos inferir que **C.** apresenta sintomatologia de um processo de luto.

### O que é o Luto?

É um conjunto de experiências culturalmente determinado que pode ter uma duração estabelecida e uma série comportamentos e rituais e hábitos que reflectem a visão de uma determinada cultura ou religião sobre o sentido da partida e da morte e o papel e o papel destinado aos indivíduos sobreviventes neste contexto.

O termo luto patológico é comumente usado para casos onde o sentimento de pesar está ausente ou é excessivamente intenso, perante a perda de um ente querido.

Este conceito não parece de grande utilidade e a sua definição é como vemos dúbia, primeiro porque o espectro das respostas normais à perda é enorme, segundo porque há pessoas cujo pesar é breve e limitado em termos de respostas emocionais e sequelas e outras que apresentam um pesar profundo por um longo período de tempo, sendo todas elas normais. Normalmente após a morte de um filho, dos pais ou de um conjugue, os sobreviventes tendem a continuar a manifestação dos elementos de pesar de forma intermitente ao longo de suas vidas. Ambas as situações são normais e não patológicas.



Porém, outros indivíduos são vulneráveis ao desenvolvimento de doenças médicas psiquiátricas no contexto do luto. Tais doenças constituem uma vulnerabilidade idiossincrática (genética e de desenvolvimento) exprimida em situações de grande stress emocional.

É exactamente isto o que acontece com **C**. À sua reacção psicótica no período após a morte da mãe, sucede uma depressão maior, frequentemente associada ao processo de luto. A sua vulnerabilidade e culpabilidade face à morte da mãe, determinam um luto prolongado associado à depressão com características psicóticas, (DSM-IV 296.2.31) com características melancólicas por perda do prazer em todas as actividades e inibição motora.

O tratamento com psicofármacos é frequentemente necessário. Elisa pode ter administrado substâncias psicoactivas a **C**.

A contenção, o apoio, a abertura à confi-dencialidade e a possibilidade oferecida de regressão permitiram uma remissão parcial do quadro. O recurso à confidencialidade de um psicoterapeuta equivale ao papel desempenhado por Elisa.

O ritual de unificação “*Mamba*” permitirá a **C**. a sua reintegração familiar e social.

Na sociedade ocidental são de grande valor terapêutico os grupos de suporte perante a solidão e o isolamento em que muitas vezes o paciente se encontra.



<sup>(3)</sup> Nota da editora-antropóloga S. Kotanyi: *Como geralmente em África, também em Moçambique a morte é raramente considerada como natural nas sociedades tradicionais. Cada morte vai em geral provocar uma interrogação sobre o culpado desta. Este processo de interrogação ao grupo em torno da morte tem o efeito (psicológico e terapêutico) de permitir tratar os conflitos familiares e sociais não resolvidos e de “limpar” o contexto social. Segundo esta tradição, deixar dívidas ou conflitos em volta de uma morte, poderia transformá-la num espírito perseguidor e não num antepassado protector dos descendentes desta família.*

Segundo Capítulo do filme:

## ”Tratamento de Trauma”

### 1º Caso

**F.** do sexo feminino era jovem quando foi raptada durante a guerra. Voltou a casa de seus familiares após o fim dos conflitos armados. Durante o seu rapto foi vítima de violência e abuso sexual, ameaçada de morte, sujeita a situações extremas, que funcionam habitualmente como factores de stress que desencadeiam o trauma.

### 2º Caso

**C.** era uma criança de 7 anos quando foi raptada pelos soldados durante a guerra. Viu mortos e foi salva da morte por um soldado cuja mulher não podia ter filhos e quis guardá-la. **C.** regressou da guerra com 9 anos e meio. Apresentava doenças de pele, queda do cabelo e tinha pesadelos.

