

GABRIELLA MONDARDINI MORELLI
(a cura di)

Antropologia della salute in Mozambico



Quaderni del Laboratorio di Antropologia culturale e sociale

N. 3

In copertina:

Dipinto di *Malangatana Valente Ngwenya. Pavilhão de Moçambique – EXPO '98 – Lisboa - 1998*

Avvertenza

Questo libro nasce all'interno di un Progetto di formazione in Antropologia medica in Mozambico, grazie all'accordo di collaborazione fra l'Università degli Studi di Sassari e l'Università Edoardo Mondlane di Maputo. Il Progetto è stato finanziato dalla Regione Autonoma della Sardegna (Legge regionale 11 aprile 1996, n.19) e dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica. La presenza di contributi di medici, accanto a quella degli antropologi, testimonia una prospettiva dialogica, sottolineata anche dalla scelta di consentire ai collaboratori l'uso della propria lingua, accostando scritti in italiano e in portoghese. Sono grata a tutti coloro che hanno collaborato al Progetto, in particolare al professor Leopoldo da Costa, quale referente dell'Università Edoardo Mondlane, al professor Piero Cappuccinelli, presidente della Commissione per la Cooperazione con i Paesi terzi, ai professori Paolo Fois e Alberto Merler, per averci onorato della loro presenza in occasione di un seminario, a partire dal quale il libro ha via via preso forma.

G. M. M.

Indice

- pag.* 5 Antropologia della salute in Mozambico
(di *Gabriella Mondardini Morelli*)
- pag.* 25 Bairros periféricos da cidade de Maputo: a interacção social na produção de acções colectivas
(di *Ana Maria Loforte*)
- pag.* 37 Factores de riscos associados à transmissão da diarreia em crianças dos 6 meses aos 7 annos no Bairro do Xipamanine
(di *Da Costa J. L., Colombo M., Da Costa I., Folgora E., Sida M., Cappuccinelli P.*)
- pag.* 48 Identificazione degli itinerari terapeutici degli abitanti di Xipamanine, Maputo
(di *Esmeralda Celeste Mariano*)
- pag.* 69 Tradição, desenvolvimento e democracia em Africa: notas sobre a participação democrática em Moçambique
(di *Rafael Da Conceição*)
- pag.* 87 “La nostra Africa”: linguaggi, metafore e preconetti sullo sviluppo e l’aiuto umanitario in Mozambico
(di *Monica Vidili*)
- pag.* 106 *Appendice:* La sezione di Antropologia e Medicina nel Laboratorio di Antropologia Culturale e Sociale (L.A.C.S.)
(di *Rosanna Carta*)
- pag.* 110 *Appendice:* Corso di Antropologia Medica per infermieri e tecnici di laboratorio
(di *Monica Vidili*)

ANTROPOLOGIA DELLA SALUTE IN MOZAMBICO

di Gabriella Mondardini

Sulla scia di una domanda di antropologia

Henry Junod¹, l'etnografo e missionario svizzero che ha studiato in maniera minuziosa la cultura del Sud del Mozambico nei primi anni del '900, ha fornito anche una dettagliata documentazione della locale "arte medica"². Il suo interesse per questo settore, com'egli stesso nota, nasce dalla necessità di spiegare perché i suoi convertiti, quando si ammalano, abbandonano la missione e corrono dai loro "charlatões", talora interrompendo le cure di un missionario medico, col rischio di perdere la salute e la fede. Egli si chiede, inoltre, - dal momento che nei paesi "civilizados" per ottenere la qualifica di medico bisogna superare esami e dimostrare la propria capacità professionale mentre qui la qualifica di dottore deriva dall'aver ereditato da un antenato alcune ricette più o meno efficaci nella cura dei pazienti - se i governi coloniali debbano o no trovare provvedimenti per fermare l'attività dei medici indigeni o comunque stabilire regole di controllo su di esse. In ogni caso, egli afferma, "è necessário ter conhecimento preciso das práticas deles para responder conclusivamente a este ponto" (1996, II: 388).

Superato l'atteggiamento etnocentrico, di cui è intriso il paradigma evoluzionista sposato da Junod, resta valido il fatto che il contributo dell'antropologia, nell'ambito dei fenomeni che riguardano la salute e la malattia è prima di tutto un contributo di conoscenza. Infatti, via via che i governi occidentali e le agenzie di cooperazione hanno mostrato interesse per i problemi sociali e culturali dello sviluppo sanitario, l'Antropologia culturale ha risposto con un consistente patrimonio di studi e ricerche, che hanno consentito di affinare gli strumenti teorico-metodologici per l'analisi delle

¹ Henri A Junod (1863-1934), in accordo con la prospettiva evoluzionistica, mediata da James G. Frazer (1854-1941) del quale fu anche collaboratore, fornendo materiali e somministrando questionari, definisce qui i concetti di magia, religione e scienza, sottolineando che nella popolazione locale questi elementi sono "misturados": l'arte medica viene quindi collocata nella categoria della magia, insieme alla possessione, la fatucchieria e la divinazione. Nonostante i limiti teorici e metodologici legati al suo tempo, è ancor oggi apprezzato il suo ampio e approfondito lavoro etnografico, (già riconosciuto da Malinowski, Radcliffe-Brown e altri autori classici e contemporanei), che, come ha osservato José Fialho Feliciano nella prefazione all'edizione di *Usos e Costumes das Bantu* (1996), "continua a ser indispensável a formação dos antropólogos e constitui uma das mais importantes fontes de conhecimento sobre a história, a vida e a cultura dos povos do Sul de Moçambique". Puntualmente infatti viene assunto come riferimento nelle ricerche dello stesso Feliciano (1998), Esmeralda Celeste Mariano (1998) e Ana Maria Loforte (2000).

² La distinzione fra magia, stregoneria e arte medica è ancora presente nella più tarda monografia di Evans-Pritchard *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande* (1937), a mostrare, secondo Byron Good, un modello analitico improntato alla tradizione empiristico-razionalista, che oppone la *conoscenza* alla *credenza* (1999:20-21); mentre per Marc Augé indica un approccio classificatorio che impedisce un'attenta valutazione della dimensione sociale della malattia (1986: 46-47).

pratiche terapeutiche e delle concezioni relative alla malattia e alla salute, sia fra i gruppi popolari dell'occidente, che in contesti diversi da quelli occidentali (Seppilli 1996: XIII). E questo ambito disciplinare, che ha registrato negli ultimi trent'anni uno sviluppo crescente, costituisce una delle aree più vivaci dell'antropologia applicata (Good 1999: 41-45).

Ma non meno vivace è il dibattito fra gli specialisti del settore. Basti pensare che è in discussione la stessa denominazione del campo di studi, che alcuni preferiscono indicare come antropologia medica, altri etnomedicina, altri ancora antropologia della malattia. La questione è legata alla varietà delle tradizioni teoriche, degli approcci metodologici e dei contesti particolari delle ricerche, e non di meno al tentativo di eludere il rischio di servirsi di categorie occidentali nello studio di culture altre. L'antropologo Marc Augé ci mette in guardia anche rispetto al pericolo di far affidamento a categorie mediche, piuttosto che antropologiche, col rischio di cadere in una situazione di subordinazione poco utile sia alla conoscenza antropologica che al dialogo e alla collaborazione con le istituzioni mediche (1986: 81). Più recentemente è invalsa la dizione *antropologia della salute*³, a sottolineare un approccio globale che include l'attenzione alla cura del corpo, ai valori ecologici e alla qualità della vita. In questi termini si colloca anche la titolazione di questo libro che costituisce un primo contributo all'interno di un Progetto di formazione e ricerca nell'ambito dell'Accordo di collaborazione fra l'Università Eduardo Mondlane di Maputo e l'Università di Sassari⁴. E' in questi stessi termini infatti che si è espressa istituzionalmente la domanda di antropologia a livello locale⁵.

Il progetto si proponeva di elaborare, sulla base dell'approccio antropologico ai temi della salute e della malattia⁶, modelli educativi utili alla preparazione di formatori locali, per interventi mirati, di didattica e di ricerca, in campo sanitario. In verità non è mancata, fin dal momento della progettazione, la consapevolezza della complessità

³ Non si tratta tuttavia di un fatto nuovo, infatti già Augé ed Herzlich, nella introduzione al testo *Il senso del male*, apparso nel 1983, osservavano: "Negli ultimi venti anni abbiamo assistito a un fenomeno radicalmente nuovo: tanto presso gli utenti della medicina quanto presso i rappresentanti ufficiali della politica medica, il discorso sulla salute ha avuto la tendenza a sostituirsi al discorso sulla malattia" (1986a: 8).

⁴ Il Progetto è stato cofinanziato dall'Università di Sassari (Murst 60%) e dalla Regione Sardegna, quale Progetto di cooperazione con i paesi in via di sviluppo, ai sensi della Legge Regionale 11 aprile 1996, n.19.

⁵ Negli incontri avuti personalmente (Maputo, agosto 2000) con le sedi istituzionali locali, quali Il Ministero della Sanità, la Facoltà di Medicina e la Facoltà di Lettere, ho potuto constatare un interesse particolare per i saperi e gli approcci specialistici degli antropologi e una domanda esplicita di esperti in Antropologia della salute.

⁶ In questi anni ho avuto diverse occasioni di riflettere e condurre ricerche sulla dimensione sociale della malattia e della salute, dedicandomi in modo particolare ai problemi delle donne e ai servizi sanitari specialistici del mondo femminile. Più recentemente mi è stato affidato un insegnamento di Antropologia culturale in un corso di diploma nella Facoltà di Medicina, e da questa esperienza è ulteriormente cresciuto il mio interesse nell'ambito dell'antropologia medica. Ho condotto una riflessione specifica nel seminario sul tema "Corpo, salute e malattia" (tenuto nell'ambito del corso di Antropologia sociale aa.1999-2000). Fra le pubblicazioni più recenti *Narrazioni sulla scena del parto* (1999); *La domesticazione del parto selvaggio* (2000).

della situazione: la condizione multi-etnica della società mozambicana significa infatti anche molteplicità dei modi di concepire la salute e la malattia, delle tecniche di prevenzione e di cura, della definizione di figure professionali specifiche, differenziate in ambito urbano e rurale, e in rapporto alla biomedicina. Ed è forse proprio per questo che qui la domanda di antropologia è esplicita: i contributi dell'Antropologia possono costituire, nel processo formativo del medico accademico e in generale del personale della sanità, un valido apporto cognitivo e attitudinale.

Condividere un modello unitario di uomo?

La domanda di antropologia della salute, nei contesti locali e istituzionali in cui si esprime, se pure si presenta come un segno di apertura nei confronti dei prodotti della conoscenza antropologica, rischia tuttavia di sottostimare e sotto-utilizzare la pienezza dello sguardo antropologico. Questo perché la domanda, non meno di gran parte delle esperienze di incontro fra discipline differenti, resta in genere ancorata a quello che Clifford Geertz ha identificato come “modello stratigrafico” dell'uomo, che condiziona e orienta la relazione e quindi l'efficacia operativa dell'interscambio fra i saperi.

In cosa consiste questo modello stratigrafico?

Così argomenta Geertz:

In questa concezione l'uomo è un composto di 'livelli', ciascuno che si sovrappone a quelli sottostanti sostenendo quelli sopra. Analizzando l'uomo si sfogliano gli strati uno dopo l'altro: ognuno è in quanto tale completo e irriducibile, e rivela sotto di sé un altro strato di tipo completamente diverso. Sfogliando le forme variegata della cultura si trovano le regolarità strutturali e funzionali dell'organizzazione sociale; sfogliando anche queste a loro volta si trovano i fattori psicologici di base - i 'bisogni fondamentali' o comunque li si chiami - che le sorreggono e le rendono possibili. Sfogliando i fattori psicologici troviamo le fondamenta biologiche-anatomiche, fisiologiche, neurologiche - di tutto l'edificio della vita umana (1998: 50).

Questa immagine stratificata dell'uomo, in cui si collocano con spazi propri i livelli organico, psicologico, sociale e culturale, deve la sua fortuna al fatto che consente agli esperti di ogni livello di accostarsi agli altri senza conflitti. Ognuno è autorizzato e legittimato a esprimersi sul proprio settore di competenza, e questo è quanto gli altri si aspettano da lui. Le attese istituzionali di ambito medico (organi ministeriali, istituzioni mediche, ecc.) sembrano iscriversi di frequente entro questo modello, fruendo riduttivamente dell'apporto dell'antropologia, assunta talora quale disciplina utile alla individuazione di credenze da correggere, alla identificazione di pratiche errate da modificare per una moderna educazione sanitaria, o alla ricognizione di saperi e risorse locali da elaborare e incanalare nei circuiti del mercato farmacologico globale.

Ma il contributo dell'antropologia, nella sua riflessione sulla cultura, mostra orientamenti teorici e possibilità operative di ben più ampia portata in tema di salute e malattia. Oliver Sacks media dal medico canadese William Osler la sollecitazione a “non chiedere che malattia abbia una persona, ma piuttosto quale persona abbia una

malattia”(1998: 9)⁷. Ebbene la persona, oltre che singolo individuo (nell’accezione del pensiero occidentale), è un soggetto culturale, immerso in una rete di relazioni sociali che danno un senso preciso al suo essere maschio o femmina, giovane e anziano, ricco o povero, sano o malato. La persona ha un nome, e il nome è un elemento di autoidentificazione, ma anche di definizione e designazione di appartenenza sociale entro una dimensione storica individuale e collettiva. La persona abita un luogo, e il luogo, come insegna Marc Augé, è a sua volta, per le persone, identitario, relazionale e storico (1993); oppure può sperimentare una situazione di deterritorializzazione (Appadurai 1995), come spesso accade per le migrazioni intranazionali e internazionali. Se dobbiamo chiederci con quale persona abbiamo a che fare quando dobbiamo curare un malato, è con questo contesto culturale e sociale che dobbiamo misurarci. In questa direzione Arthur Kleinman, medico e antropologo statunitense, sostiene che è più proprio parlare di *persona malata* (sick person) piuttosto che di *paziente* (patient) perché il malato, in specie se portatore di una malattia cronica, passa molto più tempo come membro della famiglia malato, lavoratore malato, soggetto sociale malato, che in qualità di oggetto di cure mediche (1988: 3-4). I termini persona malata e paziente sono correlati a due modi diversi di intendere la malattia, indicata rispettivamente come *illness e disease*. Illness fa riferimento all’esperienza personale dei sintomi e della sofferenza, a come la persona malata, la sua famiglia e la comunità risponde alla situazione di difficoltà in cui si trova il malato. La cultura locale vi assume un ruolo importante:

Local cultural orientations (the patterned ways that we have learned to think about and act in our life worlds and that replicate the social structure of those worlds) organize our conventional common sense about how to understand and treat illness; thus we can say of illness experience that it is always culturally shaped. Paradoxical as it sounds, then, there are normal ways of being ill (ways that our society regards as appropriate) as well as anomalous ways (Kleinman 1988: 5)

Disease è invece il problema visto dalla prospettiva del medico, orientato a identificare la malattia come un’alterazione della struttura biologica col supporto di appropriate analisi cliniche, e dunque poco interessato all’esperienza personale e sociale della malattia⁸.

Il ruolo del contesto socio-culturale e dell’identità della persona nella malattia e nella cura si avvia ad essere sempre più riconosciuto in ambito medico (Sacks 1998: 19) ed è per ciò che un medico può desiderare di “estendere all’esperienza clinica il discorso antropologico “(Nguyen 1996: 63) o “sentire il bisogno di diventare antropologo”, fino a sostenere che:

la medicina non può essere un affare puramente tecnico e biologico, non si può

⁷ Secondo Mattingly e Garro questa considerazione costituisce una vera e propria rivoluzione copernicana nella pratica medica (2000: 8-9) e nello stesso volume, Unni Wikan, facendo riferimento alla propria esperienza, discute sul fatto che la persona deve apprendere il ruolo di malato (sick role) (2000: 222).

⁸ Un terzo termine, *sickness*, indica invece la malattia intesa come problema sociale, che riguarda una popolazione in relazione alle condizioni socio-economiche; così si indica come *sickness* la tubercolosi, non in quanto esperienza della persona malata, ma in quanto correlata a situazioni di povertà e malnutrizione (Kleinman 1988: 6).

fare a meno di estendere il concetto di 'biologico' fino a comprendere la personalità e l'identità storica di ogni singolo paziente. Sono convinto che nel prossimo futuro le considerazioni di ordine culturale e sociale giocheranno un ruolo molto importante nella pratica medica (Sacks 1996: 156).

Le ricerche antropologiche, d'altro canto, mostrano che l'appartenenza di genere, di classe d'età, di status sociale e professionale, assume esperienze e significati diversi nelle varie culture, richiamando differenti concezioni del corpo, della salute e della malattia. Quindi, essere giavanesi, marocchini, europei o balinesi non è, come insegna Geertz, cosa priva di peso, ma significa sperimentare pratiche e rappresentazioni entro ordini sociali e simbolici differenti. E la corporeità individuale, non di meno del pensiero e delle emozioni, si iscrive entro questi ordini sociali e simbolici. Ogni cultura infatti, argomenta Remotti, "foggia umanità" sia per quanto concerne gli aspetti intellettuali, emotivi ed etici, ma anche igienici ed estetici, che implicano altresì il dar forma e il "prendersi cura" dei corpi individuali. Si tratta di una prospettiva che "senza negare l'importanza che i meccanismi biologici, soprattutto genetici, rivestono nell'organizzazione umana, (...) ritiene che la dimensione culturale sia prevalente. L'uomo è in gran parte un animale culturale" (2000: 49; 51; 112).

Nel caso della salute e della malattia, come da più parti sostenuto, ordine biologico e ordine culturale sono strettamente interconnessi. Lo specifico della malattia, secondo Augé, vede la messa in gioco contemporanea dell'individuo con la sua corporalità e la società con le sue istituzioni, i suoi saperi, le sue pratiche terapeutiche:

La malattia è allo stesso tempo il più individuale e il più sociale degli eventi. Ognuno di noi la sperimenta nel proprio corpo e può morirne. Avvertendola crescere minacciosamente dentro di sé un individuo può provare un senso di distacco dagli altri e da tutto ciò che costituiva la sua precedente vita. Eppure tutto in essa è allo stesso tempo sociale, non solo perché un certo numero di istituzioni si fanno carico delle diverse fasi della sua evoluzione, ma anche perché gli schemi di pensiero che permettono di individuarla, di darle un nome e di curarla, sono eminentemente sociali: pensare alla propria malattia significa fare già riferimento agli altri (1986a: 34).

Questa dimensione sociale della malattia, che sia pure con contenuti diversi si manifesta in ogni società, è l'elemento che spiega l'interesse e le ricerche degli antropologi in questo settore. Si tratta anche qui, come per altri ambiti culturali, di individuare i procedimenti di costruzione di senso (Augé 1995: 176; Geertz 2000: 28) che operano in ogni società, implicando pratiche e rappresentazioni che sono relazionabili agli eventi del corpo. Infatti, come sottolinea Augé,

un certo numero di rappresentazioni simboliche, poiché riguardano la nascita, la sessualità, la riproduzione, l'eredità, la malattia o la morte, concernono la materia prima dell'identità corporea e della relazione, hanno almeno in comune, nella diversità delle 'culture', questa materia prima, qualunque sia la sua forma in questa o quella cultura (1995: 180)

Se sul versante medico si sente la necessità di "estendere il concetto di biologico fino a comprendere la personalità e l'identità storica di ogni paziente", in sede antropologica non si può non tener conto di quella "materia prima" con cui l'ordine

sociale e simbolico si deve misurare. Allora il problema di fondo è quello di liberarsi del modello stratigrafico dell'uomo e optare per un modello che consenta seriamente una integrazione teorica fra le istituzioni e i saperi, all'interno della quale vi siano spazi di negoziazione e di dialogo. In questo ambito specifico mi pare possa essere efficace la sollecitazione di Geertz di "sostituire la concezione 'stratigrafica' dei rapporti tra i vari aspetti dell'esistenza umana con una sintetica, una concezione cioè in cui i fattori biologici, psicologici, sociologici e culturali possono essere trattati come variabili entro sistemi unitari d'analisi" (1998: 58).

A sostegno di questa opzione l'argomentazione di Geertz sottolinea due importanti considerazioni, che, problematizzando la relazione natura-cultura, mi sembrano utili anche nell'economia della riflessione sul rapporto antropologia e medicina. La prima riguarda la concezione dei rapporti fra l'evoluzione fisica e lo sviluppo culturale dell'uomo: superata l'idea che la storia evolutiva disegni un ordine sequenziale in cui un primo stadio segna il completamento biologico dell'uomo e quindi su di esso, per un qualche 'incidente' genetico, prende corpo lo sviluppo culturale, le ricerche paleoantropologiche mostrano più verosimile un processo interattivo fra biologia e cultura dove lo sviluppo del cervello appare non solo come condizione della cultura, ma anche come prodotto di essa (Remotti 1996: 13; Geertz 1998: 60-63; Leroi-Gourhan: 1977, voll.I e II). Sostiene pertinentemente Geertz:

tra il modello culturale, il corpo e il cervello fu creato un effettivo sistema di retroazione in cui ciascuno foggia il progresso dell'altro, un sistema del quale l'interazione tra l'uso crescente degli attrezzi, la mutante anatomia della mano e la espansione della rappresentazione del pollice sulla corteccia cerebrale è soltanto uno degli esempi più vistosi (1998: 62).

Ciò a mostrare la difficoltà di identificare una natura umana indipendente dalla cultura.

La seconda considerazione è che l'uomo è alla nascita un animale incompleto, che per completarsi ha bisogno della cultura. E la cultura è qui intesa non più secondo il concetto tradizionale che la definiva come sommatoria di costumi, usi, tradizioni e abitudini trasmessi da generazione a generazione (Tylor 1871), ma piuttosto come una serie di programmi – progetti, prescrizioni, regole, istruzioni – che suppliscono alle lacune genetiche, orientando il comportamento dei soggetti (Geertz 1998: 58). Questa asserzione, supportata anche dalle più recenti ricerche della neurologia e della genetica, sottolinea il ruolo del contesto sociale nella formazione dell'uomo: il nuovo nato si appropria via via, a partire dalla nascita e nel corso della sua crescita, di programmi culturali, "fonti simboliche di illuminazione per trovare la strada nel mondo", grazie al gruppo sociale di appartenenza.

Questa considerazione ha come corollario la sottolineatura della particolarità delle culture: i luoghi in cui si formano pensieri ed emozioni hanno, come habitat naturale "il cortile di casa, il mercato e la piazza principale della città". Qui si dispiega il "traffico di simboli significanti" che conferisce senso a parole, gesti, suoni, immagini e comportamenti, nella specificità della comunità di appartenenza. Fra le molte possibilità di essere uomini che l'equipaggiamento naturale consentirebbe, la nascita e la crescita in una particolare comunità decide la scelta culturale: noi potremmo "vivere mille tipi di vita, ma finiamo con l'averne vissuta una sola" (Geertz 1998: 59). Se ovunque, nei tempi e nei luoghi, l'uomo ha bisogno della cultura per completarsi e rifinirsi, questo avviene attraverso forme di cultura particolari che assegnano identità

diverse ai diversi gruppi sociali. La teoria dell'uomo come animale incompleto – scrive Remotti – apre immediatamente la questione dell'identità:

Nel momento in cui l'essere umano ha da uscire dalla precarietà e dall'incompletezza affronta il problema dell'identità : di una sua specifica identità culturale. L'identità si presenta perciò come irrinunciabile: non è una faccenda che si possa procrastinare. Non solo, ma se specifiche e particolari forme di umanità sono quelle che garantiscono il completamento di esseri umani, in quel luogo culturale, in quel contesto sociale, in quel determinato periodo storico, ciò significa che si realizzano legami di dipendenza rispetto a quelle forme (1996: 17).

E la singolarità dell'identità culturale esprimerà altrettante singolarità delle pratiche e delle rappresentazioni che riguardano il corpo, il sé, e gli eventi attesi e non attesi del mondo della vita. Vi si possono includere, ad esempio, diversi stili di stare in piedi e seduti, mangiare e bere, ridere e piangere; insieme a modi distintivi di espletare le funzioni corporali come sputare, tossire, urinare e defecare. Ma anche modalità di ritualizzazione, che marciano il corpo per denotare l'appartenenza sociale, come le scarificazioni guayaki o i tatuaggi maori, nonché lo status sociale all'interno della comunità, segnato da riti di passaggio che spesso comportano interventi dolorosi come le pratiche chirurgiche sui genitali maschili e femminili (Remotti 2000). E ancora il contesto locale informa i significati sociali di eventi naturali del corpo come il menarca, la gravidanza e la menopausa, valorizzandoli o devalorizzandoli in base alle relazioni di potere relative al sesso, all'età e allo status sociale. Eventi inattesi e spesso sconcertanti come la malattia, a loro volta, sono elaborati culturalmente, a partire dal riconoscimento dei sintomi in quanto tali, alla loro denominazione e comunicazione, fino alla loro collocazione entro più ampi sistemi di significato in cui ordine del corpo, ordine sociale e ordine cosmologico sono correlati.

Il riconoscimento di questo intreccio fra ordine biologico e ordine sociale potrebbe essere una base comune di partenza per un dialogo efficace fra antropologi e medici, da cogliere nello spirito di un'apertura alla collaborazione, dove le differenti specializzazioni possono trovare stimoli e sollecitazioni di crescita anche nel proprio settore di analisi.