**F.** sofre, **C.** sofreu de stress pós-traumático, SSPT – DSH – IV – 309.81.

As características essenciais deste traumatismo são:

- 1) A pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaças de morte, morte real, ferimento grave ou ameaça à integridade física e psicológica do próprio ou de outro em sua presença, ou tomando conhecimento de que um ente querido viveu tais eventos.
- 2) A resposta a esta situação evoca no paciente uma resposta de medo intenso, sensação de desamparo ou horror. Nas crianças, estes sentimentos expressam-se por comportamentos agitados ou por uma desorganização do processo de desenvolvimento.

Normalmente, nos pacientes com SSPT a resposta não dura mais de 1 mês, e consiste na revivência persistente do acontecimento, fuga aos estímulos associados e sintomas persistentes de estimulação aumentada.

A revivência persistente pode incluir recordações intensivas do evento, sonhos, flashbacks e sofrimento ou reactividade fisiológica intensa perante a exposição a situações que relembrem o evento.

A fuga pode incluir evitar pensamentos, sentimentos ou situações que relembrem os factos traumatizantes, amnésia parcial, inibição, emoções limitadas e ausência de perspectivas de futuro.

Os sintomas persistentes de estimulação aumentada incluem transtornos do sono, irritabilidade, falta de concentração, hiper vigilância e resposta de sobressalto exagerada. Para se estabelecer o diagnóstico de SSPT o sofrimento deve ser suficientemente grave para interferir no funcionamento social, ocupacional ou outro.

O SSPT pode ser considerado quando observamos as seguintes características em determinado caso clínico:



- Culpa de ter sobrevivido (porque sobrevivi, os outros melhores que eu morreram)
- Relacionamento interpessoal afectado, com problemas conjugais, disfunções sexuais, esterilidade, divórcio, perda de emprego
- Comportamento impulsivo e auto destruidor
- Sintomas de dissociação

- Queixas somáticas (doenças psicossomáticas)
- Distúrbios de personalidade
- Sentimento de incapacidade, vergonha, desespero, medo constante do perigo
- Sentimento de vitimização
- Retraimento social.

As crianças apresentam sonhos generalizados, (com monstros, perseguições, etc) em vez de um conteúdo específico onírico do trauma. Em vez de apresentar pensamentos intrusivos ou flashbacks, eles apresentam brincadeiras repetitivas ou encenam compulsivamente o evento traumático.

Em caso de abuso sexual, a encenação pode traumatizar outras crianças e até adultos que a rodeiem e provocar relacionamentos sociais prejudicados, problemas escolares bem como de desenvolvimento da identidade. Algumas crianças ligam definitivamente a sexualidade à agressão e desenvolvem disfunções sexuais posteriormente na vida adulta. Nas crianças é frequente encontrar-se um déficit da atenção e distúrbios de memória que prejudicam a aprendizagem escolar. A perda da consciência de sentimentos emocionais pode resultar em uma impossibilidade de distinguir entre emoções e sentimentos somáticos e conduzir ao desenvolvimento de Aleximia nos adultos, com incapacidade de descrever ou identificar os estados emocionais e o aparecimento de transtornos psicossomáticos.

O SSPT leva ainda a transtornos de personalidade em caso de haver trauma sexual infantil.

### 1º caso

**F.** apresenta ainda sonhos com os mortos e com os eventos traumáticos do seu cativo. Está acompanhada de sua mãe e de seu marido, **Francisco R.**, de quem é segunda esposa. **F.** apresentava sinais de inadequação social e disfunção sexual com Dismenorreia e esterilidade primária.

Há muito não visitava a mãe por considerá-la responsável pela sua doença, pois que um curandeiro lhe teria dito que a mãe era curandeira e a estava a enfeitiçar.

Por adivinhação Bambane disse à mãe que teria sido acusada erradamente, pois as causas da desordem são devidas ao marido de **F.** por não ter realizado correctamente os rituais de apresentação da mulher aos antepassados maternos, o que não foi possível por causa da guerra. Aconselha o marido da doente a fazer em conjunto com a mãe da doente uma oferta aos espíritos dos antepassados, composta por um cabrito, um pano branco e dinheiro. Bambane realiza um diálogo em que desculpabiliza a mãe e promove a aproximação mãe-filha para permitir a esta um desenvolvimento feminino com o modelo materno.

A mãe verbaliza o seu amor pela filha e insere-a no seio de seus irmãos igualmente amados por ela: permite-lhe ainda o acesso à maturidade e à maternidade submetendo-se ao papel de que um dia necessitará de ser cuidada pela própria filha.

Vemos então que o processo terapêutico instaurado, apesar de baseado nas crenças tradicionalmente estabelecidas (causada pelos espíritos antepassados irados pelos rituais mal feitos) remete para uma terapia de estruturação da personalidade, resolução dos conflitos afectivos e restabelecimento do relacionamento familiar adequado.

## 2º caso

O caso de **C.** é também um caso típico de SSPT. **C.** foi capturada com 7 anos e viveu em cativeiro até aos 9 anos e 6 meses.

Sua tia Delvina Monteiro, parteira que trabalha no Hospital da região de Namiroa, conta que **C.** foi raptada em 1990 e que foi vítima de abuso sexual e de ameaças de morte. Foi salva por um homem que tomou conta dela porque a sua mulher não tinha filhos.

**C.** apresentava no momento do seu regresso a casa, sinais e sintomas de mal nutrição relatados pela sua tia (anemia, falta de cabelo, esfoliação da pele e edemas generalizados. Sofria de D.T.S. Apresentava como distúrbios psicológicos pesadelos em que via mortos.

O curandeiro tratou-a com banho de purificação e com medicamentos tradicionais (substâncias farmacologicamente activas?) o quadro clínico orgânico que a criança **C.** apresentava. A atenção da família, a sua protecção, os seus cuidados (alimentação e higiene), o seu amor permitem à **C.** a recuperação da confiança básica, a auto confiança e a estabilidade emocional. Assim poderá reencontrar um sentido para a sua vida e reintegrar-se nos seus grupos de pertença. O banho de purificação tem o sentido não só de tratar a criança regressada, mas de proteger o grupo dos efeitos negativos do mal que esta possa ter sido portadora da guerra. Assim o tratamento tradicional implica sempre um tratamento da desordem no grupo, enquanto o tratamento biomédico se concentra habitualmente no indivíduo.

Na medicina ocidental não existe um tratamento típico para o SSPT. Numa vasta gama eclética de tratamentos e combinações de tratamentos podem ser usados incluindo psicoterapia psicodinâmica cognito-comportamental, descencibilização com as terapias psicoporporais e hipnose, além da farmacoterapia. O objectivo central do tratamento é restituir ao paciente o sentido reparador de recuperar o controle ajudando a reestruturar uma nova visão do mundo, esperançosa e construtiva.



Assim se combate o sentimento de desamparo e de perda de controle, que são a essência da experiência traumática. Para uma verdadeira recuperação o indivíduo traumatizado deve fazer a mudança de identidade de vítima, para a identidade de triunfador (aquele que de forma saudável desfruta da sua vida e não mais se identifica de forma primária com o trauma). É neste caminho que o curandeiro e a família de **C.** orientam a sua evolução.

### 3º caso

#### Tratamento de um caso de alcoolismo, considerado como feitiçaria

**A.** foi raptada durante a guerra. Oito anos depois da guerra os pais de **A.** pedem a Horácio para que sua filha **A.** seja tratada de ingestão abusiva de álcool. **A.** e Horácio já se conhecem e a relação entre eles é de confiança e empatia (transfert e contratransfert positivos). Durante o tempo do cativo **A.** deu à luz vários nado-mortos. Foi tratada por Horácio e mais tarde teve uma menina. Hoje é mãe de três filhos. Por isso, confia em Horácio como terapeuta.

**A.** sofre de um SSPT e o seu consumo abusivo de álcool está provavelmente relacionado com a procura do efeito ansiolítico deste produto, que cria habitação progressiva e leva à dependência.

O curandeiro Horácio sonha na noite anterior à consulta com **A**. Este sonho serve como diagnóstico que é feito pelo mecanismo de antecipação.