Inquietudini

Da un punto di vista antropologico la riflessione sull'intreccio fra ordine del corpo e ordine sociale rende quasi inevitabile l'esigenza di misurarsi con i fenomeni che riguardano la salute e la malattia. Come sottolineavano Augè ed Herzlich, nella *Introduzione* al testo *Il senso del male* (ed. or. 1983),

un certo numero di etnologi, che non avevano come oggetto primo della loro ricerca la malattia o la medicina, abbiano constatato di non poter osservare e comprendere la vita sociale, politica e religiosa delle società che studiavano senza prendere in considerazione il loro sistema nosologico così come questo si esprime nella elaborazione diagnostica o nella prescrizione terapeutica, nelle istituzioni che le mettono in opera e nei differenti agenti di questa messa in opera. Senza prendere cioè in considerazione la dimensione sociale della malattia così come questa si mostra non solamente nell'apparato istituzionale e nel funzionamento rituale della società, ma anche nei modelli intellettuali di interpretazione del reale di cui questo apparato e questo funzionamento rappresentano allo stesso tempo il

supporto e una delle espressioni (1986: 8).

Inversamente, se la ricerca è focalizzata sulla malattia, come argomenta lo stesso Augé in un articolo più recente, la malattia ci dice sempre qualcosa sul rapporto degli uomini con la natura, con sé stessi e con gli altri (1996: 17).

Se l'attenzione allo specifico della malattia non può prescindere dal più ampio contesto sociale, che tradizionalmente costituisce l'oggetto privilegiato della ricerca antropologica, sul piano teorico-metodologico l'approccio ai temi che riguardano il corpo, la salute e la malattia, non può sottrarsi ai problemi, agli interrogativi e alle inquietudini che agitano il dibattito disciplinare di oggi. L'identità della disciplina, come osservava acutamente Geertz in un articolo dedicato allo *stato dell'arte* (2001: 107-115), appare più definita e chiara all'esterno che all'interno del settore. La prospettiva antropologica, adottata ormai diffusamente da discipline come la storia, la filosofia, la critica letteraria ed altre ancora, sembra godere di un prestigio ormai assodato. Il contributo dell'antropologia, in altri ambiti disciplinari, sociali e non, viene solitamente riferito all'originalità del suo metodo, identificato col lavoro etnografico di campo:

Quello che noi facciamo e che gli altri non fanno, o fanno solo occasionalmente e non così bene, è (secondo questa visione) parlare all'uomo nella risaia o alla donna nel bazaar, in larga misura informalmente, come in una normale chiacchierata in cui una parola tira l'altra, nella lingua locale e per lunghi periodi di tempo, osservando in tutto questo tempo, molto da vicino, come essi si comportano. La specialità di 'ciò che gli antropologi fanno', il loro approccio alla ricerca sociale olistico, umanistico, soprattutto qualitativo, fortemente artigianale, è il cuore della materia (così noi abbiamo imparato a sostenere) (Geertz 2001: 111).

Arthur Kleinman, come vedremo, sembra privilegiare questa attitudine della pratica antropologica allorché propone, per i giovani che si preparano alla professione medica, di cimentarsi con una mini-ethnography (1988: 230-236).

Ma l'approccio antropologico è più complesso e problematico di quanto appaia al suo esterno. La stessa pratica di campo non è esente dagli interrogativi sulla propria rispettabilità scientifica e sulla propria legittimità morale (Geertz 2001: 112). Le riflessioni critiche degli ultimi decenni hanno denunciato fenomeni di complicità degli antropologi coi regimi coloniali, contestato il diritto di parlare per gli "altri", evidenziato il rischio etnocentrico degli orientamenti teorico-metodologici e le implicazioni delle procedure di costruzione dei testi etnografici. Tutto questo, nei casi migliori, ha comportato un affinamento dell'attenzione e della cautela, senza cessare tuttavia di sostenere un approccio alla ricerca sociale che ritiene ancora efficace lo specifico del lavoro di campo, marcato dal contatto e dal dialogo cogli "altri", anche quando le differenze culturali del passato si riducono ad un mondo di asimmetrie e di "sensibilità conflittuali in inevitabile contatto"⁹.

Nell'ambito dell'antropologia medica le riflessioni critiche sviluppate nel più generale dibattito disciplinare si associano a specifiche problematiche settoriali. La ricerca sembra trovarsi qui alle prese con una sorta di ambivalenza. La critica al sapere

⁹ A. Danto, *Mind as Feeling; Form as Presence; Langer as Philosopher*, in "Journal of Philosophy", 81 (1984), pp. 641-647, citato in Geertz (2001: 86).

bio-medico per la sua indifferenza alle culture locali, si scontra con situazioni sanitarie di svantaggio per le quali l'intervento medico risulta invece auspicabile. Inoltre, come ha sottolineato Byron Good,

ogni analisi di culture mediche locali – delle rappresentazioni della malattia da parte dei singoli o delle forme del sapere medico di una società, sottocultura o tradizione terapeutica – richiede all'antropologo una propria posizione epistemologica verso le pretese di conoscenza dei nostri informatori. Ciò costringerà gli antropologi ad affrontare spinose questioni implicite nella scelta di una strategia analitica. (...) come situare le nostre analisi delle rappresentazioni culturali della malattia, codificate nelle tradizioni terapeutiche etniche o popolari, o nei saperi e nelle pratiche individuali, rispetto alle pretese di verità della biomedicina? (1999: 44-45).

Gli approcci specialistici disegnano sensibilità, attitudini e strategie diverse.¹⁰ Assumendone le cautele e i motivi di all'erta, onde evitare esiti bloccanti, avanzerei alcune ipotesi operative che traggono dalla mia esperienza di ricerca e riflessione¹¹. Indicherei pertanto, quali percorsi di riflessione, (facendo salva l'idea che sia il contesto stesso della ricerca ad indicare le strategie e le tecniche più efficaci da seguire¹²), due orientamenti che mi paiono utili guide alla ricerca empirica. Il primo si concentra sull'"esperienza di malattia", il secondo sugli "itinerari terapeutici". Si tratta di pratiche complementari: nel primo caso l'accentuazione è rivolta ai vissuti dei malati, nel secondo al contesto sociale.

L'esperienza di malattia e il suo racconto

La formazione medica, secondo Kleinman, così come è organizzata nelle facoltà di medicina, non è interessata, come invece dovrebbe in specie nei casi di malattia cronica, all'esperienza umana dei sintomi e della sofferenza, e ai significati sociali della malattia. I disturbi che accusano i pazienti quando si recano dal medico, sono vissuti ed espressi in termini che sono elaborati nel contesto familiare e nella più ampia rete delle relazioni sociali del malato. Se il medico condivide la cultura a cui appartiene il paziente potrà instaurare con lui un dialogo iniziale positivo, mentre differenze etniche, linguistiche, religiose, occupazionali e di genere, possono creare

¹⁰ Per un'utile classificazione degli orientamenti teorici nell'antropologia medica si veda Byron Good, *Le rappresentazioni della malattia nell'antropologia medica: una disanima della materia*, in Id. 1999: 40-100.

¹¹ Mi riferisco ad una prolungata frequentazione nella pratica delle storie di vita (1978; 1989; 1997; 1999) che mi ha orientato verso quegli studi che si sono interessati ai vissuti personali e al racconto di essi. E non di meno alla sperimentazione, per l'analisi delle culture professionali, dell'approccio tecnico economico (Angioni 1986), che coi suoi concetti di catena operativa, fasi operative, ecc., consente di cogliere la processualità degli eventi.

¹² Nel lavoro di riflessione propedeutica alla ricerca di campo, una prima considerazione di base è stata la messa in discussione della possibilità di costruire a tavolino un modello di ipotesi guida da sperimentare sul terreno, ritenendo che sia il contesto stesso della ricerca ad indicare le strategie e le tecniche più efficaci da seguire (Mondardini 1999: 21). Era necessario tuttavia esplorare i principali orientamenti e alcune ricerche specialistiche disponibili nella letteratura per acquisire attitudine e sensibilità nello specifico dei problemi che riguardano la malattia.

grosse difficoltà di comprensione reciproca. In ogni caso il medico, in accordo con la sua formazione scientifica, reinterpreterà quanto espresso dai pazienti e dai loro familiari nei termini del modello bio-medico, identificando alterazioni biologiche o funzionali, senza tener conto del vissuto della persona malata. L'esperienza di malattia, gravida di sconcerto, di paure, di frustrazioni e di domanda di senso, non è istituzionalmente legittimata ad avere un suo spazio nella pratica dell'intervento medico. La stessa anamnesi si traduce in una canalizzazione medica dell'esperienza (Kirmayer 2000), sostenuta da appositi moduli prestabiliti, piuttosto che in un racconto aperto che possa comunicare come la persona percepisce, vive e risponde ai sintomi e alla disabilità. Nel caso delle malattie croniche infatti la storia di malattia diventa un tutt'uno con la storia di vita dei malati. Allora, suggerisce Kleinman, è necessario legittimare l'esperienza di malattia, dare spazio alle sue espressioni, ai suoi racconti. Ciò significa riconcettualizzare la cura in modo che istituzionalmente incorpori questa esperienza nella sua dimensione sociale. Questo comporta l'introduzione delle scienze umane e sociali a pieno titolo nella formazione del medico. L'approccio etnografico vi assume un ruolo importante: ogni studente di medicina, secondo Kleinman, dovrebbe mettersi alla prova sperimentando una "mini-ethnography":

Skill in conducting a mini-ethnography can be honed by sending students out of the lecture hall and hospital to follow up on their patients in the local community. They can observe patients at home and in their dealings with health care and social welfare agents and agencies (1988: 256).

Ma una pur mini-ethnography ha senso proprio perché fondata antropologicamente. Sull'esperienza di malattia e sul tema più generale dell'esperienza umana la riflessione antropologica non ha mancato di misurarsi, confrontandosi con una pluralità di discipline e configurando una tradizione di ricerca che si è cimentata con specifici riferimenti epistemologici, messa a punto di strategie metodologiche e pratiche specialistiche di campo. Se la ricerca sugli itinerari terapeutici sottolinea la dimensione sociale della malattia, orientandosi a identificare le logiche sociali condivise ed espresse nelle pratiche del corpo e nelle pratiche sociali, l'attenzione all'esperienza di malattia si concentra sul soggetto malato per coglierne rappresentazioni, emozioni, sentimenti e vissuti.

L'individuazione di un'antropologia dell'esperienza si deve a Victor Turner (1986; 1986a; 1993), che trae ispirazione dalle riflessioni del filosofo tedesco Wilhelm Dilthey (1833-1911) in particolare per quanto concerne i concetti di *esperienza* ed *espressione*¹³. Dilthey, a partire dalla sua *Introduzione alle scienze dello spirito* e nelle sue puntualizzazioni successive, propone di fondare le *scienze dello spirito* o "scienze della cultura", differenziandone oggetto e metodo rispetto alle scienze della natura: mentre queste ultime si riferiscono allo studio del mondo esterno all'uomo, le scienze dello spirito si interessano al mondo umano come mondo storico-sociale, e dunque sono rivolte agli uomini, ai loro rapporti reciproci e ai loro rapporti con la natura. Le prime si fondano sull'esperienza esterna, mentre le seconde si fondano sull'esperienza

¹³ Victor Turner, come osserva puntualmente Bruner, ha saputo cogliere la rilevanza antropologica dei concetti di esperienza ed espressione elaborati da Dilthey, fornendo così un altro padre fondatore degli studi antropologici (1986: 4 e sgg), ma attinge indicazioni utili anche dagli studi sulla produzione artistica elaborati da Dewey (1934), su cui vedi Turner 1986a.

interiore, sulle espressioni di questa esperienza e “nell’intendere rivolto a queste espressioni” (1954: 136). La dimensione primaria del mondo umano, secondo Dilthey,

“... non è qualcosa che si mostri attraverso i sensi, non è un semplice riflesso di qualcosa che è reale in una coscienza, ma è la realtà stessa interna e immediata, qualcosa che sperimentiamo dentro di noi” (1992: 76), ed è su questa esperienza interiore che si fondano le “scienze dello spirito”. Quest’attenzione al mondo interiore dei soggetti, espressa nel concetto di esperienza vissuta (*Erleben*), ben si accorda con l’ esigenza di Turner di comprendere eventi “saturi di intenzioni, di emozioni e di significati”, per i quali gli approcci positivistico e funzionalistico risultavano inadeguati. Com’egli osserva, dietro l’immagine del mondo di Dilthey c’è il fatto fondamentale dell’essere umano totale alle prese con il suo ambiente, “dell’essere umano che percepisce, pensa, sente, desidera”, dove “la vita coglie la vita” (1986: 36).

Ma come accedere all’esperienza individuale che è un fatto personale, interiore, intimo? Come riconosce lo stesso Dilthey, “il modo in cui la realtà ci viene data nell’esperienza interna, comporta grandi difficoltà per la sua comprensione oggettiva” (1992: 76). Difficoltà che Edward Bruner sottolinea argomentando sulla differenza fra esperienza e comportamento:

Experience, in our perspective, is not equivalent to the more familiar concept of behavior. The latter implies an outside observer describing someone else’s actions, as if one were an audience to an event; it also implies a standardized routine that one simply goes through. An experience is more personal, as it refers to an active self, to a human being who not only engages in but shapes an action. We can have an experience but we cannot have a behavior; we describe the behavior of others but we characterize our own experience. It is not customary to say, ‘Let me tell you about my behavior’; rather, we tell about experiences, which include not only actions and feelings but also reflections about those actions and feelings. The distinguishing criterion is that the communication of experience tends to be self-referential (1986: 5).

In effetti noi possiamo prendere coscienza della nostra propria esperienza, mentre, pur essendo esperti nella pratica della “osservazione partecipante” diffusa da Malinowski¹⁴, non possiamo sperimentare i vissuti degli altri. La soluzione del problema per Dilthey è che, poiché “gli stati di coscienza si esprimono continuamente in suoni, in gesti del volto, in parole, e hanno la loro oggettività in istituzioni, stati, chiese, istituti scientifici...” (1954: 146), noi possiamo accedere all’esperienza degli altri attraverso le sue *espressioni*¹⁵. E Turner così commenta:

In Dilthey’s view, experience urges toward expression, or communication with others. We are social beings and we want to tell what we have learned from experience. The arts depend on this urge to confession or declamation. The hard-

¹⁴ Cfr. Bronislaw Malinowski, *Oggetto, metodo e fine della ricerca*, in Id. 1978, pp.29-50.

¹⁵ Come commenta Pietro Rossi nell’*Introduzione* a W. Dilthey, *Critica della ragione storica*,: “l’*Erleben* si oggettiva nell’espressione, e l’intendere si rivolge appunto a questa, per cogliere attraverso essa l’*Erleben* proprio o altrui che le ha dato origine manifestandovisi” (1954: 26).

won meanings should be said, painted, danced, dramatized, put into circulation (1986a: 37).

Turner assume dunque come espressioni di esperienza¹⁶ ed esplicazioni della vita ogni performance culturale, inclusi il rito, la cerimonia, il carnevale, il teatro e la poesia:

Mediante il processo stesso della performance ciò che in condizioni normali è sigillato ermeticamente, inaccessibile all'osservazione e al ragionamento quotidiani, sepolto nelle profondità della vita socio-culturale, è tratto alla luce: Dilthey usa il termine *Ausdruck* 'espressione', da *ausdrucken*, letteralmente 'premere o spremere fuori'. Il 'significato' è spremuto fuori da un evento che è stato esperito direttamente dal drammaturgo o dal poeta, o che reclama a gran voce una comprensione (*Verstehen*) penetrante e fantasiosa (1986: 36).

L'espressione mette dunque in luce il *significato* e il significato viene colto attraverso la *comprensione*.

A queste riflessioni e articolazioni concettuali si ispirano gli antropologi che sono interessati all'esperienza di malattia e ai vissuti di prostrazione e di sofferenza¹⁷. I vissuti di sofferenza sono più personali e privati di altri e dunque più di altri si mostrano inaccessibili. Il dolore fisico, come ha mostrato Elaine Scarry, si caratterizza per l'impossibilità di essere condiviso. Diversamente da qualunque altro stato di coscienza non ha referenti esterni attraverso i quali possa essere espresso:

Sebbene la capacità di esperire il dolore fisico sia per gli esseri umani un fatto altrettanto importante quanto la capacità di udire, toccare, desiderare, temere, aver fame, il dolore si distingue da questi eventi e da ogni evento somatico e psichico, poiché non ha un proprio oggetto nel mondo esterno. Si odono e si toccano oggetti posti al di fuori dei confini del corpo, un desiderio è un desiderio di x, la paura è paura di y, la fame è fame di z: ma il dolore no è 'di' o 'per' qualcosa, è soltanto se stesso (1990: 278).

Questa mancanza di oggetto comporta un'estrema difficoltà ad oggettivarlo nel linguaggio. *Sussurri e grida* sono le sue espressioni¹⁸. Una ragazza che si innamora, osserva Virginia Woolf, può esprimersi con le parole di Shakespeare o di Keats, ma

¹⁶ Turner estrapola da Dilthey anche la distinzione fra *mera esperienza* e *una esperienza*, dove la prima si riferisce al flusso temporale degli eventi vissuti, mentre la seconda corrisponde a ciò che Dilthey individua come struttura dell'esperienza, quale unità di sentire, di intendere e di volere, dove gli eventi assumono significato in riferimento al passato, ma consentono anche di stabilire mete per le esperienze future (Dilthey 1954: 61 e sgg; Turner 1986: 35 e sgg.).

¹⁷ Penso all'ampio dibattito identificato come antropologia dell'esperienza (Turner and Bruner 1986), alla sempre più ricca letteratura intorno alla narrazione della malattia (Kleinman 1988, Good 1999, Mattingly e Garro 2000) e alla pratica delle storie di vita, che si è andata via via affinando con contributi di psicologi, sociologi e storici oltre che antropologi (i. a. Thompson 1978; Clemente 1988; Mondardini 1978; 1987; 1997; 1999; Bertaux 1998; Chamberlain and Thompson 1998).

¹⁸ Il riferimento è all'opera *Sussurri e grida* (1973) del regista Ingmar Bergman, citato in Scarry, p. 19.

ognuno di noi ha sperimentato la difficoltà di trovare le parole per descrivere al medico i propri sintomi e il proprio dolore¹⁹.

Dar voce all'esperienza di dolore e di malattia, come auspica Kleinman, significa, da un punto di vista antropologico, porsi in una situazione di ascolto dei pazienti, dei loro tentativi di oggettivazione del dolore e delle espressioni che ne risultano; ma, sulla scia di Dilthey, *interpretare* queste espressioni per *comprendere* l'esperienza interiore del dolore²⁰, significa porre questa esperienza in una sfera dialogica e di senso più ampia rispetto all'angusto rapporto medico-paziente, per recuperarne la dimensione sociale di esperienza umana (Kleinman 1988; Mattingly e Garro 1988; Mattingly 1989; Good 1999). L'attenzione alle *narrazioni di malattia* nelle varie culture si colloca in questa direzione. Ma la prospettiva non è priva di problematicità: vi si discute, in particolare, la relazione fra eventi, esperienza e narrazione di essi (Bruner 1986; Mattingly e Garro 2000). Ciò comporta il riconoscimento della parzialità della narrazione e la necessità di andare oltre il testo²¹, per esplorare il contesto: il mondo sociale, politico e culturale in cui la storia è narrata. Gran parte degli studiosi ritiene che la vita sia più ricca di quanto possa emergere nelle narrazioni e che un'eccessiva enfasi sulla narrazione rischi di oscurare altri aspetti culturali dell'esperienza umana (Bruner 1986; Wikan 2000; Dreier 2000; Kirmayer 2000). Il dibattito, in definitiva, rimette in discussione la pratica della ricerca e la necessità di un approccio plurale al lavoro di campo, dove le narrazioni non escludono l'osservazione e altre tecniche di raccolta e analisi dei dati. Il tentativo di esplorare, in un'area particolare, gli itinerari terapeutici, ha sicuramente bisogno di questa apertura.

Gli itinerari terapeutici

La nozione di itinerario terapeutico, che medio da Marc Augé (1986); sebbene si basi sull'osservazione dei percorsi individuali, assume come elemento fondante, per un'approccio antropologico alla malattia, la sua dimensione sociale. Per Augé la nozione "si applicava in primo luogo ai percorsi dei pazienti africani che alternativamente ricorrono a diversi guaritori, a diversi profeti, ma anche all'ospedale e ai rappresentanti (spesso sprovvisti di mezzi) della bio-medicina" (1995: 182). In una situazione multietnica differenti scelte terapeutiche possono essere correlate a specifici sistemi di rappresentazioni, ma possono esservi anche casi di interazione e di prestito. La rilevazione e l'analisi degli itinerari terapeutici può considerarsi una via d'accesso efficace per la conoscenza di situazioni individuali e sociali complesse, con l'obiettivo

¹⁹ V. Woolf, *On Being Ill*, in *Collected Essays*, vol. IV, New York, Harcourt, 1967, p. 194, citato in Scarry, p. 19.

²⁰ Bruner ha sottolineato che l'antropologia dell'esperienza, concentrando l'attenzione dei ricercatori sull'esperienza e le espressioni dei soggetti, coglie i significati indigeni; di conseguenza le unità d'analisi, piuttosto che stabilite a priori, emergerebbero dai soggetti stessi. Nello specifico dell'esperienza del dolore, accogliere le espressioni dei pazienti può significare avere, non solo strumenti per la comprensione dei pazienti stessi a vantaggio della possibilità di stabilire una relazione positiva con loro, ma anche indicazioni utili per la messa punto della diagnosi (Melzack 1973).

²¹ L'analisi del testo narrativo, quando non cada negli eccessi del testualismo post-modernista, va a costituire un ulteriore arricchimento dell'analisi culturale: così per Turner l'articolazione narrativa replica le fasi del dramma sociale e per gli studiosi delle narrazioni di malattia, il dramma della sofferenza umana.

di costruire, analiticamente, una categoria dinamica di lettura della realtà che attiene al corpo, alla salute e alla malattia.

L'indagine sugli itinerari terapeutici concentra la propria attenzione su cosa la gente fa quando si ammala; ma i comportamenti, i rituali, i discorsi e le scelte terapeutiche dei malati sono strettamente collegate alle loro concezioni della malattia, elaborate nel contesto sociale di appartenenza. Queste concezioni includono l'interpretazione dei sintomi e il riconoscimento della malattia in quanto tale, la sua denominazione, l'eziologia e le prospettive intorno ai possibili rimedi. Si tratta di un corpo di rappresentazioni e di orientamenti di cui l'individuo e il suo gruppo dispongono nell'ambito della propria cultura (Heritier 1982; 1997), dove, come s'è visto, ordine del corpo e ordine sociale sono correlati (Augé 1986). Come ha indicato nel merito Sylvie Fainzang

I start from the hypothesis that the search for a medical cure cannot be regarded as the only determining factor in the choice of therapy. This choice is also connected with the interpretation of the illness and with the social tensions which that interpretation expresses. On this basis, I study the behaviour of sick people in the context of their personal histories and cultural identity, and in the light of the wider life of the commune. This will lead to a reconstruction of the situation in terms of elements belonging to different levels of social life and thought-systems, and will provide an explanation for paradoxes like the apparent recourse on the part of a patient to what he regards as less effective medical treatment (Fainzang 2000: 41-42)

Lo studio degli itinerari terapeutici dovrebbe dunque consentire di comprendere il comportamento del malato nel contesto della sua esperienza individuale, connotata storicamente e culturalmente e quindi inserita in una più ampia dimensione sociale.

Gli approcci alla malattia tendono a polarizzarsi o sull'aspetto eziologico o su quello sintomatologico. L'aspetto eziologico tratta di fatti biologici, magici e religiosi, l'aspetto sintomatologico tratta di percezioni e rappresentazioni individuali di sofferenza e dolore²². L'analisi degli itinerari terapeutici dovrebbe comprenderli entrambi includendoli nel contesto sociale in cui la malattia e la cura si manifestano. Ad esempio gli studi di Marc Augé, nei sistemi voodoo delle regioni del Benin, indicano due itinerari terapeutici:

con il primo che privilegia il sintomo e il secondo la causa. Nel primo è la natura delle piante scelte per trattare il sintomo a comportare, in via subordinata, il compimento di riti e di sacrifici nei confronti degli dei che ne sono i signori. Nel secondo è l'identificazione degli dei causa del male che avviene attraverso pratiche divinatorie e indipendentemente da ogni indicazione sintomatologica, a suggerire la scelta delle piante necessarie alla guarigione (Augé, Herzlich 1986: 11).

²² E' a questo secondo aspetto che generalmente ci si riferisce quando si parla di narrazione della malattia (Good 1999). A questo livello la nozione di itinerario terapeutico include la pratica delle storie di vita e la riflessione sul concetto di narrazione (Mondardini 1996; 1999). Nell'ambito di questa esperienza di ricerca e riflessione, lo specifico dell'itinerario terapeutico rimanda alla narrazione, da parte dei pazienti, dell'apparizione dei disturbi, l'eventuale intervento individuale o familiare, l'evolversi nel riconoscimento della necessità di rivolgersi ad un guaritore, ecc.

Si tratta qui di modelli cognitivi e simbolici che vanno oltre lo specifico della malattia per includere un modello cosmologico e antropologico più ampio a cui l'antropologo è interessato quando tenta di identificare la cultura di un gruppo sociale. Perché la malattia ha una dimensione sociale che si iscrive nella cultura e viceversa l'analisi della cultura non può trascurare l'evento di malattia. Così fra i Dogon dell'altipiano del Bandiagara, come ha osservato Barbara Fiore, gli itinerari terapeutici rivelano

complicati intrecci di vie percorse dai malati in un vagare di persona in persona, di villaggio in villaggio, alla ricerca di cure chimiche e vegetali, per sanare la parte malata del corpo colpita, e di divinazioni, sacrifici agli spiriti e offerte agli altari, per sanare invece le cause. Alla base di questo, la visione di un universo al cui interno tutto è in costante, reciproca relazione, esseri umani e esseri incorporei, spiriti che, come si dice, abitano gli spazi 'vuoti', alberi, animali, luoghi, eventi passati contenuti nel mito, eventi presenti. Un universo come una rete fatta dei legami fra tutte le singole parti e all'interno della quale ogni accadimento, e quindi anche la malattia, dev'essere interpretato e risolto (2001: 69-70).

Qui, come nella regione del Benin studiata da Marc Augé, l'intreccio dei rituali e dei sistemi di cura esprime un meticciamiento culturale (Amselle: 1990) ormai diffuso in ogni luogo del pianeta. Ma in ogni luogo del pianeta questo meticciamiento si manifesta con peculiarità locali che incidono diversamente sulle concezioni della malattia e le pratiche della guarigione. Le une e le altre comportano relazioni fra gli uomini che non escludono rapporti di potere (Fassin 2000). Se assumiamo come perseguibili le due direzioni della ricerca antropologica, indicate da Augé, dove la prima si interessa alle forme e alle modalità del potere, e la seconda alle relazioni dell'individuo con le forme simboliche che danno senso ai suoi percorsi (1995: 180), la ricostruzione degli itinerari terapeutici sembra prestarsi efficacemente anche nei contesti di pluralismo culturale e terapeutico-sanitario: i racconti dei malati, dei guaritori di diverse specializzazione e dei medici, possono condurre a identificare realtà composite, armoniche o conflittuali, a definire momenti storici in cui si articolano le vite quotidiane nei loro momenti di crisi e di sofferenza.

Il Progetto di formazione e la ricerca nel quartiere di Xipamanine

Su questi temi si è discusso durante il lavoro preparatorio del Progetto di Formazione in Antropologia medica in Mozambico. Il programma di lavoro prevedeva i seguenti tipi di intervento:

- a) formazione teorico-metodologica in Antropologia culturale e in particolare nel settore dell'antropologia medica.
- b) ricerca di campo in un'area significativa del Mozambico.
- c) messa a punto di un modulo didattico per operatori sanitari.

Alla formazione teorico-metodologica, tenuta nei mesi di luglio e ottobre 1999, hanno partecipato Esmeralda Celeste Mariano e Monica Vidili, le quali, oltre allo studio delle tecniche di ricerca in ambito antropologico, hanno esplorato approcci e ricerche specifiche nell'ambito dell'antropologia della salute.

Si trattava poi di individuare un'area campione per la ricerca. La scelta si è orientata al quartiere di Xipamanine, un agglomerato della periferia di Maputo, sia per cogliere un'area urbana particolarmente interessata all'immigrazione rurale, sia perché

su questo quartiere si erano concentrate le rilevazioni dei ricercatori della Facoltà di medicina, in collaborazione con l'Università di Sassari²³. Quest'ultimo dato avrebbe consentito di poter aprire un dialogo avendo un riferimento concreto comune.

In questa prospettiva Esmeralda Celeste Mariano ha condotto la ricerca di campo nel quartiere di Xipamanine dal dicembre 1999 all'agosto 2000. Monica Vidili si è invece concentrata sui temi che riguardano le relazioni sociali e simboliche nel contesto della cooperazione internazionale e nell'elaborazione di un modulo didattico di sensibilizzazione antropologica per operatori sanitari²⁴. Di particolare interesse si è rivelato il rapporto con gli antropologi locali Ana Maria Loforte e Rafael da Conceição²⁵, che potevano dar conto per esperienza diretta della situazione socio-culturale e politica locale. Ana Maria Loforte, ad esempio, aveva da poco concluso un lavoro di ricerca nel bairro di Laulane, identificando, nel fenomeno di immigrazione urbana conseguente alla guerra, processi di trasformazione della tradizione, sia nelle pratiche economiche e sociali che nelle relazioni familiari e di genere (2000). Una situazione analoga poteva ipotizzarsi anche per il quartiere di Xipamanine, ma cosa accadeva per i comportamenti, gli atteggiamenti e le rappresentazioni intorno al corpo, la salute e la malattia? La rilevazione degli itinerari terapeutici poteva dare una risposta a questi interrogativi? Una prima tappa di riflessione complessiva si è svolta nel seminario tenuto a Sassari il 22-26 febbraio 2001²⁶, che ha avuto anche un momento di discussione pubblica con studenti e cittadini sassaresi²⁷. Questo libro riporta gli interventi presentati in quella occasione e dunque, più che un lavoro conclusivo, presenta interrogativi, ipotesi di lavoro e soprattutto una sollecitazione a continuare ed approfondire la ricerca.

²³ In questo testo, Da Costa J. L., Colombo M., Da Costa I., Folgosa E., Sidat M., Cappuccinelli P., *Factore de risco associados à transmissão da diarreia em crianças dos 6 meses aos 7 anos no bairro do xipamanine*.

²⁴ Una prima messa alla prova del modulo è stata sperimentata in un Corso di perfezionamento in medicina della cooperazione con i paesi terzi, organizzato dalla Facoltà di medicina dell'Università di Sassari. Per l'elaborazione degli interventi di adattamento alla specificità locale e nell'attività del Corso stesso ha collaborato la dottoressa Luisa Linguini, responsabile sanitario dell'A.V.A. S. S. S. Gourò (Associazione Volontari Assistenza Socio-Sanitaria agli Stranieri).

²⁵ Entrambi sono docenti della Facoltà di Lettere dell'Università Edoardo Mondlane di Maputo.

²⁶ Hanno partecipato al seminario, Esmeralda Mariano, Ana Maria Loforte, Rafael da Conceição, Mauro Colombo (in rappresentanza della Facoltà di Medicina e dei ricercatori che hanno condotto la ricerca a Xipamanine), Rossana Carta e Monica Vidili del Laboratorio di Antropologia culturale e sociale; ad una seduta hanno partecipato anche i dottorandi in *Strutture e metodi delle scienze sociali* del Dipartimento di Economia Istituzioni e Società.

²⁷ Il 23 febbraio 2001 si è tenuto, nell'aula Eleonora d'Arborea della sede centrale dell'Università di Sassari, il Colloquio Internazionale di studio su Antropologia della salute in Mozambico, che ha visto sorprendentemente un'ampia partecipazione di studenti e cittadini locali. Vi hanno partecipato, oltre ai ricercatori del seminario, il prof. Paolo Fois, Direttore del Dipartimento di Economia Istituzioni e Società; il prof. Piero Cappuccinelli, Presidente della Commissione per la Cooperazione con i paesi terzi; Alberto Merler, Direttore del Centro di Ricerca sull'Interculturalità e la Condizione umana e altri studiosi e autorità varie

Riferimenti bibliografici

Amselle J. L.

1990 Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs, Paris, Payot.

Angioni G.

1986 *Il sapere della mano*, Palermo, Sellerio.

Appadurai A.

1995 *The production of locality*, in Fardon R. (ed.), *Counterworks. Managing the diversity of knowledge*, London, Routledge.

Augé M.

1986 *L'anthropologie de la maladie* «L'Homme», XXVI (1-2), pp. 81-90.

1986 *Ordine biologico, ordine sociale*, in Augé M. E Herzlich C. *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, Il saggiatore, (ed. or. 1983), pp.33-85.

1995 *Il senso degli altri. Attualità dell'antropologia*, Milano, Aabasi, (ed. or. 1994).

1996 *Antropologia cultura e medicina*, in Donghi P.(a cura di), *Il sapere della guarigione*, Bari, Laterza, 1996, pp.15-24.

Augé M. E Herzlich C.

1986 *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, Il saggiatore, (ed. or. 1983).

Bertaux D.

1999 *Racconti di vita. La prospettiva etnosociologica*, Milano, Franco Angeli.

Bruner E. M.

1986 *Experience and Its Expressions*, in Turner V. W. and Bruner E. M., *The Anthropology of Experience*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, pp.3-30.

Chamberlain M. and Thompson P.

1998 *Narrative and genre*, London, Routledge.

Clemente P.

1988 *Autobiografia al magnetofono. Una introduzione*, in Di Piazza V. e Mugnaini D., *Io so' nata a Santa Lucia*, Castelfiorentino, Società storica della Valdesia, pp. 7-20.

Danto A.

1984 *Mind as Feeling; Form as Presence; Langer as Philosopher*, in "Journal of Philosophy", 81 , pp. 641-647

Dewey J.

1934 *Art as Experience*, New York: Minton, Balch & Co.

Dilthey W.

1974. *Introduzione alle scienze dello spirito*, Firenze, La Nuova Italia.

1954 *Critica della ragione storica*, Torino, Einaudi.

1992 *Estetica e poetica*, Milano, Einaudi.

Dreier O.

- 2000 *Psychotherapy in Clients' Trajectories across Contexts*, in Mattingly C. e Garro L.C., *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Evans-Pritchard E. E.
1976 *Stregoneria, oracoli e magia tra gli Azande*, Milano, Franco Angeli, (ed. or. 1937).
- Fainzang S.
2000 *Of Malady and Misery. An Africanist perspective on European Illness*, Amsterdam, Het Spinhuis.
- Fassin D.
2000 *Les Enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.
- Feliciano J.F.
1996 *Prefacio a Junod H. Usos e Costumes dos Bantu*, T. I e II, Maputo, Arquivo Historico de Moçambique, pp. 15-20.
1998 *Antropologia economica dos Thonga do sul de Moçambique*, Maputo, Arquivo Historico de Moçambique
Junod H.
1996 *Usos e Costumes dos Bantu*, T. I e II, Maputo, Arquivo Historico de Moçambique.
- Fiore B.
2001 *Il bosco del guaritore*, Torino, Bollate Boringhieri.
- Geertz C.
1986 *Making Experiences, Authoring Selves*, in in Turner V. W. and Bruner E. M., *The Anthropology of Experience*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, pp. 373-380.
1998 *Interpretazione di culture*, Bologna, Il Mulino, (ed. or. 1973).
2001 *Antropologia e filosofia*, Bologna, Il Mulino, (ed. or. 2000).
- Good B.
1999 *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Milano, Edizioni di Comunità, (ed. or. 1994).
- Héritier Augé F.
1993 *AIDS. La sfida antropologica*, Roma, Ei Editori.
- Junod H.
1996 *Usos e Costumes dos Bantu*, T. I e II, Maputo, Arquivo Historico de Moçambique.
- Kirmayer L. J.
2000 *Broken narratives: Clinical Encounters and the Poetics of Illness Experience*, in Mattingly C. e Garro L.C. *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Kleinman A.
1988 *The Illness Narratives. Suffering, Healing & the Human Condition*, New York, Basic Books.
- Kleinman A. e Kleinman J.

- 1998 *Suffering and its Professional Transformation. Toward an Ethnography of Interpersonal Experience*, in van der Geest S. e Rienks A., *The Art of Medical Anthropology*, Amsterdam, Her Spinhuis Publishers.
- Leroi-Gourhan A.
1977 *Il gesto e la parola*, voll. I e II, Torino, Einaudi.
- Loforte A. M.
2000 *Género e Poder entre os Tsonga de Moçambique*, Maputo, PROMEDIA.
- Malinowski B.
1978 *Argonauti del Pacifico occidentale*, Roma Newton Compton, (ed. or. 1922).
- Mariano E. C:
1998 *Concezioni inerenti alla sterilità della donna e alla infertilità della terra presso la comunità rurale di Djabissa del distretto di Matutuine, provincia di Maputo, Mozambico*, Tesi di laurea, Genova, a.a. 1997-98.
- Mattingly C. e Garro L.C.
2000 *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press.
- Melzack R.
1976 *L'enigma del dolore. Aspetti psicologici, clinici e fisiologici*, Bologna, Zanichelli; (ed. or. 1973).
- Mondardini G.
1978 *Storia di case, di donne e di ovvietà*, in Lelli M.(a cura di), *Sassari perchè e per chi*, Sassari, Dessì, pp. 31-52.
1989 *Storie di vita e di lavoro*, in AA. VV., *Donne e società in Sardegna*, Sassari, Iniziative culturali, pp. 33-58.
1997 *Infanzia, educazione, memoria.Fra antropologia e storia*, in Caimi L. (a cura di), *Infanzia, educazione e società in Italia tra Otto e Novecento*, Sassari, EDES, pp. 11-125.
1999 *Narrazioni sulla scena del parto*, Sassari, EDES.
2000 *La domesticazione del parto selvaggio*, in Tognotti E., *Salute e malattia fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa Mediterranea*, Sassari, EDES, pp. 427-437.
- Nguyen V. K.
1996 *Il corpo critico e la critica della razionalità: l'Aids e la produzione di esperienza in un ospedale universitario nordamericano*, in Pandolfi M. (a cura di), *Perchè il corpo. Utopia, sofferenza, desiderio*, Roma, Meltemi, pp. 57-74.
- Remotti F.
1996 *Contro l'identità*, Bari, Laterza.
2000 *Prima lezione di antropologia*, Bari, Laterza.
- Rossi P.
1954 *Introduzione a Dilthey W., Critica della ragione storica*, Torino, Einaudi
- Sacks O.W.
1996 *Biologia e identità*, in Donghi P.(a cura di), *Il sapere della guarigione*, Bari, Laterza, pp. 145-157.
1998 *Un antropologo su Marte*, Milano, Adelphi, (ed. or.1995).

- Scarry E.
1990 *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Bologna, Il Mulino, (ed. or. 1985).
- Seppilli T.
1996 *Presentazione* a Cozzi D. e Nigris D., *Gesti di cura*, Torino, Colibrì.
- Thompson P.
1978 *The voice of the past. Oral history*, Oxford New York, Oxford University Press.
- Tylor E.B.
1971 *Primitive Culture. Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art and Custom*, voll. I e II, London, Murray.
- Turner V.W.
1986 *Dal rito al teatro*, Bologna, Il Mulino, (ed. or. 1982).
1986a *Dewey, Dilthey, and Drama: An Essay in the Anthropology of experience*, in Turner V. W. and Bruner E.M., *The Anthropology of Experience*, Urbana and Chicago, University of Illinois Press, pp. 33-44.
1993 *Antropologia della performance*, Bologna, Il Mulino, (ed. or. 1986).
- Wikan U.
2000 *With Life in One's Lap*, in Mattingly C. e Garro L.C., *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley, Los Angeles, London, University of California Press, pp. 212-236.

BAIRROS PERIFÉRICOS DA CIDADE DE MAPUTO: A INTERACÇÃO SOCIAL NA PRODUÇÃO DE ACÇÕES COLECTIVAS

Di Ana M. Loforte

Introdução

A construção ou reforço da identidade étnica pressupõe, normalmente dois processos distintos mas, simultaneamente contraditórios: um, em que os actores sociais perdem a sua distinção cultural ajustando-se a uma nova realidade, integrando-se assim, a conjuntos mais vastos de pertença e a eles se incorporando; e outro, em que se assiste a uma distinção e exclusão pois os discursos e práticas dos grupos sociais enfatizam e confirmam a sua identidade cultural autónoma e diferenciada. Neste último caso, o grupo ajusta-se a nova realidade, por vezes reorganizando as suas práticas tradicionais sob novos símbolos para realçar e estabelecer fronteiras, conduzindo, deste modo a identidades sincréticas e ambivalentes.

Esta comunicação baseada em estudos realizados numa zona periférica da cidade de Maputo, o bairro de Laulane procura mostrar como alguns grupos sociais, que são produtos de migração para a cidade capital desenvolvem acções colectivas actualizando as suas normas e formas particulares de convivência social. Com efeito, os migrantes reencontram e reintegram-se em comunidades de vizinhos oriundos do mesmo local de origem onde são vinculados os seus valores de proveniência rural, onde afinal foram todos socializados. A comunidade étnica torna-se um grupo de interesse organizado, por vezes, informalmente, onde predominam redes de sociabilidade e solidariedade procurando consensos e vantagens em questões fundamentais que procuram respostas e legitimam a ocupação de estatutos sociais determinados na vida urbana.

Mas a observação da interacção quotidiana na comunidade permite estabelecer uma série de distinções entre os membros da comunidade, associadas, ao acesso e controlo diferenciado aos recursos por parte de homens e mulheres de distintos grupos étnicos e a formas desigualitárias do exercício do poder ancoradas nas relações de género.

O contexto, meio e a situação do bairro

Como qualquer outra cidade, Maputo possui um conjunto de traços característicos, mais ou menos emblemáticos que a identificam e onde se salientam os seus bairros populares. Estes constituem ,actualmente , representações que integram a própria realidade social da cidade, que os institui como um dos seus bens patrimoniais. Representam a cidade, a sua memória, a sua história, o seu povo, sintetizam um conjunto de temas e comportamentos culturais. Estes bairros constituem pela natureza dos seus habitantes meios complexos onde se confrontam sistemas de pensamento e práticas heterógeneas, numa imbricação de espaços rurais e de zonas urbanizadas. .

Remarcável é a diversidade étnica. Com efeito, a população que habita Maputo é constituída por pessoas de origem diversa maioritariamente das duas províncias do sul do país.

Os bairros representam, igualmente, realidades construídas. De dimensões variáveis, inserem-se na sua maioria, num conjunto urbanizado, revelando diferentes inserções urbanísticas, históricas e administrativas. Na verdade, neste espaço urbano assistimos a processos de urbanização, movimento migratório de uma parte da população citadina que se instala no meio periurbano¹, embora continuando a trabalhar na cidade. Assistimos igualmente a um conjunto de mutações sócio-demográficas e económico- morfológicas que são decorrentes de migrações sucessivas e da coexistência de diferentes estratos populacionais. A complexidade e heterogeneidade expressam-se através de distintos mundos sociais com certas particularidades, como sejam a *alta densidade* de relações e a demarcação de *fronteiras* (Velho 1999, Pina Cabral 2000)

A própria ambiguidade do termo *periurbano* deixa transparecer múltiplas formas de apreensão do espaço susceptíveis de estarem presentes no quotidiano do bairro e das suas gentes. Esta diversidade está fortemente associada ao peso da pequena agricultura familiar e das características sociais e culturais de grupos sociais que mantêm fortes vínculos com modos de vida e de sociabilidade próprios dos meios rurais e de centros urbanos, mesmo quando aqueles, que as integram não residem nas áreas rurais. Ela envolve laços complexos entre famílias e comunidades rurais, por um lado, e famílias e comunidades urbanas, por outro. Deste modo, traços como a homogeneidade, coerência, cometimento moral e estabilidade no cumprimento de acções ligadas à manutenção do bem-estar do bairro podem não ser assumidas.

Por outro lado, as comunidades não são estáticas, mudam com o evoluir do tempo e são caracterizadas por fissuras sociais. Com efeito, no plano da sua existência local, não possuem fronteiras territoriais estáveis. São territórios sociais aproximados cuja definição pertence, por vezes, ao domínio da tradição oral. Surgem como lugares simultaneamente reais e imaginados e intrinsecamente articulados com outras unidades sociais: desde nós de interacção vicinal, informais, por vezes estruturados em redes discretas ou polarizados em torno de uma rua.

Todavia, a ausência de infraestruturas sociais e económicas, a incapacidade do Estado para definição de uma política clara relativamente ao uso e aproveitamento do solo cria constrangimentos ao quotidiano dos residentes do bairro. Mas esta segregação dá margem a uma procura de gestão dos espaços de forma autónoma e de acordo com os estatutos sociais. A divisão segundo os sexos e o sistema simbólico.

O isolamento em relação à economia formal engendra modelos de ocupação espacial e residencial *sui generis*. A relativa autonomia existente permite dar corpo à imaginação na resolução das necessidades específicas, em termos de alojamento e gestão dos espaços.

Dado o seu carácter evolutivo e a capacidade de adaptação familiar (integração de novos membros, constituição de novas células conjugais) a habitação emerge como reserva imobiliária. Ela torna-se com o decorrer do tempo, o suporte simbólico da perenidade do grupo que a ocupa.

¹ A migração para a periferia deve-se fundamentalmente a razões de ordem económica ligadas ao aumento das rendas de casa e serviços em função da introdução do Programa de Reabilitação Económica (PRE) em 1987.

Na reconstrução territorial que se opera, entram em jogo elementos novos, numerosos e diversos por vezes estrangeiros à realidade periurbana e a dos migrantes particularmente no seu sistema de representações. Há uma incoerência entre os hábitos de vida familiar nos seus locais de origem e as condições estruturantes nas quais se encontram de repente colocados. A pressão de repensar inteiramente o seu modo de vida e o seu comportamento engendra incertezas e um balbuciar próprio de uma nova aprendizagem.

Contudo, a adaptação e aprendizagem não conduzem a uma negação completa dos seus sistemas de valores. A separação efectou-se rapidamente, o momento de agregação de novos valores e de novas formas de sociabilidade colocam problemas à partida. É que uma mudança de situação social, não é algo fácil de gerir. O modelo operatório nas suas representações reside num conceito de grupo mas também no mito que neste espaço todos têm a oportunidade de cohabitar. Como afirma Pina Cabral (2000 : 861)

de uma forma ou de outra, quem se move na cidade, quem faz aqui a sua vida, tem de aceitar, pelo menos parcialmente, os termos de negociação das categorias sob as quais a vida se organiza. Ora esses termos têm inscritos em si mesmos direitos, limitações de direitos, abdições, fronteiras.

Podemos referir em suma que a construção espacial não é pacífica pois engendra tensões entre a população autóctone e a migrante uma vez que cada um valoriza o seu próprio sistema de representação do espaço. No interior do bairro estes sistemas opostos cohabitam estreitamente e a sua proximidade e vizinhança leva a confrontos. Neste espaço a marginalidade rural e a marginalidade urbana se adicionam; o confronto efectua-se no interior de um espaço comum. Com efeito como afirma Prost 1999: 66 “a periurbanização é essencialmente um processo conflitual que conduz a uma mutação territorial.... É necessário que o espaço seja moldável portador de uma imagem valorizante, parte do sonho que o migrante se pode apropriar”.

A procura de uma integração: diferenças étnicas e de género no acesso aos recursos

Os migrantes ao deslocarem-se para a cidade levam consigo o nome, o seu símbolo de pertença não a um lugar fixo, mas a um sistema de valores e símbolos que são institucionalizados e partilhados por todos os membros do grupo, sendo determinantes importantes da acção. Com efeito, os valores fornecem incentivos para a acção. A unidade do grupo é criada e reforçada através da partilha destes símbolos: língua comum, proveniência de território comum, ancestral comum mítico, construção ideológica que fundamenta a pertença (temporal e espacial) dentro de vasto campo de relações sociais, e que possui um poder de coacção indiscutível por vezes esmagador de e em si próprio (Geertz 1963, citado por Jonh Rex, Raça e etnia).

Homens e mulheres que se estabelecem nos bairros ao se identificarem como descendentes de um ancestral comum, procuram traduzir uma contiguidade imediata e ligação forte, uma proximidade proveniente do facto de se falar a mesma língua de se seguirem determinadas práticas sociais. A ideologia étnica ao realçar a integridade do grupo, da terra, da união familiar ajuda mesmo a favorecer o controlo necessário para minimizar as ansiedades dos migrantes e cria atenuantes ao ambiente hostil e às difíceis circunstâncias com que se confrontam no dia a dia.

Na interacção social, a etiqueta usada fornece ao “*nós*” e *outros*” uma série de características que explica as diferenças culturais, o que se espera, donde provem certos tipos de comportamento e, por vezes, como se reage a certas situações.

Frequentemente, a solução encontrada é o retorno à tradição e suas práticas- retorno este que é elaborado de acordo com as necessidades de cada grupo. Assim, a etnia é um recurso útil, um compromisso no qual os grupos recorrem como motivo para negarem direitos. Com efeito, num contexto de fracos recursos, de precariedade económica, o resultado da interacção dos grupos resultam numa exclusão e impedimento ao uso e maneio dos principais recursos, nomeadamente as terras de cultivo ou fontes de abastecimento de água por parte dos que vêm de fora. Cria-se uma forte linha divisória entre os grupos, reforçando a dicotomia de “*nós*” e “*eles*”. São as estruturas locais, muitas vezes ligadas às famílias mais antigas e notáveis dos bairros (que reclamam a primazia na ocupação) e detentoras de poderes políticos múltiplos, que reclamam a legitimidade na definição dos locais, muitas vezes marginais, para a prática da agricultura ou construção da habitação dos migrantes.. Com efeito, o que emerge é a prioridade e o privilégio de ocupação das melhores terras pela antiguidade e o ancorar da etnicidade ao território, ao espaço (Gerolm, 1977, Amselle, 1985). Parte das irregularidades na concessão e subsequente ocupação, assim como as disputas que aparecem descritas como sendo de ocupação de terras para fins agrícolas e habitacionais² encobrem outros aspectos, como sendo a competição entre grupos nos bairros. A procura de mobilização de consensos sobre os direitos, atribuições, normas e proibições em áreas sociais e geográficas do bairro emergem assim como sendo da exclusiva competência dos *donos da terra*.