No início do seu tratamento Horácio anuncia que a origem da sua doença é a feitiçaria, libertando assim **A**. da culpa de um comportamento não conforme com as regras da sua comunidade, referindo a causa da doença a algo exterior à doente.

A desculpabilização da **A**. pela via etiológica <sup>(4)</sup> da feiticaria vai permitir desarmar os mecanismos de defesa e as resistências ao tratamento. Horácio trata então **A**. realizando rituais de proteção contra o feitiço com utensílios de cozinha bem como utensílios utilizados nos rituais de morte. O tratamento é realizado com a oferta duma galinha, animal frequentemente presente nos diferentes processos de cura, onde pela eficácia do simbólico <sup>(5)</sup> o animal é metaforicamente representante do corpo do doente e por analogia capta ou recebe os seus males, aquilo que lhe provoca a doença.

Como o curandeiro Horácio desfaz pelo ritual os efeitos negativos do feitiço, protegendo a doente. Não há após este tratamento necessidade de perseguição do feiticeiro, cuja presumida acção negativa é eliminada pelo curandeiro. Aqui a etiologia da feitiçaria permite determinar as causas do mal fora do doente e de mobilizar no próximo passo de tratamento a doente para que ela opere a sua própria cura.

Nos rituais de longa duração (o tratamento de **A**. dura mais de duas horas), os estímulos auditivos repetitivos e monocórdicos induzem na paciente um estado alterado de consciência (pré-hipnótico ou hipnótico) que a torna mais sugestional (sugestão hipnótica). Horácio tem um discurso indutivo, sugerindo protecção após o tratamento e ordenando a abstinência total: *"Eu não bebo por isso tu também não vais beber"* diz o terapeuta oferecendo-se como modelo de desenvolvimento no processo de mudança, por identificação ao terapeuta. Responsabiliza-a então pela sua morte simbólica (como curandeiro, que não

<sup>(4)</sup> Etiologia: causa de doença

<sup>(5)</sup> ver artigo do Prof. José Fialho Feliciano

consegue curar) caso ela continue com a ingestão de álcool.

Nas terapias de dependência química da Medicina Ocidental o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança é também fundamental e a abstinência ao produto é imposta como único comportamento capaz de travar a compulsão do consumo.

O discurso de reforço positivo “...*Eu acredito em ti. O meu coração está alegre, deve deixar de beber e ter uma boa vida, sorte, dinheiro, casar-se e ter uma família*” restaura a autoestima de **A.**, considerada agora digna de uma vida normal e de bem estar (e não em posição de vítima permanente dos seus agressores durante o cativo e indigna por ter sobrevivido à violência sofrida ou que viu infligir). Este discurso funciona como uma reprogramação neurolinguística nos processos de pensamento e condicionamento da conduta de **A.**

A arte dos Curandeiros sugere caminhos, amplifica as virtudes das coisas e seres visíveis e invisíveis, antecipa os seus efeitos e por isso satisfaz os desejos e as expectativas alimentadas em comum por gerações inteiras que se passam o testemunho transgeracional (um conceito de Lebovici).

Poderá aparentemente não fazer muito ou quase nada, mas faz acreditar em tudo tanto mais facilmente que coloca ao serviço do indivíduo forças e ideias colectivas (sociais e do inconsciente colectivo de C.G.Jung).

Segundo a definição actual da OMS a saúde é o bem estar físico, psíquico, social e espiritual. Para atingir uma prática holística de saúde deveríamos aceitar o compromisso de uma abordagem complementar entre a medicina ocidental e as medicinas tradicionais. Cada sistema deve manter a sua coerência interna e os seus limites de acção. Porém impõe-se um posicionamento de respeito e de reconhecimento de cada uma das partes pela outra numa atitude de alteridade consentida.■