Relações de poder desigualitárias entre os grupos ocorrem assim como a pertença étnica a determinar o acesso a escassos recursos. Por recursos, neste contexto quero referir-me a todos os instrumentos usados para satisfação de necessidades culturalmente definidas e desejos, como sejam os meios de subsistência, mobilidade social, o emprego, educação, serviços, equipamento social, estatuto social entendidos como sendo requeridos numa sociedade multiétnica.

Não estamos ainda perante casos concretos de *estratificação social* que se traduzem numa *estratificação ocupacional* (Cohen, 1987), onde a maioria étnica *ronga* detem em absoluto os poderes económicos e políticos na comunidade e os outros um baixo estatuto, criando situações de confronto aberto. Mas, por vezes, é latente algum clima de tensão.

A intensidade dos conflitos em situações desta natureza é descrita por Cohen (1978:395) ao mencionar que

a sociedade oferece um conjunto de diferentes linhas ao longo das quais a clivagem num conflito pode ocorrer; diferenças de religião, identidade étnica e posição económica, todas apresentam potencial de conflito e clivagem. Se todas as clivagens ocorrem na mesma linha, se as mesmas pessoas assumem posições antagónicas em disputas sucessivas, então a severidade do conflito tende a crescer. Mas se a clivagem ocorre em diferentes linhas, se as mesmas pessoas, uma vez estão em oposição e por outras não, desta feita o conflito torna-se menos severo.

² Nos últimos anos em função dos programas de reajustamento estrutural e consequente aumento do custo de vida, a luta pelo uso e posse de recursos aumentou substancialmente na zona.

Mas neste processo de interacção a minoria está sujeita à segregação, constroem-se estereótipos sobre *eles e nós*. Estes, sem dúvida, constroem fronteiras, sublinham e reforçam a definida distinção cultural entre eles (Cohen, 1978, Vail, 1989).

O quotidiano do bairro também incorpora uma dinâmica de criação e reprodução de formas de controlo social e de submissão das mulheres em relação aos homens no acesso aos bens, designadamente a terra, mas, igualmente, formas de organização da vida familiar que fazem recair desproporcionalmente sobre as mulheres os esforços e custos do trabalho de criar e reproduzir as condições que propiciem a saúde da família.

A terra representa uma oportunidade para satisfazer uma variedade de necessidades, incluindo as que são socialmente identificadas como da responsabilidade das mulheres em primeira instância, tais como o cuidado dos filhos e do lar. As mulheres procuram pequenas parcelas de terra, situadas de preferência em zonas de fácil acesso, para ir de encontro às necessidades básicas da família. Enquanto os homens optam pela agricultura nas zonas baixas que permitem o cultivo de hortícolas, para obtenção de numerário destinado a diversos fins, muitas vezes, meramente pessoais.

As diferentes percepções de homens e mulheres na ligação com a terra relacionam-se com as preocupações distintas de ambos em relação à produção e seus benefícios. Os homens vêm-se como gestores de estratégias que ligam a família à comunidade num contexto micro-político, mas igualmente como provedores de meios monetários. As mulheres são vistas como gestoras de recursos internos da família, fazedoras de poupança, fornecedoras de alimentos e subsistência aos seus dependentes.

Mas os direitos à terra pertencem aos chefes dos agregados familiares, os homens; as mulheres encontram-se na dependência destes para o acesso a este importante recurso. A ideologia de género, apregoa que o exercício destes direitos é mediatizado pela vontade e autoridade do homem. Se as mulheres ganham esta prerrogativa, usa-la-ão para desafiar a dominância masculina. O sistema centra-se no controlo da terra, mas envolve em última instância o controlo da ordem social. Na verdade, as concepções que fluem nos discursos sobre o social, podem ser lidas como dizendo algo sobre a inquestionabilidade do lugar masculino e da ordem das relações sobre os sexos. As disposições normativas, tanto do direito costumeiro como do moderno, relacionam o marido e pai com o chefe de família, qualidade na qual lhe cabe representá-la e decidir sobre todos os actos da vida conjugal. Enquanto mero cônjuge ou simples mãe as palavras da mulher são domésticas na sua validade.

Verificamos assim que a construção e o reforço da identidade constituem-se, desde há muitos anos, por afrontamentos repetidos com os defensores dos interesses dos grupos; mas desenvolvem-se, igualmente, pela procura de melhores condições de vida das populações fazendo recurso aos provedores de saúde.

O quadro das enfermidades e os espíritos agressores

A vontade de manter a saúde e o bem-estar da família tem estado sujeita a diversos investimentos quer no campo religioso tradicional como no da magia, um e outro participando de diferentes ritmos de construção que seguem significações sociais próprias de cada um dos campos. Monitorar a saúde da família constitui o protótipo de um mecanismo integrativo ou processo que cresce de importância à medida que as enfermidades aumentam devido ao incremento das epidemias, ausência de adequados serviços de saúde e escassos cuidados higiénicos. As mulheres são as intermediárias

ligando os parentes doentes aos fornecedores de serviços de saúde comunitários—os advinhos e curandeiros. A morte de uma mãe, particularmente em lugares onde o acesso à saúde e seus serviços faltam, põe em perigo a saúde de toda a família. A privação desta figura chave na vida da família não deixa apenas um vácuo emocional, mas a perda de uma coordenadora e implementadora do bem-estar familiar. As mulheres fazem muito mais do que trabalho doméstico; são promotoras, educadoras e provedoras de saúde.

As doenças são, muitas vezes, atribuídas aos espíritos dos ancestrais, pois constituem um meio de comunicação ordinária destes últimos com os homens. Nos casos de não cumprimento das regras de funcionamento do grupo, os espíritos podem agredir com doenças graves. Estas são sinal de insatisfação por parte dos antepassados. Assim é conveniente, portanto, interpretar e buscar as causas últimas de tal situação, por intermédio das magias.

Todas as doenças ocasionadas pela ruptura de interditos ou as transgressões são sujeitas a terapias diversas. O itinerário terapêutico normal consiste na consulta de dois especialistas: o adivinho que pode ser de ambos os sexos e o curandeiro, o *nyanga* (também homem ou mulher). O primeiro revelando através dos ossículos, o agente e a origem da doença, assim como as medidas a tomar, o segundo, cuidando dos sintomas através dos medicamentos que administra. Contudo a força dos medicamentos, de acordo com os nossos entrevistados, reside na força dos espíritos agressores do *nyanga* e dos espíritos protectores do doente.

Dentre as moléstias mais frequentes e que são diagnosticadas e tratadas pelos *nyangas* no bairro, salientam-se as possessões e os desvios mentais em geral, a tuberculose, a esterilidade e a epilepsia.

Pelo aumento crescente que se tem verificado no bairro destacaremos o tratamento das perturbações mentais, onde o *medium*, *nyamussoro* desempenha um papel fundamental ao inalar e capturar os espíritos que perturbam o doente. Com efeito, estes espíritos que se apoderam do doente tornam-no possesso, modificando o seu comportamento e provocando alterações mórbidas, de carácter fisiológico ou psíquico, tais como: mau apetite e perda de peso, falta de vontade de trabalhar, angústia, dores no peito, ausência de força nos membros superiores e inferiores e agressividade.

Segundo os nossos entrevistados, os espíritos podem ser de animais mortos ou de antepassados que, por iniciativa própria ou dirigidos por feiticeiros, se tornam senhores dos vivos. Como resultado ainda da guerra em que os mortos não foram convenientemente enterrados³, eles são, na sua maioria, de humanos e de desconhecidos. Estes apenas querem satisfazer os seus desejos, resultando a cura do possesso numa reconciliação entre o doente e o espírito. A reconciliação do doente com os espíritos possesores, salvo se forem maléficos, tem o efeito de enriquecer o património mágico-religioso da família ou do grupo, aumentando os seus vínculos com o sobrenatural e consolidando a segurança dos vivos face ao incerto e ao desconhecido.

A procura do *nyanga* para a cura de algumas doenças já mencionadas, não se recorrendo à medicina ocidental, surge também da crença de que esta se ocupa apenas dos aspectos sintomáticos da doença e de que algumas destas resultam da agressão dos ancestrais ou dos feiticeiros para os quais a medicina moderna não tem qualquer

³ Trata-se de indivíduos que foram mortos em emboscadas ou ataques da Renamo sem que tenham sido respeitados os rituais funerários convenientes e de acordo com o seu estatuto.

eficácia. Por outro lado, crê-se que, para certas doenças como a diarreia, as dores de cabeça e a asma, o tratamento com certo tipo de ervas e raízes é mais rápido e eficiente.

Mas a eficácia da fitoterapia não se limita apenas às suas virtudes farmacológicas. Todos os nossos interlocutores são unânimes em afirmar que o poder curativo das plantas provem, também, das palavras do terapeuta ao se dirigir aos antepassados que lhe transmitiram este saber. A escolha dos medicamentos necessários, por vezes, é revelada pelos ancestrais por intermédio dos sonhos. A sua recolha rodeia-se de um secretismo rigoroso e de atitudes ritualizadas como a invocação dos antepassados para que os iluminem durante a procura. Um aspecto central à prática da medicina tradicional é de que a cura não resulta da capacidade única do curandeiro mas do poder dos ancestrais: através da mediação, reza, canto, os praticantes induzem os espíritos ancestrais a guiarem-nos curando as doenças.

Alguns tratamentos compreendem ainda a fumigação, a inalação de substâncias carbonizadas ou pulverizadas, a feitura de escarificações, uma medicação fitoterapêutica associada a uma prescrição simbólica, de acordo com o género - por exemplo, dois banhos por dia se for homem e três se for mulher, a ingestão de substâncias à base de ossos triturados, de raspas de unhas e de pontas de animais, de pele de cobra e outras misturas.

Para beneficiar dos efeitos do medicamento é necessário respeitar ainda um conjunto de regras (horas, gestos, locais onde se devem tomar os medicamentos), interditos específicos (não comer certo tipo de animais como, por exemplo, galinhas ou aves em geral; não manter relações sexuais durante o tratamento).

No que respeita ao pagamento de honorários, todas as situações são, actualmente, possíveis: pagamento de uma parte, no início do tratamento ou apenas após a cura, com o estabelecimento de um montante fixo e/ou a oferta de certos bens em função da satisfação do cliente pelos serviços prestados.

As tarifas mudam de acordo com as seguintes variáveis:

- grau de conhecimento entre o doente e o praticante de medicina tradicional, ou a fama que ele granjeou no seu meio;
- acessibilidade de certas plantas ou ervas usadas nos tratamentos (durante o período da guerra, o acesso a determinadas áreas era extremamente perigoso pelo que os preços subiram extraordinariamente);
- complexidade da doença a ser tratada.

No contexto de situações estruturais que conduzem à vulnerabilidade, doença e pobreza a comunidade étnica recorre a nova rede de relações baseadas na co-residência para fazer face a constrangimentos de natureza diversa

As redes de solidariedade primária

A partilha de um mesmo espaço de habitação determina um funcionamento particular de relações, estruturando o quotidiano dos habitantes e contribuindo para reforço da sua identidade. Induzida por uma contiguidade geográfica, edifica-se uma proximidade essencial, erguida sobre uma comunidade de existência onde a solidariedade é um dado imediato.

De uma forma geral as redes constituem solidariedades primárias, uma vez que se trata de

configurações de relações correspondentes ao nível primário de apropriação social do mundo e de constituição de identidades, accionáveis em situações de necessidade para apoiar material ou moralmente aqueles que são reconhecidos como membros das redes (Nunes, 1995: 9-10).

Este apoio conduz igualmente a constituição de grupos informais de vários tipos visando defender os seus interesses (Mitchell 1969; Loforte, 2000, Santos e Gomes 1998, Cruz e Silva 2000).

No quarteirão do bairro todos os vizinhos se devem ajudar através de ofertas espontâneas ou quando solicitados; emprestam-se as pequenas parcelas de terra dificilmente obtidas; utensílios domésticos e instrumentos de produção agrícola; oferecem-se alimentos quando os outros recebem visitas ou em ocasiões rituais. Auxiliam-se, especialmente, nos momentos considerados críticos para a comunidade e para o grupo (defesa comum contra ladrões, por exemplo) e quando ocorrem desastres naturais. Em síntese, em caso de necessidade, a ajuda do vizinho não é limitada e está cuidadosamente prescrita, ainda que de modo informal. E, de tal maneira ela é aceite como natural que a ajuda que se presta hoje pode ser solicitada amanhã.

Quando cheguei os meus vizinhos ajudaram-me a construir a minha casa. Disseram-me logo onde poderia comprar caniço, estacas e zinco para a cobertura. Mais tarde, já conhecia todos os lugares, conseguia desenrascar-me sozinho e ajudei outros que chegaram depois.

Se a inserção económica e territorial são essenciais, dominar um espaço social também o é. No difícil momento da chegada, os emigrantes possuem um estigma, são pobres, são diferentes. Assim, a recriação dos laços de solidariedade numa base étnica, é uma estratégia que contribui para assegurar a integração dos indivíduos num meio urbano desconhecido e potencialmente hostil.

Outras redes de solidariedade constroem-se no quotidiano, onde as barracas de venda de bebida junto das habitações servem de lugares de sociabilidades masculinas. São locais de convívio, onde se mantém o controlo social e o reforço da identidade, aspectos cruciais para indivíduos que nasceram e cresceram num meio rural em que o conhecimento mútuo reforça a coesão.

As mulheres, por seu turno, contribuem para a solidificação destas relações pelo contacto diário com outras mulheres vizinhas. Partilham espaços comuns como o fontanário e o mercado. O fontanário, por vezes, é um local de lutas frequentes, de negociações para obtenção da água que escasseia mas, igualmente, uma oportunidade para se encetarem novos conhecimentos e se aprofundarem os já existentes. A procura de meios para minimizar a crise económica cria alianças e redes femininas que procuram o acesso a recursos tão importantes como capital e trabalho. Difundem no seu seio informações relativas à aquisição de produtos para revenda nos mercados informais.

Estas redes assumem, por vezes, uma carácter mais abrangente e interétnico, constituindo grupos informais de poupança⁴ e de ajuda mútua. As mulheres são as que mais aderem a estas práticas informais, alargando a sua rede social.

A intensidade, a diversidade da relações interpessoais⁵, dos intercâmbios que se desenvolvem entre vizinhos emergem desta descrição apresentada: elas observam-se tanto no quotidiano, como nas múltiplas festas, como a realização de casamentos, onde se mantém a endogamia étnica e rituais de invocação dos espíritos ancestrais.

As crenças e práticas religiosas na construção identitária

A religião serve de representação simbólica em todas as dimensões da vida dos habitantes, por via dos ancestrais que intervêm, na generalidade, nas actividades que o indivíduo e o grupo desenvolvem. Agindo ritualmente e solicitando a acção benévola dos antepassados, garante-se a segurança e a prosperidade dos vivos. No altar da família, na árvore dos antepassados designado *gandzelo*, realiza-se a invocação dos espíritos em numerosas situações como a obtenção do emprego, o início de um negócio, mas igualmente para apaziguar os espíritos agressores que molestam e criam a desordem, prometendo-lhes a satisfação dos seus desejos. Intervindo como conciliadores nas diferentes unidades domésticas, assegura-se a sua unidade. Funcionando como sistema de referência e de identidade de grupo, os cultos que assumem uma continuidade persistente, congregam regularmente os membros do grupo, procuram obter a protecção legitimadora do espíritos linhageiros que garantem a eficácia e o sucesso dos projectos colectivos.

Mas algumas práticas religiosas estão sendo simplificadas, outras já caíram em desuso, outras ainda assumem formas sincréticas⁶ apresentando uma adaptação à sua realização em contexto urbano ou o abandono de uma prática exclusiva da religião tradicional. Os indivíduos do grupo circulam, assim, entre universos culturais diferenciados.

As formas simbólicas integrantes da cultura local são vectores de significados múltiplos e dinâmicos sendo partilhados ou rejeitados pelas categorias sociais presentes.

Como afirma Madureira Pinto (1991:227)

a construção de identidades alimenta-se sempre de alteridades (reais ou de referência) e por isso nunca exclui em absoluto convívios e infidelidades recíprocas- para desespero dos que nela querem ver o desenvolvimento harmonioso e coerente de umas tantas substâncias essenciais.

⁴ Nos grupos de poupança denominados **xitik**, mulheres amigas, colegas ou vizinhas, acordam entre si descontar em periodos fixos de oito a vinte dias uma certa quantia, sendo o total entregue a uma fiel depositária. A colecta vai beneficiar, em turnos, a cada uma das participantes.

⁵ Para mais detalhes sobre características das ligações entre indivíduos e natureza das interacções sociais em meio urbano veja-se “network approach” (Mitchell, 1969; Andrade et al 1998, Cruz e Silva 2000, Loforte 2000).

⁶ Refiro-me às práticas ligadas às seitas religiosas zione onde elementos importantes da cultura local são mantidos como seja o cultos dos espíritos dos antepassados, os modelos de adivinhação, o uso de tambores, o simbolismo das cores, a par de elementos como seja a leitura da biblia e a importância atribuída à inspiração do Espírito Santo na cura das doenças.

Os quadros simbólicos da religião são o suporte das sociabilidades do bairro. Graças a estes, os grupos situam-se tanto no espaço físico como no social ou relacional. Eles permitem a apreensão de uma realidade quotidiana múltipla e polisémica feita de mudanças, de reencontros, de ritmos temporais, de escolhas e de sonhos.

Conclusão

A análise das práticas e representações sociais permitiu identificar como se constroem os elementos integrantes da identidade étnica e de género. Nas dificuldades inerentes à chegada e percurso dos migrantes, a categoria de pertença efectua-se simbolicamente pelo reconhecimento do território como lugar identitário.

O reforço da identidade, transmitido de geração em geração e vivido de forma intensa, é uma construção social permanentemente conquistada e legitimada por processos constantes de negociação, de forma a ultrapassar conflitos com outros grupos. Com efeito, os símbolos não são pacificamente aceites, provocando por vezes desvios às normas instituídas, conduzindo a comportamentos desviantes e provocando sérios problemas de coesão social. Na verdade, como afirma Osório (1998:70)

Nas zonas urbanas (...) onde a ocupação e a vivência do espaço social, que é a casa, é muito diferente do campo, onde o confronto com a modernidade (meios de comunicação, escola, novos espaços de convívio) é quotidiano e violento, a construção da identidade dos jovens faz-se através de múltiplos agentes de socialização cujos desacordos e tensões são mais importantes que as necessárias complementaridades.

Mas as diferenças internas de estatuto entre os grupos podem engendrar sistema de relações onde, de certa maneira, os indivíduos se unem através de canais de interdependência cerrados. A assistência social, por intermédio de redes de solidariedade, estrutura a lógica e as práticas do grupo cuja marginalidade é extrema..

O jogo das interações sociais intra ou intergrupais é um factor crucial na definição identitária do grupo. Confronta-se com duas exigências: não pode existir socialmente senão afirmando-se, quer no plano dos valores que asseguram uma identidade e um laço afectivo do grupo, quer sobre o plano dos interesses que lhe dão um lugar nas relações sociais.

Bibliografia

Amselle J. L.

1985 *Ethnies et Espaces: Pour une Anthropologie Topologique*, in Amselle, J. e M'Bokolo, E. *Au Coeur de l'Ethnie: Ethnies, Tribalism et Etat en Afrique*. Paris, La Decouverte.

Cohen R.

1978 *Ethnicity: Problems and Focus in Anthropology*, in «Annual Review of Anthropology», Vol. 7 : 379-403.

Cruz e Silva T.

2000 *As Redes de Solidariedade como Intervenientes na Resolução de Litígios: o Caso da Mafalala*, in *Conflito e Transformação Social: Uma Paisagem da Justiça em*

Moçambique, Relatório de Pesquisa Parte 4. CEA/UEM, CES/ Universidade de Coimbra.

Gerholm T.

1977 *Etnicidade- História sobre Uma Nova Palavra*, traduzido para texto de apoio do DAA. Original in «SIDA» Report 8: 4.

Lima M. A.

2000 *How Did I Become a Leader in My Family Firm? Assets for sucession in contemporary Lisbon Financial Elites*, in «Elites», Oxford.

Loforte A.

1984 *A Preservação de Valores Tradicionais em Meio Urbano*, in: «Trabalhos de Arqueologia e Antropologia», N. 6.

2000 *Género e Poder entre os Tsonga de Moçambique. Colecção Identidades*, Edição Promédia, Maputo.

Madureira Pinto J.

1991 *Considerações sobre a Produção Social de Identidade*, in «Revista Crítica de Ciências Sociais», N. 32: 217-231.

Maffesoli M.

1980 *Le rituel et la vie quotidienne comme fondements des histoires de vie*, «Cahiers Internationaux de Sociologie», LXIX, pp 341-349.

Meneses P.

2000 *Os Outros e Nós: a Questão do Acesso, Uso e Gestão dos Recursos Naturais em Licuát in Conflito e Transformação Social: Uma Paisagem da Justiça em Moçambique*. Relatório de Pesquisa, Parte 4. CEA/UEM , CES/Universidade de Coimbra.

Mitchell C.

1969 *Social Networks in Urban Situation: Analyses of Personal Relationships in Central Africa Towns*, Manchester, Manchester University Press.

Osório C.

1998 *Escola e Família- Diferenças e Complementaridades in Relações de Género em Moçambique: Educação, «Trabalho e Saúde»*, DAA/UEM, Maputo.

Pina Cabral, J.

2000 *How Do Macanese Achieve Collective Action?*, in «Elites», Oxford.

2000 a *A Difusão do Limiar: Margens, Hegemonias e Contradições*, in «Análise Social», Vol. XXXIV, n.153. 865-892.

Prost B.

1991 *Du Rural au Peri-Urban: Conflit de Territoire et Requalification de l'Espace*, in «Bulletin des Geographes» Français, 2.

Rex J.

1986 *Raça e Etnia*, Editorial Estampa, Lisboa.

Vail L.

1989 *Ethnicity in Southern Africa History* in Vail, L (ed) *The Creation of Tribalism in Southern Africa*, James Currey Publishers, London.

Velho G.
1999.*Antropologia* Zahar Editores, Rio de Janeiro.

FACTORES DE RISCO ASSOCIADOS À TRANSMISSÃO DA DIARREIA EM CRIANÇAS DOS 6 MESES AOS 7 ANOS NO BAIRRO DO XIPAMANINE*

Da Costa J. L., Colombo M., Da Costa I., Folgosa E., Sidat M., Cappuccinelli P.

Introdução

As diarreias continuam a ser em Moçambique e em muitos países em desenvolvimento um dos problemas de Saúde. Pública mais importantes. São doenças transmissíveis não preveníveis por vacina e que ocorrem com frequência de forma isolada ou associada à malnutrição e malária causando elevadas taxas de mortalidade nos países em desenvolvimento.

De acordo com dados da OMS as diarreias causam 4 a 5 milhões de mortos por ano; as crianças dos 0 – 2 anos de idade são o grupo de maior risco particularmente nos países em desenvolvimento onde estão frequentemente associados à malnutrição.

Embora várias epidemias de doenças diarreicas e intoxicações alimentares tenham ocorrido em diversas zonas de Moçambique, conclusões acerca do veículo de transmissão têm sido na maior parte dos casos por deduções feitas com base no elevado número de casos expostos ao suposto factor de risco. Mais ainda, estas associações são muitas vezes feitas sem uma confirmação laboratorial do agente etiológico.

Sebe-se que factores como as condições de saneamento, o baixo nível de higiene individual e em lugares de uso colectivo estão frequentemente implicados em epidemias descritas em outros países. Moçambique tem para além deste problemas, grande fragilidade dos sistemas de controle de qualidade de água de consumo nas zonas rurais e dos alimentos importados e ou vendidos nos mercados oficiais e paralelos. Assumindo que todos estes factores poderiam estar na origem da eclosão e manutenção de surtos os autores propuseram-se a fazer um estudo caso-contrôle emparelhado, para identificar os factores de risco associados às dinâmicas de transmissão e persistência dos agentes etiológicos das diarreias em crianças dos 6 meses – 7 anos.

Em paralelo pretendeu-se identificar o papel de factores culturais e práticas da população com relação à manipulação dos alimentos e água que facilitam a transmissão dos agentes etiológicos das diarreias.

Os casos foram escolhidos de entre as crianças que visitavam o Centro de Saúde do Xipmanine com história de 3 ou mais dejectões líquidas nas últimas 24 horas, sem história de tratamento com algum antibiótico ou desparasitante nos últimos 7 dias. Não foram incluídas na amostra casos de diarreia associados a outras doenças como por exemplo, a malária, a infecção urinária e as otites.

* PROGRAMMA MALATTIE TRASMISSIBILI. COOPERAZIONE UNIVERSITARIA ITALIANA (DGCS). REGIONE SARDEGNA. Autori: da Costa G. L.; da Costa L.: Dipartimento di Salute della Comunità, Fac. Medicina, Maputo. Colombo L.: Dipartimento di Biologia Cellulare e dello Sviluppo, Fac. Scienze, La Sapienza Roma. Folgosa E.; Sidat M.: Dipartimento di Microbiologia, Fac. Medicina, Maputo. Cappuccinelli P.: Dipartimento di Scienze Biomediche, Fac. Medicina, Sassari:

Para cada caso foi escolhido um controle constituído por indivíduos do mesmo sexo e idade que o caso, e residentes na mesma área, sem história de dejectões líquidas nos últimos 60 dias anteriores à data de recolha de dados.