## BIBLIOGRAFIA

### 3) Análise dos casos clínicos

- **Michael Balint** O médico, o seu doente e a doença, Editores Cliepsi, Lisboa 1998
- **Alain Blanchet, Anne Gotman** L'enquête et ses méthodes: L'entretien Ed. Nathan Université, Paris
- **Paulo Dalgalarondo** Civilizacao e loucura- Uma introducao á história da Ethnopsiquiatria Campinas, 1999
- **Raymond Fourasté** Introduction à l'ethnopsychiatrie, Paris, 1985
- **A.Haynal, W.Pasini** Médeine psychosomatique Ed. Masson, Paris 1978
- **James L.Jacobson & Alan M.Jacobson** Segredos em psiquiatria Porto Alegre, 1997
- **C.G. Jung** **Psychologie et religion** Ed. Buchet/Chastel, Paris , 1958
- **Marie Rose Moro** Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants Ed.Dunod, Paris, 1998
- **André Haynal, Willy Pasini e Marc Archinard** Medecina psicossomática- Perspectivas psicossociais Ed. Climepsi, Lisboa 1998
- **Francois Laplantine** Anthropologie de la maladie Paris Edition Payot 1992
- **Francois Laplantine** Etnopsiquiatria 1978 Universidade Vega
- **Marie-Cécile e Edmond Ortigues** Édipo Africano Ed. Escuta, Sao Paulo, 1989
- **Philippe Pignarre** Les deux médecines- Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique , Ed. La découverte, Paris, 1995
- **Manuel Joao Rodrigues Quartilho** Cultura, medecina e Psiquiatria Edicao Quarteto, Lisboa 2001

#### Revista:

**Ben-Yeong Ng** Phenomenology of Trance States seen at a Psychiatric Hospital in Singapore: A Cross-Cultural Perspective in "Transcultural Psychiatry, Vol.37 (4) December 2000, McGill University Montreal, 2000 (p.560-580)

**Eli Somer e Meir Saadon** Stambali: Dissociative Possession and Trance in a Tunisian Healing Dance in Transcultural Psychiatry, Vol.37 (4) December 2000, McGill University Montreal, 2000 (p.580-600)

**Douglas Hollan** Culture and Dissociation in Toraja in Transcultural Psychiatry, Vol.37 (4) December 2000, McGill University Montreal, 2000 (p.545-559)





## A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde

*Prof. Dr. José Fialho Feliciano*

I-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 saúde, um dito tradicional e o outro convencional. O primeiro reclama-se de uma legitimidade que assenta na sua eficácia físico-química, social, simbólica e espiritual, o segundo reclama-se de uma legitimidade científica do conhecimento experimentado da físico-química.

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

- 2-** 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 e da feitiçaria.

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 (receptores endividados).

- A política focaliza-se na hierarquia definindo lugares e papéis 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 e articuladas 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 e legitima a vida social, “o contrato social”, que reúne as vontades numa interacção 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>.

<sup>1</sup> Bourdieu, P. 1989, 14

<sup>2</sup> DSM-IV: E o manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana

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 *Bourdieu, P. 198: 9-12, 113, 174, 194; N. Lemaître, 1984: 156*

4 *P. Ansart, 1977: 217-218, 220-221, 228*

5 *Bourdieu, P. 1989, 11; S. Clegg, 1992: 667; P. Ansart, 1977: 212, 214-215*

6 *Bourdieu, P., 1989, 8*



3. Os sistemas tradicionais de saúde em Moçambique, como noutros países, estruturam-se 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 é representada

como um efeito produzido pela desordem em qualquer um dos processos dos seus diferentes domínios.

Prevenir a doença ou cuidar dela é também um processo que implica agir simbolicamente através de alguma dessas classificações, para induzir efeitos no registo da saúde.

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

Existem, basicamente, quatro tipos de actores especializados no sistema de saúde: adivinhos (fazem 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 dos peritos). É útil referir ainda que em determinadas situações 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, que 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 que 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 mais activo. Um perito pode ser possuído por vários casais de espíritos, mas num e noutro caso os espíritos antepassados do perito colaboram com aqueles espíritos.