A área de estudo foi o Bairro do Xipamanine. Motivou a escolha desta zona o facto de este bairro ter durante anos consecutivos ter registado o maior número de casos das diarreias ocorridas na Cidade de Maputo. De acordo com dados da Direcção de Saúde da Cidade do Maputo, em 1996, por exemplo, registaram-se 34.095 casos de diarreia nesta zona, dos quais 25.406 (75%) em crianças do 0 – 14 anos.

OBJECTIVOS

Objectivo geral

Descrever as características epidemiológicas, microbiológicas, ecológicas e culturais das dinâmicas de transmissão e persistência das doenças diarreicas.

Objectivos específicos

- I. Determinar o modo de transmissão predominante, das doenças diarreicas.
- II. Identificar práticas da população que poderão reduzir a transmissão do agente sem haver necessidade de *inputs* externos, para impedir a sua persistência e multiplicação.
- III. Descrever o modelo explanatório das doenças diarreicas ao nível da população e identificar eventuais níveis de intervenção dentro destes modelos de modo a obter maior colaboração da população na redução da transmissão das diarreias
- IV. Identificar comportamentos de risco a combater e práticas com efeito protector a encorajar, com relação ao manuseamento, confecção e conservação dos alimentos e ao manuseamento e conservação da água de consumo.

Variáveis estudadas

Foram estudadas as seguintes variáveis: idade, sexo, local de residência, tamanho do agregado familiar, ocupação do pai/mãe, condições sócio económicas, fonte de abastecimento de água, manuseamento, confecção e conservação dos alimentos, consumo ou não de bebidas tradicionais, uso ou não de biberon.

Para além das variáveis demográficas, e variáveis sobre a etiologia, modo de transmissão, manipulação e modo de conservação dos alimentos, vão ser incluídas no questionário, dados qualitativos resultantes de pesquisa com relação aos aspectos culturais com vista a determinar até que ponto estes factores poderão estar ou não associados a práticas que facilitam a transmissão do agente.

RESULTADOS

Estudou-se um total de 960 crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 7 anos, sendo 475 casos e 485 controles. O grupo de casos é composto por 236 indivíduos do sexo masculino e 239 do sexo feminino e o de controles contém 253 do sexo masculino e 232 do sexo feminino.

Como foi já anunciado o grupo etário em estudo compreende crianças dos 6 meses aos 7 anos. Os resultados mostram uma distribuição bimodal com dois picos aos 12 meses e aos 24 meses.

Condições Sócio Econômicas

Para avaliar estes indicadores usaram-se variáveis como: o local de residência, o tipo de habitação, a fonte de abastecimento de água, a eliminação de excretas:

O grupo estudado vive majoritariamente em zonas suburbanas com maior incidência nos Bairros do **Aeroporto e Xipamanine**. O grupo de casos distribui-se da seguinte maneira: 257 (54,1%) residem no bairro do Aeroporto e 138 (29,1%) no Xipamanine. Os restantes Bairros têm a seguinte distribuição: **Chamanculo** com 45 (9,4%), **Munhuana** com 15 (3,1%) e os restantes 20 (4,3%) distribuem pelos Bairros **Mincadjuine e Vulcano**.

Nos controles a distribuição é a seguinte:

Aeroporto 257 (53,5%) Xipamanine 132 (27,5%) Chamanculo 51 (10,6%) Munhuana e Mincadjuine os restantes 40 (8,4%).

TIPO DE HABITAÇÃO¹

TIPO DE HABITAÇÃO	CASOS		CONTROLES		OR	95% IC	P
	N	%	N	%			
ALVENARIA	274	58,3	251	52,4	1,15	[0,89<OR<1,50]	0,3
CANIÇO	84	17,9	108	22,5	0,75	[0,54<OR<1,04]	0,006
OUTROS	112	23,8	120	25,1	0,94	[0,69<OR<1,27]	0,7
TOTAL	470	100,0	479	100,0			

O tipo de habitação predominante é composto de casas de alvenaria tanto nos casos e como nos controles. As casas de caniço são mais frequentes no grupo de controles. Seria de esperar um resultado contrário, todavia temos que notar que apesar de possuir um valor de *p* significativo, possui um intervalo de confiança que contém valor 1, pelo que não de valorar tanto esta diferença observada.

FONTE DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

Marior parte da população estudada usa água canalizada.

FONTE DE AGUA	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
CANALIZADA	468	99,3	477	99,3
AGUA DO POÇO	3	0,7	3	0,7
TOTAL	471	100,0	480	100,0

¹ São utilizados os testes de Mantel-Haenszel e Yates corrigidos segundo o caso. O programa estatístico EPI-INFO assume uma distribuição normal das proporções para estimar o intervalo de confiança de 95% para o Odd Ratio. IC: intervalo de confiança, P: probabilidade (significativo um valor de $P < 0.05$).

OR=0,98 [0,16<OR<6,10]

P=0,6

Também não se encontram diferenças entre caso e controles. No entanto é importante referir que tratando-se de um estudo onde o critério de escolha dos controles foi o ser vizinho do caso, é de esperar que as condições habitacionais sejam semelhantes. O que pode ser diferente prende-se fundamentalmente com aspectos comportamentais que poderiam reflectir-se na conservação e manuseamento da água. Por isso este dado deveria ser complementado com informações laboratorias sobre o estado de contaminação da águas. Devia-se ter colhido amostras de água para análise nas residências dos casos e dos controles, o que não foi possível por falta de meios.

ELIMINAÇÃO DE EXCRETAS

ELIMINAÇÃO DE EXCRETAS	CASOS		CONTROLES		OR	95%IC	P
	N	%	N	%			
FOSSA SEPTICA	224	49,4	282	57,5	0,68	[0,52<OR<0,88]	0,03
LATRINA MALHORADA	144	31,8	146	30,3	1,05	[0,79<OR<1,40]	0,7
LATRINA SIMPLES	85	18,8	54	11,2	1,80	[1,23<OR<2,65]	0,02
TOTAL	453	100,0	482	100,0			

Aqui é evidente o papel o modo de eliminação de excretas como factor de risco. Os casos apresentam-se em maior proporção na eliminação em latrinas simples e em menor em latrinas melhoradas e fossa séptica ($p<0.05$). As crianças residentes em habitações com latrinas simples, apresentam maior risco de contrair diarreias em relação às restantes.

IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS FACTORES DE RISCO

Práticas com relação à água de consumo

Para estimar a disponibilidade de água para além da fonte de abastecimento, procurou-se saber qual o tempo mínimo necessário para as mães se deslocarem do local de residência à fonte de abastecimento de água e as quantidades que normalmente consomem por dia.

Constatou-se que o tempo variava entre 5 a 50 minutos tendo a quantidade de água sido proporcional à distância percorrida, ou seja quanto maior fosse o tempo menor quantidade é colectada. As quantidades de água apontadas como necessárias atingiam valores na ordem dos 180 a 220 litros para os que têm água canalizada e para aqueles que percorrem a distância em 5 minutos ou menos. Os casos com maiores dificuldades apontam consumos diários estimados entre 40 e 80 litros havendo um caso extremo de 15 litros.

Estudou-se também o modo de conservação de água no domicílio e considerou-se correctamente conservadas os casos que têm água para beber recipiente fechado e conservado dentro de casa.

MODO DE CONSERVAÇÃO DE ÁGUA

CONSERVAÇÃO DE AGUA	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SIM	400	88,4	417	88,5
NÃO	53	11,6	54	11,5
TOTAL	453	100,0	471	100,0

OR=0,91 [0,59<OR<1,41]

P=0,74

Aqui também não se encontram diferenças mas a correcta avaliação desta variável impunha também um conhecimento sobre o estado higiénico da água, isto é, contaminada ou não.

TRATAMENTO DA ÁGUA DE CONSUMO

Todas as mães foram convidadas a explicar se fazem algum tratamento à água. E considerou-se que sim todas as que disseram que fervem-na ou passam-na por um filtro antes de a beberem.

TRATAMENTO DA ÁGUA DE CONSUMO	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SIM	217	45,9	220	45,3
NÃO	256	54,1	265	54,7
TOTAL	473	100,0	485	100,0

$\chi^2=0.56$

P>0.05

HISTÓRIA ALIMENTAR

Uso de biberom e ocorrência de diarreia.

USO DE BIBEROM	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SIM	37	10,3	23	7,8
NÃO	321	89,7	269	92,2
TOTAL	358	100,0	292	100,0

OR=1,24 [0,69<OR<2,22]

P=0,53

Não se encontrou associação estatística.

Esta pergunta foi só dirigida às mães com crianças com idade igual ou inferior aos 2 anos.

Mama ao peito e ocorrência de diarreia

MAMA AO PEITO	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SIM	252	70,5	164	56,5
NÃO	105	29,5	126	43,5
TOTAL	357	100	290	100

OR=1,84 [1,31<OR<2,59]

P=0,0002

Só foram incluídas crianças com idades compreendidas entre os 6 meses e os 2 anos.

AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Conhece a causa da diarreia

Considerou-se conhecedor do agente quem declamasse: bichinhos, parasitas ou bactérias.

CONHECIMENTO SOBRE O AGENTE	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SABE	70	15,5	90	20,3
NÃO	382	84,5	353	79,7
TOTAL	452	100,0	443	100,0

OR=0,59 [0,39<OR<0,88]

P=0,009

ou seja $p < 0,05$

Os restantes 23 casos e 42 controlos não responderam.

O conhecimento sobre o agente parece ter relação com a ocorrência de diarreia.

ACHA QUE A DIARREIA É UMA DOENÇA TRANSMISSÍVEL

Conhecimento sobre a transmissibilidade da diarreia.

TRANSMISSIBILIDADE DA DIARREIA	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SABE	79	25,0	142	39,6
NÃO	237	75,0	216	60,4
TOTAL	316	100,0	358	100,0

É evidente a associação entre os casos e a falta de conhecimento da transmissibilidade das diarreias. OR=0,36 [0,24<or<0,54] p<0,001.

COMO SE TRANSMITE?

Modo de Transmissão

RESPOSTAS	CASOS		CONTROLES		OR	95%IC	P
	N	%	N	%			
ÁGUA	16	6,7	36	13,9	0,53	[0,27<OR<1,03]	0,006
ALIMENTOS	36	15,1	75	29,2	0,44	[0,27<OR<0,70]	0,0003
PESSOA A PESSOA	21	8,7	29	11,2	0,73	[0,39<OR<1,38]	0,38
NÃO SABE	166	69,5	118	45,7	2,67	[1,81<OR<3,94]	0,0000
TOTAL	239	100,0	258	100,0			

Nesta tabela também é notória a diferença entre casos e controles com relação ao conhecimento que as mães sobre o modo de transmissão das diarreias, avendo melhor conhecimento ao nível do grupo de controle.

ACHA QUE A DIARREIA TEM CURA

A diarreia tem cura

DIARREIA TEM CURA	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SIM	447	97,8	469	99,3
NÃO SABE	10	2,2	3	0,7
TOTAL	457	100,0	472	100,0

OR=0,29 [0,06%<OR<1,15]

P=0,08

SABE COMO PREVENIR A DIARREIA

Considerou-se que sabe ou confece o modo de prevenção as mães que respondessem: cuidados higienicos, lavar os alimentos e as mãos, conservar a água de consumo tapada, tapar a latrina e lavar as mãos após da latrina.

MODO DE PREVENÇÃO	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SABE	305	65,9	266	55,2
NÃO SABE	158	34,1	216	44,8
TOTAL	463	100,0	482	100,0

OR=1,13 [0,85<OR<1,51]

P=0,41

ACHA QUE AS FEZES DA CRIANÇA DOENTE PODE TRANSMITIR AS CRIANÇAS?

Criança transmite a outra criança

CRIANÇA TRANSMITE A CRIANÇA	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SIM	72	15,3	86	18,0
NÃO	399	84,7	392	82,0
TOTAL	471	100,0	478	100,0

OR=1,3 [0,73<OR<1,46]

P=0,93

Criança transmite diarréia outro adulto

CRIANÇA TRANSMITE ADULTO	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SIM	61	13,0	78	16,3
NÃO	407	87,0	399	83,7
TOTAL	468	100,0	477	100,0

OR=0,77 [0,53<OR<1,12]

P=0,17

Embora as diferenças não sejam significativas, mais uma vez se constata fraco conhecimento com relação a transmissibilidade, sendo maior a proporção das que não sabem entre as mães dos casos.

AVALIAÇÃO DE ATITUDES PERANTE UM QUADRO DE DIARREIA

Quando a Criança Tem Diarreia Costuma Dar Líquidos?

TOMA LÍQUIDOS	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SIM	462	98,6	469	98,3
NÃO	6	1,4	8	1,7
TOTAL	468	100	477	100,0

OR= 1,31 [0,41<OR<4,29] P=0,81

Embora as diferenças não sejam significativas, é notório o conhecimento com relação a importância da hidratação da criança com diarreias.

QUE TIPO DE LÍQUIDOS DÁ A CRIANÇA QUANDO ESTA TEM DIARREIA

TIPO DE LÍQUIDOS	CASOS		CONTROLES		OR	95%IC	P
	N	%	N	%			
MISTURA ORAL	358	82,5	362	81,1	1,9	[0,76<OR<1,56]	0,67
ÁGUA DE ARROZ	37	8,5	69	15,4	0,51	[0,33<OR<1,56]	0,002
CHÁ DE FOLHAS	39	9,0	15	3,5	2,84	[1,49<OR<5,47]	0,000
TOTAL	434	100,0	446	100,0			

A mistura é muito conhecida e ambas declaram dar à criança. A água de arroz parece ser muito usada pelas mães do grupo de controle enquanto que os chás de folhas não especificadas (provavelmente, medicamentos tradicionais) são mais usadas pelas mães das crianças doentes.

CONHECE ALGUM TRATAMENTO CASEIRO PARA DIARREIA

Costuma dar tratamento caseiro a criança quando esta tem diarreia.

TRATAMENTO CASEIRO	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
SIM	138	29,6	161	30,0
NÃO	328	70,4	376	70,0
TOTAL	466	100,0	478	100,0

OR=0,83 [0,62<OR<1,18] P=0,20

AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS QUE CONTAMINAM A ÁGUA

Onde a criança costuma defecar?

ONDE DEFECA	CASOS		CONTROLES	
	N	%	N	%
NA LATRINA	62	13,3	103	21,5
OUTROS	405	86,7	376	78,5
TOTAL	467	100,0	479	100,0

OR=[0,56<OR<0,80] P=0,001

Outros inclui fraldas, no pinico ou no chão. Muitas vezes a latrina não usada por crianças menores de 5 anos.

TEM POÇO DE ÁGUA E LATRINA EM CASA

Alguns tem poço e latrina, outros apenas tem latrina entretanto existe os que não tem poço nem latrina.

	CASOS		CONTROLES		OR	95%IC	P
	N	%	N	%			
POÇO E LATRINA	9	1,8	9	2,2	1,03	[0,37<OR<2,85]	0,85
LATRINA	429	91,5	453	91,5	0,67	[0,39<OR<1,15]	0,16
SEM LATRINA E POÇO	29	6,7	18	3,4	1,70	[0,90<OR<3,24]	0,11
TOTAL	467	100,0	480	100,0			

CONCLUSÕES

Dum modos geral, não se encontraram diferenças significativas entre as condições sócio-económicas entre os casos e os controles. Diferenças significativas foram mais notórias na avaliação de conhecimentos, atitudes e práticas. É evidente a falta de conhecimentos sobre a etiologia, o modo de transmissão e medidas de prevenção, no grupo de casos. No concernente a comportamentos também predominam no seio dos casos práticas que favorecem a disseminação

da doença. Apesar de este estudo ter sido feito num período de epidemia de cólera, em que os meios de comunicação pública e as autoridades sanitárias frequentemente divulgavam medidas de prevenção constatou-se a que mensagem ou não chegava ou não era compreendida e acatada por muitas mães, sendo mais evidente no seio dos casos. Neste contexto é de esperar que maior parte dos casos de diarreia resultam de comportamentos inadequados das famílias em que as crianças estão inseridas. Isto aponta para a necessidade de maior e persistente campanhas de educação sanitária, com avaliações periódicas do impacto dessas campanhas para permitir a revisão das estratégias adoptadas durante este processo de modo a torná-las mais eficazes.

IDENTIFICAZIONE DEGLI ITINERARI TERAPEUTICI DEGLI ABITANTI DI XIPA-MANINE, MAPUTO

Di Esmeralda C. Mariano

Introduzione

In Mozambico, la diarrea, le infezioni respiratorie acute e la malaria sono tra le principali cause di morte dei bambini con meno di cinque anni. Il quartiere di Xipamanine, situato nella fascia peri-urbana di Maputo, presenta un territorio che è una depressione rispetto alle aree circostanti dove, in mancanza di un efficiente sistema di drenaggio, le acque pluviali si accumulano, creando così l'ambiente adatto allo sviluppo della malaria e di altre malattie, in particolare la diarrea. Un motivo della scelta è stato dunque fondato sull'interesse di svolgere un'analisi qualitativa, complementare agli studi epidemiologici realizzati nel quartiere nel corso degli ultimi anni. Altro motivo d'interesse risiede nel fatto che Xipamanine presenta un carattere multietnico e gli abitanti confrontano sistemi di pensiero e pratiche eterogenee; tale complessità dà luogo a differenti sistemi di cura e itinerari terapeutici, che variano in funzione di molteplici fattori (economici, sociali, culturali e educativi).

Obiettivi della ricerca

La ricerca, ha lo scopo di conoscere i percorsi terapeutici degli abitanti del quartiere di fronte alla malattia, vale a dire, cosa utilizzano per curarsi, come e dove. Per rispondere a queste domande mi sono proposta di analizzare alcune questioni fondamentali:

- il concetto di malattia
- le tipologie della malattia
- il dispositivo terapeutico, in altre parole, i sistemi di cura e gli attori terapeutici

Le narrazioni dell'esperienza di malattia o ad essa associate, presentate dai miei informatori, hanno ruotato intorno al concetto di nyokane, ritenuto da un lato il principio vitale per eccellenza, dall'altro considerato con una connotazione negativa, come fonte di malattie. Per questo motivo, il concetto di nyokane sarà centrale nel mio discorso analitico, inteso come oggetto culturale, il quale condensa in sé una rete di significati collegati alla salute e alla malattia. Non sempre le narrazioni sono uniformi fra di loro, e d'altra parte spesso non concordano con la letteratura antropologica¹, rendendo piuttosto complessa l'elaborazione di un discorso lineare e unitario.

Tecniche e limiti della ricerca

Dal punto di vista teorico-metodologico, la ricerca si basa sull'analisi dei significati attribuiti alla malattia e sull'utilizzazione del supporto linguistico, secondo l'approccio cognitivista nell'ambito dell'antropologia medica. Facendo riferimento alla

¹ Green Edward, C., *Indigenous theories of disease*, AltaMira Press, USA, 1999

letteratura esistente, ritengo indispensabile innanzitutto analizzare alcuni dei concetti usati, che hanno spesso assunto connotazione riduttiva, quando sono riferiti alle società a tradizione orale. Tra essi il concetto di “credenza” come categoria analitica in antropologia, messo in contrapposizione alla “conoscenza” di cui, in accordo con Good, propongo il superamento. Good (1999:32). Vorrei qui proporre inoltre una riflessione sul concetto di “tradizionale”, riferito alle pratiche mediche locali; la medicina “tradizionale”, come ogni altro fenomeno sociale, non è di fatto statica, ma è soggetta a cambiamenti, aperta e disposta ad integrare nel suo sistema di cura, altre pratiche, come dimostra la preoccupazione e l'interesse dei guaritori nel trovare risposte alle “nuove” malattie, come ad esempio l'AIDS. Il guaritore e i sistemi di cura locali “tradizionali”, agiscono in un processo d'interazione con altre forme di sapere e di cura “moderne”; nello studio, si evidenziano alcuni aspetti di trasformazione, integrazione e disintegrazione, di elementi “tradizionali” e “moderni”, termini che comunque continuerò ad utilizzare in modo convenzionale.

Per quanto riguarda la documentazione bibliografica specifica, le principali fonti utilizzate sono le istituzioni mozambicane legate direttamente o indirettamente al tema della ricerca: Ministero della Sanità, Direzione della Sanità a livello della città di Maputo, Archivio Storico del Mozambico, Università Eduardo Mondlane.

La ricerca sul terreno, con i primi contatti diretti col quartiere, è iniziata nel dicembre 1999, durando fino ad agosto del 2000. Durante i mesi di Gennaio e Febbraio, a causa delle piogge torrenziali, che hanno sconvolto il sud del paese, non è stato facile frequentare sistematicamente il quartiere, sia per motivi pratici ma anche d'opportunità, perché le persone erano tristi, perché la pioggia aveva distrutto molte case e le persone erano impegnate nella ricostruzione.

Il lavoro è stato condotto negli spazi dove si registra una maggiore concentrazione di persone, alla ricerca di cura e di guarigione. È stata scelta pertanto, all'interno del mercato, l'area dedicata alla vendita dei prodotti fitoterapeutici che, a livello della città, è senza dubbio la più importante per dimensione e diversificazione dei prodotti disponibili. Oltre al mercato, ho scelto il Centro Sanitario², per la raccolta di dati-narrazioni sui percorsi esperienziali dei malati e di coloro che li accompagnano.

Avvalendomi del presupposto metodologico dell'osservazione partecipante, al fine d'impostare sul terreno il percorso di ricerca, ho iniziato a seguire i movimenti delle persone all'interno e all'esterno del mercato di Xipamanine, poi la mia attenzione si è spostata verso il centro sanitario del quartiere e infine, nel caso in cui era possibile, sono entrata negli spazi più intimi, nelle abitazioni stesse degli informatori. Spostandomi nei vari spazi (centro sanitario, mercato e abitazioni), ho potuto anche verificare come i differenti ambienti influenzassero il comportamento e gli atteggiamenti delle persone, in rapporto alla loro percezione della malattia.

Normalmente le interviste si svolgono nella lingua veicolare, il portoghese, ed alcune in *xichangane* e *xirhonga*, lingue parlate nel sud del Mozambico e dominanti nel quartiere di Xipamanine. Non tutti gli interpellati si sono dimostrati disponibili al colloquio o hanno fornito informazioni particolarmente utili, in alcuni casi hanno preferito l'anonimato, solo con alcuni ho stabilito un rapporto sistematico. Negli spazi abitativi, dove si sono svolti gli incontri con alcuni dei miei informatori, ho lasciato che l'interlocutore narrasse il più liberamente possibile il suo percorso esperienziale

² Centro de Saúde de Xipamanine

della malattia, raccogliendo così alcune storie di vita. In questi spazi, ho potuto osservare più da vicino vari aspetti della loro vita privata.

La maggioranza degli informatori sono donne, che vivono in condizioni disagiate, in abitazioni precarie, senza acqua canalizzata ed elettricità. Sono principalmente casalinghe, alcune di loro esercitano il commercio informale e altre ancora, che hanno la possibilità d'acquisire un pezzo di terra fuori del quartiere, si dedicano all'attività agricola. Ogni volta che mi sono recata nel quartiere, partendo dal centro, avevo la sensazione di viaggiare in due mondi contrastanti, diversi, pur trattandosi della medesima città.

Il quartiere di Xipamanine

Il suo nome deriva da un albero chiamato imphama, in lingua rhonga, sotto il quale approfittando dell'ombra, le donne provenienti dai campi vendevano i loro prodotti agricoli. Yussuf A. Et al (1997:4)

Xipamanine è un quartiere popolare collocato in una fascia intermedia, tra le zone centrali e la gran periferia della città di Maputo, capitale del Mozambico che, in termini amministrativi, si suddivide in cinque distretti urbani (DU), in quartieri e finalmente in isolati, che rappresentano l'unità più piccola. Xipamanine, appartiene al distretto urbano n°.2, ed è suddiviso in 60 isolati.

È difficile avere dei dati precisi sulla popolazione del quartiere, poiché si osserva un incessante afflusso di persone, fenomeno incontrollabile da parte delle strutture amministrative preposte. Il fenomeno dell'inurbamento in tutta la città è cresciuto drammaticamente durante l'ultima guerra (1980 – 1990), perché le persone vi cercavano rifugio. Espling (1999:113). Secondo i dati dell'ultimo censimento (1997), gli abitanti di Xipamanine sono 24.133. Il quartiere, dopo Mavalane B, ha la densità di popolazione più alta della città, vale a dire 485 ab/ha, rispetto alla media di 181 ab/ha.

La distribuzione della popolazione si presenta piuttosto irregolare e disordinata, essendo molte abitazioni costituite da costruzioni precarie e baracche, costruite in piccole aree, con pochissimo spazio intorno. I materiali utilizzati sono diversi: legno, zinco, blocchi di cemento, cannicciata. Le case sono separate da stretti vicoli di terra, che sono spesso vie di transito ma anche fogne a cielo aperto. La rete idrica è incompleta e carente, gli abitanti non dispongono neppure di fonti pubbliche, le strutture sanitarie sono precarie; l'insufficienza delle infrastrutture e la forma caotica d'utilizzazione del suolo, creano pertanto enormi difficoltà agli abitanti del quartiere. La principale attività economica è nel settore informale, riguarda la vendita d'alimenti, bevande, vestiti ed ogni genere di prodotto, lungo le strade, sui marciapiedi, sulla porta delle case ed anche all'interno delle stesse abitazioni.

Le strutture sanitarie della città e del quartiere

L'organizzazione sanitaria a livello nazionale (S.N.S.), prevede l'esistenza del *Posto de Saúde* e del *Centro de Saúde* che costituiscono le unità sanitarie più periferiche e corrispondono al primo grado dei servizi sul territorio. Il primo è l'unità più piccola in termini di servizi e strutture, mentre la seconda è più complessa e comprende anche una farmacia ed un laboratorio d'analisi. A livello della città di Maputo esistono tre Ospedali Generali e 12 Centri Sanitari. Il Posto de Saúde n° 14" ossia la struttura sanitaria localizzata nelle vicinanze del mercato di Xipamanine è, secondo le informazioni fornite dal responsabile della Direzione dei Servizi Urbani, una struttura sanitaria nata per accogliere soltanto i dipendenti comunali e i loro

familiari. Attualmente, a causa dell'aumento considerevole della popolazione del quartiere e dell'esigenza di rispondere anche ai bisogni dei lavoratori del vicino mercato, il Posto è diventato pubblico. L'antico Centro³, che si localizzava nel cuore del quartiere e serviva soprattutto i suoi abitanti, è stato spostato dal 1996 in una nuova struttura, l'attuale, sul confine di Xipamanine e quindi è logico che gli utenti provengano anche da zone vicine.

Il concetto di malattia: contributi teorici

Buona parte della letteratura antropologica in ambito medico, ha messo in discussione l'analisi del significato della malattia isolata dal suo contesto, evidenziando al contrario l'importanza di un approccio molteplice e multidisciplinare. Il significato culturale della malattia, ha occupato un grande spazio nelle ricerche d'antropologia medica. Secondo quest'approccio, per la concettualizzazione della malattia, si è cercato di stabilire la distinzione tra disease (malattia organica), illness (malattia vissuta) e sickness (malattia sociale), facendo riferimento ai termini usati nelle scienze biomediche. Non pretendo qui in ogni modo, fare un discorso analitico di tipo biomedico, il mio punto di partenza è di considerare la prospettiva della costruzione culturale della malattia, definita da Kleinman illness. Good (1999:89).

Ovviamente, diventa indispensabile rimettere in discussione anche la terminologia antropologica, sia quella classica sia quella contemporanea. Riprendo la discussione proposta da Byron Good sul termine "credenza", riferito in senso riduttivo alle culture non occidentali, i cui sistemi medici sono basati sulla conoscenza empirica. In contrapposizione, invece, la "conoscenza" sarebbe appannaggio delle culture occidentali, della biomedicina e pertanto avrebbero validità e riconoscimento. Analizzando queste categorie, Good pone in evidenza le relazioni di potere: "Il significato che la parola "credenza" ha assunto verso la fine del XIX secolo e che continua ad avere nel XX, l'analisi della cultura come credenza, ha riflesso e perpetuato un'epistemologia di fondo e una struttura predominante nelle relazioni di potere". Good (1999:33).

Nella stessa linea critica, Nathan invita a rinunciare alla coppia concettuale credenza/pensiero, sostenendo che:

I bianchi, in genere ritengono che esistono due tipi di società, quelle in cui il pensare prevale sul credere e quelle in cui il credere prevale sul pensare. Naturalmente la società dei bianchi appartiene al primo tipo. Per giustificare questa distinzione, essi chiamano in causa ogni sorta di spiegazione delle credenze altrui. Nathan (1996:44-46).

Il brano riportato, pur con toni forti, è significativo poiché evidenzia una demarcazione di potere.

Il tentativo di rivalutare le pratiche mediche locali, cercando di superare i preconcetti contenuti nel termine credenza, non è riuscito ancora ad alterare il predominio del potere della biomedicina, che è stato messo in discussione. Green, ad esempio, afferma che: "preventive health education campaigns could adopt the language, metaphors, and symbolism of ICT (indigenous contagion theory) to become

³ In epoca coloniale l'edificio ospitava il "Núcleo Associativo dos Negros de Lourenço Marques"

more meaningful and acceptable to the intended audience and therefore to better motivate adoption of certain behaviours or ‘technologies’ (e.g., condoms, oral rehydration salts)”. Green (1999:18). Si solleva il problema della rivalutazione dei sistemi medici locali, meramente in termini utilitaristi, senza alterare i rapporti di potere. Utilizzando il linguaggio di Marshall Sahlins della “teoria utilitarista”, Good mette in evidenza come

la ricchezza di significati associati alla malattia nelle culture locali, si riduce ad un insieme di proposizioni possedute dai singoli attori, che sono a loro volta valutati in relazione al sapere biomedico (...) l’analisi della cultura è quindi soggiogata due volte: perché relativizzata alla prospettiva privilegiata del sapere medico contemporaneo, e perché al servizio di una teoria utilitarista del comportamento nella malattia. Good (1999:67).

Nella ricerca d’interventi basati sul “modello di credenza sulla salute”, chiamati HBM (Health Belief Model), mirati agli interventi sanitari, pare che la stessa teoria sia condivisa anche da Green. Per quanto riguarda il contesto Mozambicano, d’altronde, sembra che stata questa l’unica forma d’avvicinamento ed interesse verso le pratiche mediche locali. Resta comunque importante trovare un’alternativa, purché non si riduca il significato culturale della malattia, per garantire la supremazia della biomedicina.

La malattia come segno da decifrare

La malattia in se stessa, ed in quanto “segno” da decifrare, non si può limitare soltanto alla sfera biomedica.

La malattia è un significante il cui significato deve essere ricostruito e individuato. Il concetto di malattia è intrecciato ad un sistema di valori, da cui la comunità trae forza e si regge, valori questi che a loro volta poggiano sul rispetto d’obblighi, di divieti e d’usi sanciti dalla tradizione ancestrale. Lanternari (1996:179).

Il “segno” da decifrare, è fondamentale per il dispositivo terapeutico. Nel contesto di Xipamanine, caratterizzato dalla pluralità dei sistemi di cura, da un quadro vasto di concezioni e conoscenze della malattia, si manifestano modi differenti nella decodificazione dei segni, nella relazione del malato con la famiglia, col guaritore, col medico o personale sanitario. Nelle interviste emerge un tipo di relazione tra il medico e il paziente o il suo accompagnatore, caratterizzato dalla difficoltà di comunicazione, accentuata dal basso livello di scolarizzazione degli utenti. La difficoltà di comprensione nella descrizione dei sintomi, può ostacolare l’efficacia della cura. Ciò che dice il malato, non va separato dal contesto socioculturale. “Il sintomo di una persona è dotato di significato se riflette una condizione fisiologica: se non si trova tale referente empirico, la significanza stessa del sintomo è messa in discussione”. Good (1999:16).

L’analisi dell’area semantica è pertanto un importante strumento metodologico, per decifrare i sintomi, per capire di quale corpo malato si parla, per comprendere i termini usati per designare la malattia. I medici, così come i guaritori, cercano di “leggere” e “interpretare” le narrazioni dei pazienti, usando conoscenze e tecniche differenti, per giungere all’identificazione delle malattie.

Il sistema di valori su cui si regge la comunità, è talvolta messo in discussione da uno stato di disordine, che si può presentare sotto forma di malattia. Questa definizione suggerita da Lanternari trova conferma nelle considerazioni di un mio informatore, sulla pazzia, kulhanya,

un individuo può impazzire a causa di uno spirito insoddisfatto, o perché commette un furto; la persona danneggiata può punire il ladro, facendolo impazzire. La cura della pazzia per furto è individuale; per la pazzia d'origine spirituale, al contrario, il rituale terapeutico è collettivo, coinvolge non soltanto il malato, ma l'intera famiglia ⁴.

Secondo Sow⁵, psichiatra senegalese, la personalità africana è schematizzata secondo un modello con tre assi di riferimento, che rappresentano le relazioni di una persona col mondo esterno, e che devono essere in equilibrio. Il primo asse, che congiunge il mondo degli antenati al principio spirituale, costituisce la sfera più intima da cui dipendono tutti gli altri principi (fisiologici e spirituali); il secondo asse connette il principio psicologico di vitalità alla famiglia estesa del soggetto, al suo lignaggio d'appartenenza; il terzo, è l'asse di riferimento che rappresenta il rapporto dell'individuo con la comunità. Quando uno di questi rapporti è messo in causa può dare origine, come nel nostro caso, ad uno stato di malattia, la cui cura richiede la soluzione del conflitto (con la comunità, la famiglia o gli antenati) e il conseguente ristabilimento dell'equilibrio.

Se il medico, oltre all'analisi dell'organismo malato non riesce a decifrare i "segni culturali", difficilmente contribuirà alla guarigione del soggetto sofferente. Il malato, forse perché è cosciente che il medico possiede un linguaggio diverso dal suo, ogni volta che la malattia assume contorni culturali, (ya ntumbuluku) cioè della natura o della cultura, allora ricorre al sistema terapeutico "tradizionale". Emerge nuovamente la questione concettuale su come la "medicina tradizionale", riesca a trovare o perlomeno cercare risposte, di fronte alla malattia intesa in senso più ampio, mentre i suoi praticanti si caratterizzano come un sistema di cura dinamico e propenso a svolgere una funzione di complementarietà rispetto al sistema ufficiale, anche di fronte alle nuove malattie.

Le concezioni locali

La malattia, secondo il principio di causalità a cui sta intrinsecamente legata, può assumere diversi significati e dar luogo a differenti interpretazioni. Come quadro di riferimento, prenderò le mosse da Henri Junod⁶, missionario antropologo che, pur appartenendo ad un'epoca evoluzionista, è una fonte importante per quanto riguarda le culture del sud del Mozambico. Riferendosi alla cultura Tsonga, sostiene che ci sono tre grandi cause di malattia; "gli spiriti, coloro che gettano il malocchio e i *makhumu*, ossia il contagio della morte e delle persone impure". Alcuni dei valori culturali da lui studiati e descritti, sono rimasti inalterati, altri si sono modificati, ed altri ancora sono scomparsi.

⁴ Silvestre Machavane, guaritore- *nyangarume* , mercato di Xipamanine, 19/01/00

⁵ In: Berry, J.W. e altri, *Psicologia transculturale*, vedi bibl.

⁶ Junod, Henri A., *op.cit.*, Vol. II, pag. 408

L'azione degli spiriti e il rispetto delle regole sociali

Appena nasce un figlio, è necessario fare una cura *cafreal*⁷ vale a dire tradizionale, perché dalla sua bocca esce una specie di schiuma o vomito e ha spesso la diarrea. Due settimane dopo la nascita, con la finalità di rafforzarlo, il bambino è sottoposto ad una cerimonia chiamata *gulimba*⁸, che a suo tempo anche la madre ha fatto; se il bambino non la fa, significa che è slegato dalla madre e questa può essere la principale causa di malattie⁹.

L'ultimo figlio del mio primo matrimonio è morto all'età di due anni e quattro mesi, perché soffriva di *nyokane*, una malattia che inizia con svenimenti, fuoriuscita di saliva dalla bocca, gli occhi stravolti e si manifesta con attacchi ripetuti nel tempo. Al momento in cui il bambino ritorna alla "normalità", urina, stringe i denti e rimane inerte. Nel caso concreto di mio figlio, dopo avere fatto dei tentativi di cura in casa senza risultati, sono ricorso a differenti medici tradizionali, cioè i *curandeiros*¹⁰. La diagnosi fatta da loro, ha attribuito il suo male a qualche problema con lo spirito del nonno paterno, defunto¹¹.

L'eziologia del figlio è messa in rapporto con l'azione degli spiriti degli antenati, in questo caso del nonno paterno. Nella nostra cultura è di grande importanza il nome che è scelto per il bambino appena nato e la rispettiva cerimonia d'attribuzione, poiché il neonato è considerato continuatore della stirpe e reincarnazione dello spirito di un antenato. Normalmente gli è attribuito il suo nome, con la funzione di proteggere lui e tutta la famiglia. È radicata la concezione che la mancata osservanza delle regole che sorreggono la società (offerte, sacrifici agli spiriti), sia all'origine di malattie e infortuni.

Un'altra rappresentazione della malattia connessa con le regole sociali, che coincide con la classificazione proposta da Junod, viene da una giovane madre, che racconta la storia di sua figlia, di due anni.

Mia figlia ha una malattia che in ospedale non riescono a curare, perciò mi hanno detto che dovevo rivolgermi ad un guaritore... Qualcuno l'ha fatta nascere così, con questi problemi di salute: è la famiglia di suo padre. La bambina ha la testa grande perché lo spirito della nonna vuole così. Il guaritore afferma che può guarire, ma è necessario il consenso del padre e della sua famiglia¹².

Considerando che l'informatrice non si è sposata con il padre della figlia, il destino di quest'ultima è probabilmente connesso alla mancata osservanza di regole sociali, riguardanti il matrimonio.

⁷ Dall'arabo *kafir* = infedele; *cafre* è usato in portoghese per indicare la popolazione nera che abita nella regione sud-orientale dell'Africa, la parola *cafreal* si riferisce al selvaggio

⁸ In gitonga, lingua parlata nella regione di Inhambane

⁹ Lídia José Jamisse, Centro Sanitario di Xipamanine, Reparto per il controllo sulla natalità, 10/12/99

¹⁰ Termine portoghese per indicare guaritore

¹¹ Lídia José Jamisse, 10/12/99

¹² Anonima, Centro sanitario, Reparto di Pediatria, 10/01/00

Secondo la legge consuetudinaria la realizzazione del matrimonio (*lovolo*) è di gran valore e fondamentale, perché garanzia di discendenza. Affinché non ci siano ostacoli che impediscano la nascita e la crescita dei bambini, è necessario che gli individui mantengano buoni rapporti con gli spiriti protettori, ricordarsi di loro con offerte e sacrifici (oggetti, animali, ecc.), consultarli per mezzo di un guaritore/indovino. Prima della realizzazione del matrimonio¹³, è importante che i futuri sposi consultino gli spiriti degli antenati, poiché se essi non accettano la loro scelta, ciò implicherà una serie di sanzioni: l'incompatibilità sanguinea, sterilità, malformazioni nei figli e molte altre malattie.

L'influenza dei fattori “naturali” e l'idea di impurità

Le nuvole e la temperatura, come la luna, sono fenomeni naturali che hanno influenza rispetto alle malattie. Ad esempio, è diffusa la concezione che i bambini abbiano le convulsioni con la luna nuova e piena, dovendo perciò realizzare un trattamento a base di piante medicinali, chiamate *dhla nyoka* (letteralmente significa ammazzare il serpente). Questa medicina ha la funzione di eliminare dal corpo del bambino tutte le impurità, per impedire che abbia le convulsioni ed altre malattie. Un'informatrice fornisce alcuni dati interessanti sulle impurità e sulle forme di trasmissione delle malattie al neonato, che assorbe tutto quello che la madre gli trasmette durante la gravidanza e poi con l'allattamento.

Ci sono due tipi d'impurità: una è collegata alle secrezioni prodotte nei rapporti sessuali, l'altra agli alimenti consumati dalla madre durante la gravidanza¹⁴.

L'analisi di questa concezione d'impurità, permette di affermare con Green che il processo di contaminazione-malattia è attribuito in questo caso a cause naturali; “when pollution involves illness-carrying forces or essences such as heat or darkness, it is mystical; when it involves germ-like ideas, it is natural” Green (1999:52).

Nelle varie culture del Mozambico, i rapporti sessuali sono talvolta vietati, secondo determinate implicazioni normativo-comportamentali, come risulta ad esempio dal racconto di un'informatrice¹⁵:

Dopo il parto e durante l'allattamento la donna deve astenersi dai rapporti sessuali, per evitare la contaminazione, a causa dei due tipi di sangue che si mescolano, il latte materno e lo sperma¹⁶.

È evidente la preoccupazione di evitare gravidanze precoci. Bisogna infatti considerare che in Mozambico la conoscenza dei moderni metodi contraccettivi (dispositivo intrauterino, pillola, ecc.) è bassa, sia tra le donne sia tra gli uomini e il loro uso presenta la percentuale più elevata nella città di Maputo, dove

¹³ Gli spiriti si consultano non soltanto in occasione del matrimonio, ma anche per porre riparo a un'infrazione commessa (es. essere rimasta incinta, prima della realizzazione del *lovolo*)

¹⁴ Helena Kumaio- *sungakati*, abitazione, 23/05/00 (vedere prossimo capitolo)

¹⁵ Luisa Winter Ndzwane, abitazione, 12/01/00

¹⁶ Il sangue dell'uomo è portato dal liquido seminale

il 29% delle donne attualmente sposate hanno dichiarato di conoscere almeno un metodo moderno.¹⁷

In questa ottica, è di grande importanza l'allattamento materno perché, oltre a portare benefici di tipo economico e per la salute del bambino, può aiutare la madre che, basandosi sulla amenorrea, può ridurre il rischio di un concepimento precoce. Simili concezioni si riscontrano anche in altre regioni d'Africa, ad esempio, presso i Samo del Burkina Faso, com'è riportato da Hèritier:

Sembra che durante la lattazione non vi sia più secrezione di gonadostimuline da parte dell'ipofisi, non vi sono quindi stimolazione ovarica e di conseguenza rischi di nuova gravidanza (1997:46).

Oltre alle prescrizioni sessuali, in determinate circostanze, appare evidente il parametro termico, nella sintomatologia della malattia e dell'impurità; un corpo è caldo, quando la sua temperatura aumenta a causa della febbre, ma è anche caldo nei casi di vedovanza, dopo i rapporti sessuali, dopo un aborto, durante le mestruazioni, perché portatore di contagio e fonte di malattia.

Secondo Junod, *makhumu* è il tipo d'impurità causata dalla morte. Attraverso i rapporti sessuali con una persona in fase impura, per la morte del coniuge o di un figlio, si può contrarre una forma di tubercolosi detta *ndere*, una malattia molto temuta.

“Chi contrae *ndere*, difficilmente riuscirà a curarsi negli ospedali, dovrà quindi recarsi da uno specialista nyanga e confessare innanzi tutto la trasgressione commessa. Un uomo può contrarre *ndere* anche quando ha dei rapporti sessuali con una donna non purificata, dopo l'aborto; in questo caso si afferma che *alhulekili ku ti khoma*, in altre parole che non si è astenuta, ha infranto le regole. Esiste un altro tipo di tubercolosi, con una sintomatologia diversa dalla prima, riconoscibile dalla tosse e dall'espettorazione, denominata *mukhulhwana*. Questa malattia è ritenuta naturale rispetto a *ndere*, perché è causata solo da fattori climatici come ad esempio il freddo, l'umidità, ecc. Si crede perciò che soltanto questo tipo di tubercolosi, possa essere curata in ospedale, e a differenza di *ndere* è la meno pericolosa. Mariano (1998: 42-43).

Il nyokane

Ritengo importante a questo punto fare riferimento al concetto di *nyokane*, su cui sono ruotate gran parte delle interviste. Edward Green, nel suo importante lavoro: *Indigenous, theories of contagious disease*, dedica numerose ed interessanti pagine all'analisi di questo concetto, considerando che

the internal snake is a cultural metaphor that reflects pollution and contagion ideas, as well as related concepts such as respect for natural bodily process, physiological homeostasis, and resistance to disease. Green (1999:90).

Dora Earthy¹⁸ d'altro canto, in un'altra regione del sud del Mozambico, (Gaza – Inhambane), fa riferimento probabilmente allo stesso fenomeno, chiamato *nyakwadi*.

¹⁷ A.A.V.V., Moçambique, *Inquérito Demográfico e de saúde* 1997, pag.9, op. cit.

Ogni individuo è portatore di un *nyakwadi*, che si manifesta in forma di serpente, si localizza sotto l'addome ed ogni suo movimento nell'organismo costituisce pericolo per la persona. Se si sposta dall'abituale posizione frontale, passando a quella posteriore, è segno che il "serpente" e la persona moriranno.

Per il concepimento è il *nyakwadi* della donna che riceve lo *xidumbe* (si suppone che sia il seme) dell'uomo, indispensabile per la crescita e lo sviluppo del bambino. (...) Al momento del parto, *nyakwadi* spinge il bambino fuori del grembo materno.

Ogni bambino nasce con il suo *nyakwadi*, si presuppone che si tratti di un elemento essenziale, senza il quale l'individuo non potrebbe vivere.

Nella mia ricerca, benché i racconti degli informatori sul *nyokane* presentino alcune discrepanze, prevale l'idea che si tratti del principio vitale. Nelle lingue del Mozambico la parola *nyoka*, che significa serpente, può assumere vari significati. Come risulta da uno studio sulle malattie e pratiche tradizionali¹⁹, il serpente è ritenuto il guardiano della purezza del corpo. Tutti gli individui nascono con un serpente nel proprio organismo e devono prestare attenzione ad evitare le impurità, altrimenti il serpente reagisce provocando dolori. I miei informatori, invece, fanno una netta distinzione tra il termine *nyoka*, il serpente che striscia sulla terra ed è visibile, *nyokane*, riferito al principio vitale ed all'idea di contagio e impurità (sostenuta anche da Green), mentre *ti-nyokane* (plurale di *nyokane*), farebbe riferimento ai vermi, parassiti intestinali.

Un guaritore, specialista nella cura dei bambini, spiega che:

il bambino nasce con il *nyokane*, che gli è trasmesso dalla madre ed è una malattia che si deve curare. Si tratta di una specie di verme che vive nell'organismo umano... Nel corpo umano ne esistono due (maschio e femmina), uno del diametro di una matita e uno più grosso, della dimensione di un dito, entrambi con due teste. La cura serve per uccidere ed espellere quello più grosso, la femmina, che è anche il più pericoloso; infatti, può causare l'epilessia, chiamata anche *tsanyuka*, in cui la persona si contorce, cade, espelle schiuma dalla bocca. Questa malattia si cura soltanto dal guaritore. Non si possono usare altre medicine, perché il *nyokane* è molto forte; quando si sente rumore nella pancia è lui che ti sta mordendo²⁰.

D'accordo con le informazioni raccolte, le caratteristiche descritte fanno pensare ad un animale simile al serpente, e d'altro canto questa idea è rafforzata dal termine *xilume* che, in molte lingue del sud del Mozambico, significa morso.

La parola si riferisce alle coliche del bambino, a causa del *nyokane*, ma anche ai dolori addominali che la donna ha nel periodo premestruale, considerati la

¹⁸ Earthy, E. Dora, *Valenge woman: The social and economic life of valenge woman of Portuguese East Africa*, Frank Cass & C^o Ltd., London, 1968, pag. 62

¹⁹ A.A.V.V., *Crenças e praticas tradicionais relativas a diarreia infantil e doenças de transmissão sexual na provincia de Manica*, Ministério da Saúde-Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, Maputo, 1992

²⁰ Sebastião Quimisse, sede AMETRAMO del quartiere di Xipamanine, 7/05/00

principale causa della sterilità femminile. Sembra che nell'organismo ci sia un verme o un serpente, che lentamente distrugge la capacità riproduttiva della donna, rendendola sterile, se non sarà rapidamente curata da un guaritore. Mariano (1998: 64-65).

Il *nyokane* è ciò che fa vivere una persona, è lui che macina il cibo e che dirige tutti gli organi interni. È lui che, durante le mestruazioni, spinge il sangue affinché esca ed è collegato ai dolori (*xilume*), che si possono curare con alcune medicine che lo tranquillizzano, così come sostiene la Earthy, "il *nyakwadi* è anche il regolatore delle mestruazioni, e di tutte le funzioni vitali".

Tipologia e classificazioni delle malattie

Il *nyokane*, che si manifesta sia nel bambino sia negli adulti, come si è sostenuto sopra, è una delle principali cause di malattie, le quali si diversificano secondo l'organismo di ciascuno. Ai fini di una classificazione e secondo la logica di casualità, le concezioni locali attribuiscono le malattie a fattori "naturali" o "extra-naturali". Varie malattie, che si possono manifestare in età infantile o adulta, sono attribuite principalmente alla mancata cura preventiva del *nyokane*, che normalmente dovrebbe realizzarsi subito dopo la nascita: convulsioni nei bambini, coliche, ritardi mentali, epilessia, un tipo di diarrea, dolori premestruali, sterilità, rientrano in questa tipologia.

Per quanto riguarda malattie attribuite a fattori "extra-naturali", sono spesso originate dal contatto con persone impure (vedove, una donna che ha abortito, ecc.), con persone "calde", cioè coloro che hanno avuto da poco dei rapporti sessuali, ecc. Riguardo alla vedovanza, lo stato d'impurità è connesso al contagio della morte, per il quale esistono cerimonie di purificazione.

Dispositivo terapeutico

Sui comportamenti nella malattia, e sulla ricerca dei percorsi terapeutici,

l'individuo prova delle sensazioni corporee, le valuta (o diagnostica una malattia) avvalendosi delle sue rappresentazioni (o dei modelli esplicativi) di cui dispone, e poi attua le scelte di trattamento consultandosi con i membri di una rete d'informazione popolare". Good (1999:67). A questo proposito, un'informatrice *sungakati* sostiene che: "ci sono delle malattie che si possono guarire in casa con le piante medicinali, altre, molto forti (resistenti), per le quali bisogna rivolgersi all'ospedale, perché le cure tradizionali non sono efficaci. A volte possono essere causate dall'azione di qualcuno, ma in ospedale, di solito, il medico è in grado d'identificarle e guarirle. Anch'io vado in ospedale perché ci sono molte malattie che non sono in grado di curare, come ad esempio la malaria²¹.