Depois de um espírito se revelar, o futuro perito deverá ser iniciado através de um mestre ou através de um tempo de isolamento.

Os mediums 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 posseção, 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, ainda que o diagnóstico e terapia não tenham que ser concordantes.



Existem diferentes tipos de doenças desde as mentais, às psico-sociais e até às somáticas.

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 incumprimento de normas ou de proibições; 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 sem poder tornar-se antepassado e que reclama atenção, rituais, ofertas várias ou a construção de uma casa; agressão de um espírito de um defunto não familiar que não foi devidamente enterrado e que pode exigir somas muito importantes 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; feitiços activados por algum agressor; factores naturais.

O diagnóstico normalmente pode ser realizado através de adivinhação, ou por olfacto que detecta um espírito interveniente.

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 e simbólicas.

Quase todos os medicamentos derivam de plantas (folhas, cascas, raízes, sucos) que são indicadas pelos espíritos quase sempre através de sonhos e que são ministradas através de consumo (comida, bebida), de banhos com água quente (onde esses materiais estão misturados) para lavagem ou debaixo de um cobertor, para o doente suar. A força desses elementos está ligada à força de espíritos que lhes dão esse poder. Por isso é necessário realizar rituais preventivos para evitar o perigo de os retirar sem o seu assentimento.

Além dos medicamentos, praticamente sempre, são exigidos tratamentos simbólicos, que se articulam mais com o social/familiar, com os espíritos e com actividades mágicas.

De facto, a reintegração social na família paterna ou materna é quase uma exigência universal, que implica pedidos de perdão, desculpas, reconciliação e o próprio envolvimento dos familiares e a realização de rituais aos espíritos antepassados que, em geral, implica a presença dos membros da família. E, em muitos casos, envolve suspeitas de feitiçaria.

Por outro lado, a terapia implica sempre espíritos. Os espíritos antepassados reclamam rituais, ofertas de rapé, de panos brancos, de galinhas, cabritos, comida, bebida (principalmente a tradicional), dinheiro, ou até mesmo a construção de uma nova casa que lhe seja dedicada. Os espíritos de amargura de familiares (que não puderam tornar-se antepassados) reclamam ofertas de panos, comida, bebida ou até mesmo rituais. Os espíritos estrangeiros ou de certos lugares podem reclamar determinadas condições para futuramente possuírem o doente, ou outros que podem impôr exigências e criar problemas que afectarão as pessoas até serem exorcizados.



Noutros casos há a necessidade de subverter um feitiço diagnosticado ou de denunciar/condenar a acção de um feitiçeiro.

Em muitos outros casos, a terapia implica acções ligadas à magia restando os códigos simbólicos; uso de vegetais, animais e minerais ligados à terra, à água doce ou ao mar, cuja significação implica sempre análises muito complexas e profundas; uso de magias protectoras *gona* (óleos de magia), de *ngonzo* (do ninho de mangondwane), de *mapakama* (parasitas vegetais) ou de outros animais ou vegetais; gestos e posturas (cócoras, acção seguida de virar costas, pés amarrados, seguir pontos cardeais, não falar, ajoelhar, combater...); banho com sangue de cabrito ou amarrar bila de cabrito no cabelo (caso de candidatos a medium); enterrar ossos de galinha após sacrifício; vacinação com cinzas ou outras *gona* para assegurar um tratamento ou acção mágica; traçar círculos no chão ou com uma peneira em torno de um doente para assegurar simbolicamente o controlo de um tratamento; acender lumes sobre os quais se deve saltar ou velas que devem ser picadas.



Mas sempre que há magia ela não deve ser revelada (explicada) a ninguém porque nesse caso perderá a força.

4. Mas donde provém a força social 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, 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>7</sup>.

Neste jogo de comunicação de diferentes actores em interacção social, têm papel relevante os mecanismos ligados à palavra, à representação e à redistribuição (dádiva) por serem geradores de múltiplas cumplicidades.

Na verdade, a palavra<sup>8</sup> tem a capacidade de persuadir, induzir, orientar, mobilizar e legitimar os comportamentos daqueles que a ouvem e nela acreditam<sup>9</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.

7 Bourdieu, P., 1989, 14

8 Bourdieu, P., 1989: 9, 11-12, 14, 116-117, 174, 185-190; Borzeix, 1987: 158, 160-162, 165, 173, 176; P. Ansart, 1997: 229

9 Bourdieu, P. 1989: 14-15, 174-175, 183, 185-189; Lévi-Strauss, 1974 (1958): 218; P. Ansart, 1977: 212

Uma outra forma de induzir comportamentos é também gerada pelas representações, pela imagem de alguém que, à custa de símbolos e rituais, se torna (re)presente, mesmo que possa estar ausente<sup>10</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 e pelo consentimento, com o suporte que deriva da interacção de todas as taxinomias ao mesmo tempo<sup>11</sup>.

A redistribuição (dádiva) é ainda um outro factor capaz de induzir comportamentos, uma vez que 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 de dependência, subordinação e consentimento<sup>12</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, os factos simbólicos induzem a exorcização de sentimentos de incapacidade, a aceitação da situação de doença, 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 nos peritos, nos familiares, nas palavras ditas, nas representações construídas e nas trocas de dádivas oferecidas é capaz de mobilizar novas energias psíquicas e novos comportamentos de integração, que exprimem e restauram o (re)equilíbrio da ordem da saúde.■

<sup>10</sup> Marin, L., 1981: 9-11, 13, 18-19, 1993:12-14; Lavaud, L., 1999: 25

<sup>11</sup> Marin, L., 1981: 170, 229; Lavaud, L. 1999, 169

<sup>12</sup> Tixier, P. E., 1988: 622-626

# ESPÍRITO-CORPO um filme de 98 minutos

## INTRODUÇÃO ..... 9 minutos

1. Curandeiras procuram plantas medicinais
2. Curandeira ELSA procura plantas
3. Director do Hospital de Namapa: Medicina do hospital é uma alternativa
4. Dra. Isabel Parada Marques: As potencialidades da medicina tradicional

## Capítulo.1 TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS ..... 7 minutos

5. Caso C.: Diagnóstico com tixolos (Curandeiro como um psicólogo)
6. Cerimónia Mamba para os antepassados ofendidos.  
Dra. Isabel Parada Marques – O envolvimento da família e da comunidade
7. História da doença de C. e tratamento C. por ELSA com explicações ..... 13 minutos
8. Hospitalde Infulene: enfermeiro Sábado-muitos curandeiros são oportunistas  
Dra. Isabel Parada Marques Rituais podem ser mais efectivos  
que medicina moderna ..... 4 minutos
9. Nacala: Tratamento dos Espíritos com o curandeiro SALIMO
10. Curandeiras mostram suas formas de tratamento dos espíritos.  
Director do Hospital: não tratamos espíritos./ Medo do pessoal hospitalar  
(ou do pessoal de saúde) da contaminação pelas doenças psíquicas ..... 10 minutos

## Capítulo 2. TRATAMENTO DO TRAUMA ..... 3 minutos

11. Caso F.: Adivinhação tratamento - bafos, banho, etc...  
Explicações da Curandeira
12. Parteira Delvina e sua sobrihna: Trauma de guerra dum criança - lavagem, rituais

## Capítulo 3. TRATAMENTO CONTRA FETIÇAIRIA ..... 15 minutos

13. HORÁCIO- tratamento de A., Explicações do curandeiro.  
Dra. Isabel Parada Marques: PSICOLOGIA da fetichairia (libertar da culpa)  
Dra. Isabel Parada Marques: usar as protecções contra fetichairia.
14. Fim do tratamento utilizando a mesma lâmina com crianças- Perigo de HIV-SIDA  
A falta de conceito de contaminação biológica em medicina tradicional com  
prevalência dos conceitos da contaminação espiritual.