S. Cossa²², che ha un banco nel mercato, sostiene che il suo, così come gli altri dedicati alla vendita di medicinali, funziona come una vera e propria farmacia. Normalmente le persone sanno i nomi dei prodotti ricercati, ma spesso non li conoscono. L'itinerario terapeutico inizia, infatti, con una visita-diagnosi effettuata dal guaritore per mezzo dei *tinhlo* (ossicoli per la divinazione); costui manda spesso il

²¹ Helena Kumaio, abitazione, 23/05/00

²² Sebastião Cossa, mercato, 15/04/00

paziente a comprare i medicinali con una specie di ricetta-prescrizione, ma è poi lui che verifica la qualità delle sostanze medicamentose, le prepara secondo il dosaggio dovuto e ne indica la posologia.

Gli atteggiamenti delle persone rispetto alla medicina tradizionale, in ambito rurale e urbano, variano in base al livello sociale e culturale. La maggioranza degli abitanti delle zone urbane, in caso di malattia, possono curarsi presso le strutture sanitarie e il ricorso al guaritore per loro diventa solo una possibilità. Al contrario, per chi abita nelle zone rurali, dove spesso mancano i servizi d'assistenza sanitaria, il guaritore è l'unica soluzione.

La maggioranza dei mozambicani ricorre ai guaritori per varie ragioni (salute, affari, ecc), ma le persone, in particolare quelle che vivono in ambito urbano, non lo riconoscono pubblicamente. Secondo informazioni raccolte, in città coloro che hanno disponibilità economiche, in caso di malattie e disturbi fisici, ricorrono alle strutture sanitarie, mentre per i problemi psicologici e di stabilità affettiva, economica e sociale, ricorrono al guaritore. Soprattutto quando la persona ricerca il successo economico e sociale, non può rivelare che va dal guaritore perché è un segreto, il cui mantenimento è connesso al controllo del potere personale.

Altri fattori che d'altronde potrebbero stare alla base degli atteggiamenti sopra descritti, sono di carattere storico-politico. Durante l'epoca coloniale, i praticanti della medicina tradizionale sono stati perseguitati e le loro attività represses da parte delle autorità, sotto l'accusa d'oscurantismo, nell'ambito di un processo di cancellazione delle culture locali e di "assimilazione" ai valori dello stato e della chiesa dominanti. Durante la guerra di liberazione e nei primi anni dopo l'indipendenza, d'altra parte, nel processo contraddittorio di costruzione di un uomo e di una società nuovi, molte pratiche "tradizionali" sono state additate e bandite con espressioni di un passato che si voleva superare. Il tentativo di recupero dei valori tradizionali e della loro integrazione nei nuovi, il rapporto tra "modernità" e "tradizione", tra realtà rurali e urbane, da diversi anni rappresenta un processo interessante anche se ricco di contraddizioni.

Qualunque sia la prima scelta nell'itinerario terapeutico, le persone mostrano nei fatti di praticare una complementarietà nei vari sistemi di cura. Le testimonianze rivelano che, nella pratica delle persone si osserva un atteggiamento pluralista nei confronti dei vari sistemi di cura, da un lato, si ricorre al medico e contemporaneamente, per garantirsi tranquillità e integrazione sociale, al guaritore.

La scelta della cura, non si basa soltanto sulla logica culturale (sulle idee circa le cause, sulla diagnosi della malattia). Pur essendo rilevante, non è l'unico parametro di giudizio, ci sono altri fattori determinanti come quello economico, il livello di scolarizzazione, nuovi valori, ecc. Secondo le disponibilità economiche, ad esempio, si può stabilire una gerarchia nel ricorso terapeutico. Anche rivolgendosi solo ai guaritori, come accade d'altra parte nelle strutture sanitarie, bisogna cercare a lungo prima d'incontrare la persona giusta e capace.

I SISTEMI DI CURA

Nella sfera privata

Ci sono numerosi sistemi di cura che si svolgono in ambito familiare, dove le donne sono i principali operatori terapeutici. A titolo d'esempio prenderò in esame il complesso sistema di cura del *nyokane*, il primo itinerario terapeutico, svolto subito

dopo la nascita. La sua principale funzione è, oltre alla purificazione del bambino, anche la prevenzione delle malattie e d'ogni disturbo, sia "naturale" sia dovuto ad azioni "extra-naturali". Non è sempre necessario l'intervento del guaritore, purché si conoscano i medicinali da usare può essere svolto a livello casalingo. I principali soggetti coinvolti sono il neonato, la madre che realizza la cura e, in caso d'inesperienza, una *sungakati*. L'intero processo si deve svolgere sotto la protezione degli spiriti degli antenati, coi quali si comunica attraverso il rituale di *ku phalha*, che prevede anche un'offerta simbolica, ad esempio d'acqua e farina.

L'efficacia della fitoterapia non si limita soltanto alle virtù farmacologiche (...) il potere curativo delle piante deriva anche dalle parole dal terapeuta quando si rivolge agli antenati (...). Loforte (2000:243).

Ingestione d'infusi: purificazione

Il primo atto terapeutico, consiste nella purificazione del neonato, mediante un infuso di radici ed erbe, chiamate *dlha nyoka* (uccidere il serpente), La cura del *nyokane* consiste nella preparazione di un composto che il guaritore e poche altre persone conoscono, che è fornito alla madre del bambino. La donna ne deve bollire una parte in una pentola e darlo da bere al piccolo, per evitare che si ammali di vermi. L'altro è conservato nel guscio di una lumaca, non deve essere bollito, ma vi è soltanto aggiunta dell'acqua. *Dhla nyoka*, in realtà non uccide il *nyokane*, ma piuttosto lo rende inoffensivo, finché non è completamente eliminato.

Nella sfera semi-pubblica

Con l'intervento del guaritore, il processo di cura diventa più complesso ed anche più sicuro, ma richiede una particolare attenzione e continuità da parte della madre. Non si tratta dell'inizio della cura, bensì della sua prosecuzione, si entra in una sfera di conoscenza esclusiva del guaritore, di cui l'utente è soggetto a pagare le prestazioni, oltre ai medicinali eventualmente necessari. È pertanto, il primo ricorso ad un sistema medico, che avviene dopo la caduta del cordone ombelicale, quando il bambino può uscire di casa.

Incensamento: "controllo/equilibrio"

Dopo la caduta del cordone ombelicale, faccio *tshivelela*, in assoluto il primo rituale, la prima cura preventiva per il bambino, che è sottoposto ad inalazioni di fumi medicinali". *Tshivelela* da *tshivela*, che nelle lingue del sud del Mozambico significa accendere il fuoco, è una pratica rituale preventiva e protettiva che si svolge alla presenza della madre: il bambino, completamente nudo, inala i fumi di prodotti che sono bruciati in un recipiente di terracotta e alla fine deve urinare sul fuoco per spegnerlo. Durante questo rituale, dopo che il guaritore ha consultato gli spiriti, i genitori possono scegliere il nome del bambino. L'incensamento è un modo di penetrazione, estremamente diffusa in tutta l'Africa. Si tratta della penetrazione attraverso fumigazioni, in cui il composto è inalato e penetra attraverso i pori della pelle. Nathan (1996:92).

Vaccinazioni: prevenzione

Nel cortile del guaritore,... all'interno di una *ndumba*, la casa dello spirito dove visita i pazienti, noto appesi ad un filo alcuni "vermi" (di circa 15 cm. di lunghezza), che mi spiega essere alcuni *nyokane*, espulsi da dei bambini che sta curando.

Dopo la cura completa del *nyokane* (l'ingestione degli infusi), li utilizzo per preparare il vaccino; quando sono secchi, li pesto nel mortaio per ridurli in polvere e li somministro, dopo averli mescolati con altre sostanze²³.

Le vaccinazioni, chiamate in lingua locale *thlavelela*, normalmente consistono nello spargere il medicamento su alcuni piccoli tagli paralleli prodotti sull'epidermide, al fine di facilitarne la penetrazione nell'organismo.

Gli amuleti: prevenzione/protezione

Oltre alle vaccinazioni, che sono destinate a proteggere il bambino, ci sono altri oggetti protettivi/preventivi. È frequente, infatti, vedere dei bambini con amuleti legati al polso oppure al collo; due sono i tipi più utilizzati: il *mhofo* (di pelle d'antilope) e l'altro, chiamato *makai* o *watch* (perché sembra un orologio), fatto con un filo di cotone ed un bottone, legato al polso, con la funzione d'impedire che il bambino abbia gli occhi strabici. Dopo la caduta del cordone, appunto quando il bambino può uscire da casa senza correre rischi di contaminazione, è anche il momento in cui la madre porta il bambino all'ospedale o al centro sanitario per fare le prime vaccinazioni, in questo caso chiamate *nyezana*. Entriamo così in un altro ambito, pubblico e ufficialmente riconosciuto, vale a dire la struttura sanitaria.

Gli attori terapeutici

In relazione ai saperi ed alle pratiche mediche, anche se continuo convenzionalmente ad usare il termine "tradizionale", per distinguerlo dal moderno, l'uso della parola guaritore (in portoghese *curandeiro*, *nyanga* in *tsonga*), riferito alla medicina tradizionale, in realtà è generico poiché comprende una vasta categoria d'operatori terapeutici. Sinteticamente ho organizzato e classificato i guaritori tradizionali come segue:

Sungakati

Sungakati (pl. *masungakati*), è una donna che ha raggiunto la menopausa, cioè

ferma, fredda", e opera come levatrice, ma in realtà svolge funzioni ben più ampie. È proprio la sua condizione "termica" che le permette di stabilire un contatto diretto con gli organi riproduttori di un'altra donna, durante il parto. È una donna che conosce le norme della società, che può consigliare, insegnare, educare e quindi aiuta le persone a risolvere i loro problemi²⁴.

Il ruolo della *sungakati* era di preparare, iniziare i giovani al matrimonio. Alle ragazze, con l'arrivo delle mestruazioni, insegnavamo ad avere cura del proprio

²³ Sebastião Quimisse, guaritore, abitazione e luogo dove riceve i pazienti, quartiere di Laulane, 14/06/00

²⁴ Aventina Bila, sede AMETRAMO, 02/06/00

corpo e parlavamo del pericolo d'avere rapporti prematrimoniali, allo scopo di evitare parti prematuri. Al momento del matrimonio, insegnavamo loro come parlare e rapportarsi coi futuri suoceri e col marito²⁵.

Le masungakati svolgono anche altre funzioni: quando muore qualcuno, sono loro che possono toccare e lavare il corpo del defunto, perché non hanno paura, non essendo più soggette al rischio di contaminazione della morte...Di solito rimango in quella casa per otto giorni, gratuitamente, anche per aiutare nei lavori di casa²⁶.

Questa categoria d'operatori medici locali, è l'unica che è stata coinvolta in un processo di riqualificazione e d'integrazione, con funzione d'ostetriche, da parte del sistema sanitario nazionale.

Tinyanga

Tinyanga. Tradizionalmente della categoria dei tinyanga fanno parte sia coloro che entrano in trance di possessione per la diagnosi e la cura, (ngoma, nome d'origine zulu) o nyamusoro, sia il nyangarume che non è posseduto. *Nyamusoro*²⁷ o *ngoma*, sono coloro che hanno a che fare con il fenomeno della possessione, spesso per la diagnosi e per individuare i medicinali efficaci di cura, ricorrono alla trance di possessione. Lo spirito protettore conferisce il potere di guarigione ed indica la procedura terapeutica.

Il *nyangarume* invece, non entra in trance, è lo specialista conoscitore di piante, erbe, radici medicinali; le sue facoltà e poteri sono trasmessi-ereditati da uno spirito di famiglia, suo protettore, che gli indica il cammino da seguire per trovare determinate sostanze vegetali curative.

Masiones

Masiones. È importante considerare che, oltre ad avere fiducia nelle cure tradizionali e nell'efficacia dei guaritori, molte persone ricorrono alle pratiche medico-religiose dei ministri di culto della chiesa di Sion, i *masiones*²⁸, che di fatto entrano in competizione con loro. Il fenomeno non è strano se si tiene conto che le pratiche dei masiones sono una mescolanza di religione (preghiere) e di sostanze medicinali, che richiamano la spiritualità e l'utilizzo di principi medicinali caratteristici anche della medicina tradizionale. Intorno alla questione se i masiones possano essere considerati medici tradizionali, ho seguito personalmente il dibattito nell'AMETRAMO, durante il loro incontro nazionale.²⁹ I guaritori partecipanti sostenevano che i masiones,

non sono medici tradizionali perché le loro conoscenze derivano dalla Bibbia...anche loro, come noi, utilizzano infusi, eseguono vaccinazioni per mezzo d'incisioni, le loro pratiche hanno molti aspetti in comune con le nostre,

²⁵ Idem

²⁶ Idem

²⁷ Per un maggiore approfondimento, vedere il lavoro di Honwana A., 1996

²⁸ Mariano, E. C., *Concezioni inerenti alla sterilità della donna* ... , pag. 70, vedi bibl.

²⁹ Prima Assemblea Generale dell'AMETRAMO, realizzata dal 20 al 21 Aprile del 2000

sono come noi, ma usano la Bibbia come copertura. È bene precisare che i masiones non sono nyanga, perché loro hanno dei demoni e noi abbiamo gli spiriti.

Ana Loforte, illustra alcune delle pratiche dei masiones, che in parte confermano le opinioni dei guaritori, ma in parte divergono. La cura della malattia s'incentra su tecniche esorcistiche,

la guarigione corrisponde all'espulsione del demonio, vale a dire, alla sparizione totale del sintomo. La cura in questo caso, implica la purificazione per mezzo dell'acqua, della preghiera e lo svolgimento di sacrifici. Loforte (2000:237).

Shêh

Shêh. Anche se minoritari nell'area di studio, perlomeno nelle interviste c'è un solo riferimento, ci sono i guaritori mussulmani, *shêh*, confermando così la presenza delle varie religioni nei percorsi terapeutici delle persone.

Venditori

Per concludere la classificazione degli operatori terapeutici tradizionali, partendo dalle informazioni raccolte, bisogna includere anche alcuni venditori del mercato, in particolare le persone che hanno una lunga esperienza nella vendita dei prodotti fito-terapeutici. Essi sono in grado di assistere e orientare l'utente, come ad esempio Amelia, una mia informatrice, che mi ha spiegato dettagliatamente l'utilità e il modo di preparazione di molti medicinali.

Una riflessione seppur parziale sugli operatori terapeutici ed i loro clienti, mostra da un lato, nella molteplicità delle situazioni, una certa crisi e conflittualità di saperi, dove forse l'elemento scatenante è di carattere economico. D'altro canto, le persone sono disposte a rivolgersi a qualsiasi istanza, compatibile con le loro possibilità economiche, purché si prospetti una qualche speranza di guarigione.

CONCLUSIONI

Il processo terapeutico, secondo una sequenza logica e cronologica, può essere schematizzato secondo tre fasi: 1 - prevenzione; 2 - diagnosi; 3 - cura. Le due medicine, "ufficiale" e "tradizionale", prevedono entrambe questo percorso, ma ancor prima di analizzarlo è importante far riferimento alle concezioni che attribuiscono la malattia sia a cause organiche sia sociali e che sono comuni alle due medicine, perché rispecchiano il vissuto delle persone e la loro percezione della malattia. Rispetto a ciò, sia la medicina tradizionale che ufficiale cercano di dare risposte, in modi e con procedure che in parte si differenziano. Per quanto riguarda le cause sociali, è necessario chiarire il significato del termine, perché non si limita a definire il contesto socio-economico, ma piuttosto il complesso di relazioni tra il soggetto e il mondo esterno, rappresentato dagli spiriti degli antenati, dalla famiglia estesa e dalla comunità. Prevenzione, diagnosi e cura vanno lette in funzione delle concezioni sulle cause della malattia.

Prevenzione

Prevenzione: entrambe le medicine cercano d'intervenire sui due livelli, organico e sociale. Rispetto al primo sono realizzate varie forme di vaccinazione-protezione, normalmente nel periodo immediatamente successivo alla nascita o nei primi anni di vita; per quanto riguarda il secondo, la prevenzione riguarda il rispetto di norme comportamentali che coinvolgono aspetti igienico-sanitari e questioni attinenti la sfera etica, accompagnando l'individuo per tutta la sua vita.

Diagnosi

Per quanto riguarda la diagnosi, normalmente si basa su dei sintomi. Durante il processo di comunicazione tra il malato e/o il suo accompagnatore da un lato e gli agenti sanitari dall'altro, vari problemi possono intervenire a distorcere una corretta informazione. A parte ciò, gli stessi sintomi possono essere comuni a differenti malattie, pertanto nell'identificazione della malattia, si ricorre ad "esami" ed "analisi" successive. Le analisi di tipo clinico presuppongono disponibilità economica da parte del malato, equipaggiamento talvolta sofisticato e personale in grado di farlo funzionare e d'interpretare in modo adeguato i risultati. In mancanza di alcune di queste condizioni, si cerca d'identificare la malattia sulla base dell'efficacia o meno della cura prescritta. Questa pratica accomuna le due medicine e, una volta identificata la malattia, é necessario comunque definirne le cause. Da questo punto di vista, in particolare la medicina tradizionale, una volta identificata la malattia, continua con il processo diagnostico per determinarne le cause; l'efficacia o inefficacia della cura, anche in questo caso, diviene uno strumento diagnostico.

Cura

La cura. Le persone cercano la cura della malattia, ma anche della mancanza di fortuna, delle difficoltà in campo affettivo, ecc. Le due medicine posseggono saperi utilizzati nella cura delle malattie d'origine organica, spesso la scelta del malato é dettata dalla presenza o meno dell'una o dell'altra e dalla qualità dei servizi prestati. Nella medicina tradizionale esistono due figure di guaritori, il nyangarume, che é essenzialmente un erborista anche se ha capacità divinatorie, e il ngoma o nyamussoro, che é posseduto dagli spiriti e i cui poteri gli sono stati tramandati. Dal momento che la malattia spesso ha origine in problemi di tipo relazionale (con gli spiriti, la famiglia, la società), il malato non é solo a decidere sul percorso terapeutico; la famiglia e la comunità intervengono e decidono con lui e per lui, date le implicazioni che la malattia individuale ha per i loro equilibri. Spesso il ricorso ad una di queste istanze, non esclude le altre; da un lato questo fenomeno significa un riconoscimento nei fatti della complementarità tra i vari sistemi di cura, dall'altro mostra la necessità delle persone d'avere comunque una risposta ai loro problemi e pertanto la disponibilità a rivolgersi a chiunque li possa risolvere.

Bibliografia

Bibliografia generale

A.A.V.V.

1997 *Rezas e soro salvando crianças*, Fundação Instituto Conceitos Culturais, Fortaleza-Cearà.

Augè M.

1984 *Il senso del male*, Il Saggiatore, Milano.

Bernardi B.

1998 *Africa. Tradizione e modernità*, Carocci, Roma.

Berry J. W., - Poortinga Y. H., - Segal M. H., - Dasen P. R.

1994 *Psicologia Transculturale. Teoria, Ricerca, Applicazione*, Guerini, Milano.

Donghi P

1996 (a cura) *Il sapere della guarigione*, Laterza, Roma-Bari.

Fabietti U.

1999 *Antropologia culturale. L'esperienza e l'interpretazione*, Laterza, Roma-Bari.

Gentili A. M.

1995 *Il leone e il cacciatore. Storia dell'Africa sub-sahariana*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Good B.

1999 *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente*, Edizioni di Comunità, Torino.

Lanternari V.

1994 *Medicina, Magia, Religione, Valori*, vol. I, Liguori, Napoli.

McElroy A., & Townsend P. K.

1996 *Medical Anthropology in ecological perspective*, Westview Press, USA.

Mondardini G.

1999 *Narrazioni sulla scena del parto. Saperi medici e saperi locali nelle testimonianze di levatrici "continentali" in Sardegna (1887-1898)*, EDES, Sassari.

Nathan T.

1996 *Principi di Etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.

Nathan T., & Stengers I.

1996 *Medici e Stregoni*, Bollati Boringhieri, Torino.

Bibliografia specifica

A.A.V.V.

1991 *Fornecedores e utentes de cuidados de saúde, modernos ou tradicionais em Maputo-Mocambique*, Ministério da Saúde-Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, Maputo.

A.A.V.V.

1991 *Textos de Formação*, in Seminário: Cultura e Saúde, para uma antropologia da saúde-doença – Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário, Maputo.

A.A.V.V.

1994 *Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas de mães em relação à malária na zona suburbana da cidade de Maputo, Parte 1 – Malária e seu tratamento, Parte 2 – Malária e sua prevenção*, in: Revista Médica de Moçambique, vol. 5, nº 1, Maputo.

A.A.V.V.

1994. *Diagnósticos verbais baseados na história clínica fornecida pelos acompanhantes de crianças severamente doentes nos hospitais de Maputo*, in: Revista Médica de Moçambique, vol. 5, nº 4, Maputo.

A.A.V.V.

1996 *Conduta e tratamento das Doenças Diarréicas, Infecções Respiratórias Agudas e Malária na Triagem de Pediatria*, in: Revista Médica de Moçambique, vol. 7, nº 12, Maputo.

A.A.V.V.

1996 *Satisfação dos utentes em relação aos cuidados recebidos nos Centros de Saúde da Cidade de Maputo*, in: Revista Médica de Moçambique, vol. 7, nº 1-2, Maputo.

A.A.V.V.

1998 *Historia de Moçambique*, Vol. I, II, Cadernos Tempo / Dep. De Historia da Fac. Letras - U.E.M., Maputo.

A.A.V.V.

1998 *Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde 1997*, Instituto Nacional de Estatística, Maputo.

Adam Y.

1997 *Serviços de saúde clandestinos nos bairros de Xipamanine e Mavalane*, U.E.M. - Centro de Estudos da População, Maputo.

Adam Y.

1997 *Estratégias para fazer frente à sobrevivência do pessoal da saúde nos bairros de Xipamanine e Chamanculo*, U.E.M. - Centro de Estudos da População, Maputo.

Alves Carvalho M.

1973 *Monografia (uma) sobre a utilização do bairro social de Xipamanine*, in: Boletim Municipal, nº 12, Lourenço Marques.

Da Costa J.L., Colombo M., Da Costa I., Folgosa E., Sidat M., Cappucinelli P.

1999 *Factores de risco associados à transmissão da diarreia em crianças dos 6 meses aos 7 anos, no bairro de Xipamanine*, U.E.M. – Faculdade de Medicina – Depto de Saúde da Comunidade, Maputo, (Documento non publicato).

Espling M.

1999 *Women's Livehood Strategies in Processes of Change: Cases from Urban Mozambique*, University of Göteborg – Dept of Demography, Series B, nº 94.

Feliciano J. F.

1998 *Antropologia Econômica dos Thonga do sul de Moçambique*, Arquivo Histórico de Moçambique, Maputo.

Green Edward C.

1999 *Indigenous theories of disease*, Alta Mira Press, USA.

Gujral N.

1996 *Doenças mais prevalentes na área de Saúde de Bagamoyo. Uma percepção da comunidade, Parte 1, Qualidade de serviços prestada no Centro de Saúde de Bagamoyo. Uma perspectiva da comunidade desta Área de Saúde, Parte 2*, in: Revista Médica de Moçambique, vol. 7, nº 1-2, Maputo.

Honwana A.

1988 *Pratiques et rôle social du nyamusoro en milieu urbain - Maputo, Réflexions sur le recours aux guérisseurs-devins du Mozambique*, Université Paris VIII, Paris.

Honwana A.

1996 *Spiritual Agency and Self-Renewal in Southern Mozambique*, Thesis Submitted for the Degree of Doctor of Philosophy in Social Anthropology, University of London, London, May.

Instituto Nacional de Estatística,

1998 *II Recenseamento Geral da População e Habitação, 1997, Resultados definitivos, Cidade de Maputo*, Maputo.

Jansen P. C. M., & Mendes O.

1990 *Plantas Medicinais – Seu uso tradicional em Moçambique*, Vol. I, II, III, IV, Ministério da Saúde, GEMT, Maputo.

Junod Henri A.

1996 *Usos e costumes dos Bantu*, Vol. I, II, Arquivo Histórico de Moçambique, Maputo.

Liljestrand J. e Bergström S.

1988 *Característica da mulher grávida em Moçambique, paridade, sobrevivência da criança e nível socioeconômico*, in: Revista Médica de Moçambique, vol. 4, nº 1, Maputo.

Loforte A. M.

2000 *Gênero e Poder entre os Tsonga de Moçambique*, Promédia, Maputo.

Mariano E. C.

1998 *Concezioni inerenti alla sterilità della donna e alla infertilità della terra, presso la comunità rurale di Djabissa nel distretto di Matutuine, provincia di Maputo, Mozambico*, Tesi di Laurea in Lettere, Università degli Studi, Genova.

Mendes M. C.

1985 *Maputo antes da independência*, in: Memórias do Instituto de Investigação Científica e Tropical, nº 68.

Nilsson A. & Abrahamsson H.

1995 *Mozambique: The troubled transition - From socialist construction to free market capitalism*, Zed Books, London and New Jersey.

Penvenne J. M.

1982. *A history of african labour in Lourenço Marques, Mozambique, 1877 to 1950*, submitted for degree of Doctor of Philosophy, Boston University Graduate School.

Polanah L.

1987 *O Nhamussoro (e as outras funções mágico-religiosas)*, Instituto de Antropologia, Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Africanos, Coimbra.