## Capítulo 4. FORMAÇÃO EM MEDICINA TRADICIONAL .....30 minutos

### O debate entre as duas formas de medicina

15. Iniciação do curandeiro HORÁCIO  
Director do Hospital: aprendizagem informal dos curandeiros  
Dra. Isabel Parada Marques: formação psicoanalítica pela experiência.
16. Twaza JOICE: Banho de Mar, diagnóstico com Kufemba. O ritual de graduação.  
Dra. Isabel Parada Marques: Não comparar os sistemas-depnde do doente.  
Dr. I. Alfonso Domingos - Curandeiros não dizem quando não sabem tratar.  
Curandeira Elsa: O curandeiro não estudou, mas resolve problemas e cura.  
Director do Hopital: Falta definição duma cooperação com medicina tradicional.  
Dra. Isabel P.M: Definição da saúde pela OMS - Corpo, mental, social e espiritual.
17. Twaza MARTA, Lavada com sangue de cabrito para reforçar a curandeira ELISA ELSA trabalha sem sangue, só com plantas.
18. Curandeira Sabina planta árvore sagrada e procura do remédio N´Gonzo; a universidade dos curandeiros. Reivindicação de verificar os efeitos curativos das plantas para as doenças secundárias de HIV-SIDA.



## Os Autores:

### Prof. Dr. Yussuf Adam, Ph D

Professor Auxiliar, Departamento de História, Faculdade de Letras-Docente de Economia Política – Departamento de História, Director Adjunto Centro de Estudos da População. Coordenador Unidade de Investigação sobre Ciências Sociais e Sistemas de Saúde-Faculdade de Medicina. Docente do Módulo de Ciências Sociais e Sistemas de Saúde na Cadeira de Saúde da Comunidade, Faculdade de Medicina, UEM.

### Dra. Isabel Parada Marques

Licenciada em Medicina e Cirurgia pela Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane em 1978. Especializou-se em Pedopsiquiatria e em Medicina Psicossomática em Paris onde realizou várias posgraduações em Saúde Mental. Realizou a sua formação em Etnopsiquiatria e Psiquiatria transcultural no Serviço da Professora Doutora Marie Rose Moro da Universidade de Bobigny e colabora com a equipe do núcleo de Psiquiatria transcultural do Hospital Miguel Bombarda em Lisboa. Frequentou o mestrado de Saúde Mental na Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa. Foi Directora pedagógica da Faculdade de Medicina da Universidade E.M onde leccionou Histologia e Citologia e Genética. Dirigiu o Centro de Exames Psicotécnicos e Orientação Profissional do Ministério de Saúde em Maputo e o Serviço de Psiquiatria do Hospital Central de Maputo.

### Sophie Kotanyi

Estudou na Academia de Cinema e Televisão de Berlin de 1974-1978, realizou filmes documentários para televisões e cinema de Alemanha, Bélgica, Hungria. Filmagem em Cabo-Verde em 1976-77 com difusão participativa dos filmes em Cabo Verde em 1980-81 para o Ministério de Agricultura; entre 1986-1990 em Guiné-Bissau com difusão participativa entre 1992-94, em Moçambique desde 1997 com difusão participativa em 2003. Licenciada em Antropologia, Ciência das Religiões e Psicologia na Universidade livre de Berlin com uma tese sobre a etnopsiquiatria praticada em Paris.

### Professor Dr. José Fialho Feliciano

Doutorado em Antropologia Económica (ISCTE-Lisboa) licenciaturas em Antropologia (pela Faculté de Sciences de Paris-Jussieu) e em Sociologia, especialização em Psicologia Social, (pela Université René-Descartes) e D.E.A. em Sociologia pela École de Hautes Études en Sciences Sociales. Lecciona no ISCTE desde 1979, em licenciaturas (Sociologia, Antropologia, Psicologia Social e História) e em Mestrados. Desde 1977 desenvolveu vários projectos de investigação em terrenos etnográficos africanos (rurais e empresariais). No ISCTE é Presidente da Área Científica de Estudos Africanos e Vice Presidente do Centro de Estudos Africanos.