Rita-Ferreira A.

1967/68 *Os africanos de Lourenço Marques*, In: *Memórias*, Vol. 9, Série C, I.I.C.M., Lourenço Marques.

1982 *Presença luso-asiática e mutações culturais no sul de Moçambique (até c. 1900)*, I.I.C.T/Junta de Investigação Científica do Ultramar, Lisboa.

Silva Pereira J.

1960 *Puericultura entre os indígenas do Maputo (Moçambique)*, in: *Anais do Instituto de Medicina Tropical*, vol.17, nº 3

Simbine E. C. e Vaz, R. G.

1995 *Percepção das mães e acompanhantes sobre a diarreia em crianças, em Bagamoyo, Maputo*, in: *Revista Médica de Moçambique*, vol. 6, nº 3-4, Maputo

TRADIÇÃO, DESENVOLVIMENTO E DEMOCRACIA EM ÁFRICA: NOTAS SOBRE A PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA EM MOÇAMBIQUE

Di Rafael da Conceição

“Plus que par la consultation de manuels de Droit Constitutionnel, c’est dans la pratique, difficile mais positive, d’une action collective que se construit la démocratie, sachant que l’Afrique, de par son expérience pré et post-coloniale, en possède les moyens, et que, dans ce contexte, la seule identité qui vaille est celle de citoyen libre”. Meillassoux, 1996

Introdução

A problemática que vai ser desenvolvida nesta comunicação tem a ver mais com a questão geral da democraticidade dos sistemas políticos africanos contemporâneos¹, vista essencialmente como um processo complexo de inter-relações: entre as esferas meramente políticas, o domínio económico, as “tradições culturais”² e as condições políticas locais³. Partimos das nossas constatações no terreno e socorremo-nos das nossas primeiras reflexões para discutir a eficácia ou antes a ineficácia das experiências de “desenvolvimento” que até aqui tiveram curso no País, principalmente nas últimas quatro décadas, tentando compreender o papel da participação democrática

¹ A presente comunicação retoma as ideias principais de um texto escrito em 2000 para o Cruzeiro do Sul e ampliado em resultado de uma apresentação seguida de discussão realizada no âmbito de um seminário de DEA intitulado “*Análise Política de África Negra e dos Países do Sul*”, organizado conjuntamente pelo Grupo de Investigação “Democracia, Identidades, Representações” e pelo grupo sobre Instituições e Governo, do Centro de Estudos da África Negra de Bordéus (França). A apresentação do tema foi feita em Novembro de 2000. O autor agradece a Universidade Montesquieu-Bordeaux IV, o serviço de Cooperação Francesa em Maputo, o CEAN na pessoa do investigador Michel Cahen, e finalmente os docentes e estudantes do já referido DEA pelas ricas contribuições na abordagem deste tema. O autor também agradece o Cruzeiro do Sul, organização moçambicana no âmbito da qual se realizou todo trabalho empírico, de observação e recolha de dados numa fase preliminar.

² Referimo-nos essencialmente às tradições de natureza histórica, provenientes de uma prática colectiva de gestão das questões públicas e não ao carácter etnocêntrico das visões dominantes sobre a África e mais concretamente as formas modernas de derrapagem cultural que desembocam fatalmente em racismos manipulados e manipuláveis pelas elites políticas, pois, conforme recorda C. Meillassoux, “l’ethnisme qui peut conduire à de(s) [...] extrêmes se construit idéologiquement. Il atteint un seuil critique lorsqu’il est assumé comme un mode d’identification contradistinctif”. (Meillassoux, C., 1996.).

³ O título exacto da comunicação ao seminário do CEAN era uma interrogação formulada da seguinte maneira: “A democracia sem Estado? Participação e tomada de decisões longe da cidade, o caso do Norte de Moçambique”.

no processo de desenvolvimento ao nível local, bem como a dimensão humana desse mesmo processo.

Isto leva-nos a iniciarmos esta abordagem colocando em primeiro lugar um conjunto de interrogações aparentemente bastante simples:

- A que se deve o actual estado da sociedade moçambicana, caracterizado por aquilo que alguns intelectuais apelidam de mal-desenvolvimento e que muitos outros chamam de não-desenvolvimento ou ausência de desenvolvimento?
- Que relação existe entre uma determinada concepção do desenvolvimento e a participação democrática em África?
- Como conceber uma resposta colectiva mais coerente, mais eficaz e mais favorável aos objectivos da solidariedade social num contexto em que se assiste ao desenvolvimento de cada vez mais importantes clivagens de natureza política, conflitos sociais e numa situação onde se verifica uma progressão galopante das marginalidades sociais?

Como resultado de um conjunto de experiências traumáticas que afectam todas as categorias sociais nos seus comportamentos (colonialismo, centralismo democrático de inspiração estaliniana, liberalismo económico), começaremos por defender a ideia de que a principal *doença*⁴ que afecta hoje a sociedade moçambicana reside na sua fraca capacidade de intervenção nas esferas mais importantes de decisão política. De certa maneira, este estado de vulnerabilidade extrema que resulta da grande enfermidade que é o sub-desenvolvimento, não permite conceber o desenvolvimento da democracia como uma das condições fundamentais da existência, e isto não apenas por analogia com as endemias mais visíveis mas numa perspectiva de análise de natureza psico-social que parte do pressuposto teórico de que o desajuste entre as tradições locais e as exigências ditas de “modernização” implicadas nos modelos hegemónicos de democracia liberal colocam Moçambique, -visto como uma comunidade de interesses, isto é, enquanto um *corpo social unificado*,⁵ (apesar das suas múltiplas identidades)- numa situação de grande fragilidade, com poucas possibilidades de poder intervir nas grandes decisões sobre o seu presente e os seus destinos futuros. Touraine fala de crise de historicidades e nós pensamos que esta conclusão se aplica bem ao caso moçambicano. Com efeito, os desajustes entre desejos, os anseios e as expectativas alimentadas durante pelo menos 4 décadas pelas ideologias *desenvolvimentistas* e as realidades dos processos que acabam por criar novas marginalidades sociais têm incidências directas nos comportamentos individuais e de grupo, bem como nas concepções de vida de grande parte da população, mormente aqueles que sofrem mais directamente da exclusão social. Esta situação explica também as estratégias de sobrevivência que são adoptadas pelas categorias sociais mais pobres da população moçambicana que vive num estado de extrema precaridade.

Este texto trata, em última instância, do ambiente social em que se manifestam as diferentes patologias que afectam a sociedade no seu todo: o mau desenvolvimento, o

⁴ As doenças são fenómenos “aparentemente” objectivos e simultaneamente subjectivos. Nos desenvolvimentos seguintes propomo-nos passar do corpo individual para o corpo colectivo, do indivíduo para a sociedade.

⁵ Segundo Foucault, “(...) numa sociedade como a nossa [a francesa do pós modernização, entenda-se] mas apesar de tudo em qualquer sociedade, relações de poder múltiplas caracterizam, constituem o corpo social” (Foucault, 1997:23).

crescimento sem desenvolvimento, a dependência, os desequilíbrios regionais como resultado dessa dependência extrema ao investimento eterno, etc. E termina com a proposta de um maior respeito pelas tradições democráticas africanas. Essas tradições são consubstanciadas nas formas mistas, diversificadas e complexas de conceber o exercício do Poder.

O potencial de violência acumulada numa sociedade pode ser visto como sendo uma das consequências deste processo, caracterizado por negações identitárias e sobretudo por um acumular de frustrações. A actual situação de tensão política vivida em Moçambique, sobretudo depois dos acontecimentos de Montepuez, do assassinato do jornalista Carlos Cardoso⁶ e face aos múltiplos fenómenos classificados de “criminalidade”, partindo das formas mais simples às mais complexas, ou fenómenos de “desvio”, revelam um estado crítico da “Saúde” das relações de tensão permanente entre globalização e exclusão, com o seu corrolário de violências quotidianas. O discurso da (e sobre a) fatalidade da globalização, a invocação abusiva à necessidade de uma “modernidade” burocrática imposta do exterior transformam-se, deste modo, no principal modo de escamotear um facto fundamental: está-se, mais uma vez na história da Antropologia, perante os limites da produção do conhecimento sobre a patologia do social⁷. É certo que estar ou não estar “doente” depende essencialmente, e neste contexto particular, daquilo que seria considerado “normal” como estado de funcionamento de uma sociedade. Mas a *doença do social* a que nos referimos é de natureza histórica no sentido em que ela resulta de relações hegemónicas e dissimétricas, alicerçadas durante os últimos séculos do Colonialismo e Imperialismo, segundo uma ideologia dominante nos círculos intelectuais europeus que considerava que a Sociedade se constitui como um corpo social quando o homem da natureza (a imagem do “selvagem” do pensamento jurídico do século XVIII e do pensamento antropológico dos séculos XIX e XX) se transforma em homem de trocas, ou seja “*um corpo social que é ao mesmo tempo, um corpo económico*” (Foucault, 1997:173). Relativamente à Europa ocidental Foucault alude historicamente a duas patologias do Ocidente: o fascismo e o estalinismo (Foucault, 1977). É certo que estas duas formas de provocar o desenvolvimento serviram de modelo a muitos regimes africanos. Porém, também é verdade que no caso destes, um outro factor veio influenciar profundamente as sociedades africanas: a experiência do Colonialismo como método de gestão da modernização e do desenvolvimento económico. Do ponto de vista social, esta espécie de “doença do poder”, ou “febre”, parafraseando ainda Foucault, é em grande medida produto dos interesses imediatos e exógenos das principais potências mundiais ou regionais- através do estabelecimento de novos mecanismos de dependência, (estes por definição muitas vezes subtis) que concorrem para uma cada vez maior marginalização das categoriais sociais mais pobres dos países africanos e estabelecendo, da sorte, os limites dos processos sociais em cena. Estes limites são, naturalmente, os que são impostos pelas complexidades de funcionamento das sociedades contemporâneas. Entretanto, no que toca aos níveis de compreensão destes fenómenos, podemos afirmar que a principal razão para esta situação, parece residir no facto de estarmos a reduzir drasticamente os instrumentos de análise do social,

⁶ Sobre a situação política de Moçambique nos finais do ano 2000, ver M. Cahen , “l’instabilité comme gouvernance?...”

⁷ Força é de constatar que a construção do conhecimento sobre o social se faz na base de experiências individuais e no senso comum.

refugiando-nos em técnicas, abordagens, métodos e concepções fortemente tributárias dos imperativos puramente económicos e de carácter imediato. É interessante notar que, quando instituições como o Banco Mundial, o FMI ou ainda o PNUD, falam da “doença da África” em termos de fracasso total, colapso ou insucesso da economia, esta análise é sustentada por cifras e por “indicadores sócio-económicos tais como taxa de crescimento da população, mortalidade, rendimento per capita, taxa de escolarização e estado nutricional” (Ntchoji Nkwi, P. 1996). As análises sobre a “saúde da economia” de Moçambique consistem em um diagnóstico eufemizado destas manifestações sociais e políticas de desregulação, sem contudo se dar o devido destaque para os processos sociais que vão desembocar na Violência “banalizada” porque considerada, umas vezes de natureza cíclica, outras vezes regular e até mesmo endémica. Daí a pouca importância que se dá aos rituais -tanto modernos como os considerados de “tradicionais”- de “purificação” dos males, verdadeiros fenómenos colectivos de catarse social fortemente impregnados de simbolismos hibridificados, onde as técnicas de teatralização jogam um papel importante, fundando desse modo uma relação complexa entre o Indivíduo, a sociedade e os seus males.

Os paradigmas do desenvolvimento e suas principais limitações.

Os principais termos da análise e debate sobre o “Desenvolvimento” remetem-nos para uma revisão mais crítica das contribuições teóricas sobre a problemática do desenvolvimento em África: principais paradigmas, modelos teóricos e concepções dominantes.

Neste artigo as noções de desenvolvimento e democracia aparecerem dissociadas, porque cremos que historicamente não existe uma relação directa entre desenvolvimento e democracia. Existem os modelos ideais de democracia e as prática ou as tentativas de realizar as utopias desenvolvimentistas baseadas nos princípios e objectivos de maior justiça social e liberdade individual. Existe, sim, uma diferença substancial entre o desenvolvimento em geral e as suas implicações no contexto da prática democrática. Mas embora instâncias diferentes da vida social, elas são duas faces de um mesmo processo global de produção de relações sociais e económicas novas, fundadas no liberalismo e mais particularmente na noção de Sujeito. Assim, é este jogo de poderes, dominações e contrôles do Sujeito que caracterizam os processos de desenvolvimento em África.

Se partimos do pressuposto de que

qualquer sociedade se auto-reproduz em função de modelos culturais -modelo de conhecimento, modelo de acumulação e modelo ético- que são ligados a um estado da produção e mais precisamente a um nível de historicidade, quer dizer da capacidade de produção da sociedade por ela mesma⁸,

então teremos necessariamente de concluir que o processo democrático é fundamentalmente um processo endógeno. Estaríamos portanto, diante de uma contradição entre a teoria social dominante e as realidades observáveis na maior parte dos países africanos onde o conflito entre as historicidades próprias e a excessiva dependência relativamente ao Ocidente não permite a constituição de sistemas democráticos viáveis de todos os pontos de vista.

⁸ Touraine, 1973, prefácio à segunda edição, 1993:10.

Como é por demais sabido, o modelo de democracia imposto ao País tem por pressuposto a necessidade de criação de novos mecanismos e formas abertas de participação política em consonância com modelos que em grande medida pouco ou nada têm a ver com as tradições locais, particularmente aquelas que apresentam potencialidades de desenvolvimento dos mecanismos de participação democrática.

É de recordar aqui que as grandes teorias de desenvolvimento tiveram um impacto nefasto em muitos países e em particular em África de um modo geral. Em Moçambique também o modelo da “modernização”-teoria que assenta sobre o pressuposto do crescimento económico- foi dominante nos anos 1950-60⁹. A seguir a esta teoria surgem as tentativas de impôr um modelo mais “produtivista” nos anos 1960-1970 mais direccionado para a produção familiar. Passa-se depois, na década seguinte, para os modelos do “desenvolvimento integrado” e a teoria da necessidade de assegurar a satisfação das necessidades elementares, como condição para o desenvolvimento. As teorias néo-liberais iriam surgir com mais vigor nos anos 1980-1990, no caso moçambicano, com o Programa de Reajustamento Estrutural, do Banco Mundial, sobretudo a partir de 1987¹⁰. Estas teorias, que ainda vigoram até hoje, - mesmo se somos obrigados a reconhecer o facto que recentemente elas evoluíram no sentido de tentar integrar um pouco mais a dimensão social do desenvolvimento (pelo menos de forma mais explícita)-, continuam a privilegiar o aspecto *indutivo*, isto é automático, deste processo. Os resultados de todas estas teorias para Moçambique são fundamentalmente os seguintes: uma cada vez maior dependência dos pequenos produtores relativamente às grandes empresas (ou seja o grande capital); níveis muito baixos de poupança da população camponesa; o êxodo rural que ganha novos ritmos e contornos cada vez mais complexos. Uma das expressões sociais dos efeitos destas políticas liberais é actualmente o aumento das clivagens, tensões e dos níveis da criminalidade¹¹.

⁹ Sobre a teoria da modernização muito se tem escrito. Porém importa destacar aqui o ponto de vista de Ake, segundo o qual esta teoria “posits an original state of backwardness and underdevelopment” e que ela “assumes that progress tends to be spatially diffused, and uses an evolutionary scheme that regards the ideal characteristics of the West as the end of social evolution. According to this scheme, the development of the backwards parts of the world is implicitly a matter of becoming Western” (Ake, citado por G. Martin, “Reflexions on Democracy and development in Africa: The Intellectual legacy of Claude Ake”). O outro aspecto a referir é que neste processo os africanos, cuja especificidade histórica e cultural é ignorada neste processo, acabam por perder a autoconfiança na suas capacidades de intervenção no processo de transformação da sociedade (idem: 103-104).

¹⁰ Sobre as mais recentes reestruturações económicas em Moçambique (colonial/capitalista, socialista e capitalista néo-liberal consubstanciada no PRE) ver o artigo publicado na revista *Agora* “40 anos, 3 políticas” (*Agora*, nº5, Novembro de 2000).

¹¹ Segundo o relatório do Ano 1, do Cruzeiro do Sul, de 1999, mais de 70% da população moçambicana vive no limiar da pobreza; em média é necessário caminhar 46 quilómetros para encontrar um médico e 66 para ir à escola; 35% da população não tem acesso a água potável; apenas 40% dos adultos sabe ler e escrever; Só 24% das mulheres estão escolarizadas. Ora as famílias rurais representam 80% da população activa mas a sua contribuição ao PIB é de apenas 30%. Mas concordamos também que muitas vezes a imagem da pobreza que é veiculada nos estudos sobre a economia não corresponde com a realidade das diferentes estratégias dissimuladas ou ocultas de sobrevivência. Porém, no que concerne à criminalidade um recente estudo publicado na revista *Agora* apresenta indicadores

A questão da participação democrática constitui, nos nossos dias, uma preocupação de sectores cada vez mais largos da sociedade moçambicana. Democracia sem participação popular, é convenhamos, tendo em conta o modelo ocidental, um paradoxo do funcionamento das instituições políticas. As acções participatórias ao nível da base deverão ser consideradas como sendo o primeiro nível para uma efectiva descentralização dos processos que conduzam a um efectivo desenvolvimento económico e social e ao reforço da democracia.

O conceito de democracia invoca diferentes concepções, realidades e percepções. Mas ele é, fundamentalmente, um regime de liberdade e de igualdade entre os cidadãos. Porém temos de admitir o carácter relativamente abstracto destas duas noções (liberdade e igualdade). Jean Baechler interroga-se se a democracia é um regime político, uma forma de organização social, um estado de espírito, um conjunto de comportamentos ou “tudo isto e mais outras coisas mais?” (Baechler, 1994).

Com efeito, existe uma dimensão ideológica (o ideal democrático) e diferentes prismas de análise da questão da democracia. Face a isto importa encontrar formas de situar o problema da democracia mais próximo ainda das políticas e práticas sociais e objectivar cada vez mais esta problemática. Dito de outra forma: existe a definição ideal da democracia e as práticas ou tentativas de realizar a justiça social.

O entendimento geral sobre a democracia consiste fundamentalmente na ideia de que as sociedades, de um modo geral, são sistemas que se alimentam de relações entre diferentes pólos de poder e de autoridade, entre múltiplos sectores, actores e sistemas políticos, tendo por palco o processo de construção de historicidades e de estabelecimento de regimes políticos¹² viáveis, onde a participação e a contestação constituem, inevitavelmente, os principais pilares da vida social (Touraine 1973; Baechler, 1994).

As sociedades humanas são, fundamentalmente, sistemas de acção histórica, isto é, de participação do Sujeito/Actor histórico nos combates pelas configurações de relações mais equilibradas. Neste sentido, a democracia é uma constante produção colectiva. Ela diz respeito ao modo de funcionamento da sociedade no seu todo: suas formas de organização política, orientações e mecanismos de decisão em contextos específicos de mudança (Touraine, 1973) e na base de consensos. Os sistemas democráticos são por isso, antes de mais, um produto de uma mistura de várias historicidades. Mas estas produções dependem, naturalmente, do estado em que se encontra a Sociedade. Determinadas épocas são mais favoráveis do que outras para que essas historicidades se manifestem num contexto de definição colectiva de destinos.

assustadores da evolução da criminalidade em Moçambique: em cada 10 pessoas, cinco foram assaltadas em Maputo no ano 2000.

¹² Regra geral considera-se uma tipologia que apresenta 3 regimes autocráticos (fundados na ideia de grande poderio), hierocráticos (autoridade) e democráticos (fundados na ideia de direcção), com as necessárias variantes (regimes aristocráticos, oligárquicos, plutocráticos, despóticos, tirânicos, autoritários, ideocráticos). Os regimes democráticos, segundo Baechler “têm por princípio fundador a direcção, o que tem por consequência que todas as relações de poder, todas em geral e as políticas em particular, estão enraizadas naqueles que obedecem. Eles fazem-no porque eles calculam que é evidentemente seu interesse obedecer a pessoas competentes para atingir ou reservar-se algumas chances de atingir os fins que eles se atribuem como seres humanos” (Baechler, 1994: 56).

Esta definição deve vir da própria Sociedade ou comunidade, embora ela seja influenciada por relações de força circunstanciais e, portanto, cruzada com elementos que resultam da relação entre o exógeno e o endógeno. Consideramos que no contexto africano, curtos e raros foram os momentos históricos em que as condições do ponto de vista social e político se apresentaram mais propícias para que as principais patologias sejam tratadas com recurso a novos paradigmas e a perspectivas de diagnóstico mais inovadoras, mais humanas e mais diversificadas.

O modelo democrático actualmente em voga no mundo ocidental –e não só– resulta de um processo histórico particular: o processo social, político e económico “europeu” ou se assim se preferir, do “Norte”, que teve por resultado a *reinvenção* da democracia antiga, ou seja das suas formas tradicionais de participação na vida pública. Na sua base encontramos as várias revoluções de tipo liberal que tiveram lugar sucessivamente na Europa. Podemos concluir que a Democracia de tipo ocidental resulta de acções colectivas com vista a alterar/mudar os sistemas de gestão e de dominação social. O estado actual da democracia aí tem muito a ver com a questão da reformulação da relação fundamental entre os *indivíduos* e o Estado. Esta relação é fundada no princípio da Liberdade. Convém aqui recordar que relativamente a estes dois aspectos têm-se confrontado, permanentemente, dois modelos de análise: por um lado, o Estado é concebido como meio unificador da sociedade; isto é, ao “enquadrar a organização social no sistema político e no campo da historicidade” (Touraine, 1973: 224) ele participa na criação de um espaço nacional, ou seja, a alargar as fronteiras dessa mesma historicidade. É o Estado-todo-poderoso, cujo sistema de administração se estende a todos os sectores da organização social. É o Estado-total ou totalitário que conduz à deshistorização da sociedade, que se transforma assim em um simples instrumento do Estado, tornando, deste modo, inviáveis as mudanças sociais. Mas por outro lado, em outros contextos e para certos agentes sociais, o Estado é também considerado um recurso, um instrumento de gestão de conflitos e também agente de mudança. É a imagem do Estado intermediário ou árbitro de conflitos de interesses diferentes, mais próximo, portanto, da imagem do Estado liberal.

Na análise da democraticidade dos sistemas sociais e regimes políticos tem-se em conta a relação entre o Estado, enquanto actor societal e parte do sistema político e a Sociedade civil, esta última entendida como constituinte do sistema político e formada por sectores da sociedade que se constituem em actores e que não são controlados por um princípio de integração (Touraine, 1973: 182).

Relativamente à questão da participação democrática duas abordagens têm sido desenvolvidas e enriquecidas até aos nossos dias. A primeira abordagem considera a democracia sobre o ângulo da Política (ou seja a existência de um regime político que permite a acção de competição entre vários partidos). Para esta tendência, a democracia seria, antes de mais, um sistema político, apenas, que embora permitindo a existência de vários partidos em concorrência, a realização de eleições periódicas (Makinda, 1996)¹³, não atingiria plenamente a totalidade das esferas que gravitam à

¹³ “There is no clinical or scientific definition of liberal democracy, but some of the main features are free competition among parties, periodic elections, and respect for the fundamental freedoms of thought, expression and assembly” (Samuel M. Makinda, 1996, pp. 555-573).

volta do fenómeno político aqui entendido rigorosamente como sendo o *poder político*. A questão da democracia está assim intimamente associada à problemática do Poder. A segunda abordagem considera a democracia sob o prisma da sociologia do Político e insiste principalmente nos aspectos mais relevantes no respeitante à produção histórica das sociedades com um enfoque nas redes de acções e relações políticas numa determinada sociedade (referimo-nos aqui, fundamentalmente, à teoria da acção). A participação democrática, neste contexto, é considerada uma condição básica para o exercício da democracia, com o entendimento de que esta funda-se essencialmente no princípio de que o contexto institucional, ou seja, o modo de organização da sociedade, deve permitir o exercício de uma democracia directa e que esta forma de democracia se opõe à tendência de concentração de centros de decisão.

Como acabamos de ver, a noção de democracia possui, por isso, dois sentidos: a democracia de conteúdo e a democracia de procedimentos (Touraine, 1973). A democracia de procedimentos é constitutiva do sistema político em geral e trata com certa prioridade aqueles aspectos que estão relacionados com o funcionamento institucional, ou seja, com a realidade das formas institucionais de exercício da democracia. A democracia de procedimentos é muitas vezes também referida como sendo a democracia formal. Esta formalização do conteúdo democrático constitui, a nosso ver a tendência dominante nos nossos dias. Enquanto que a democracia de conteúdo é a componente da democracia que tem mais a ver com “a lei não escrita da democracia” (Baechler, 1994: 67) e que deixa mais claro ainda o carácter contratual da relação entre os actores colectivos e individuais no processo de decisão e gestão da colectividade.

Em África, a participação democrática passa pela análise da relação entre o Estado e a “Sociedade Civil”. No seu livro *Citizen and Subject*, Mahmood Mamdani refere-se ao impasse teórico entre o que ele chama de “modernistas” e os que ele considera de comunitaristas (*comunitarians*); e sugere que uma das formas de ultrapassá-lo é chegar a uma síntese que transcenda as duas posições, começando por problematizar cada uma das posições, pois, ainda segundo este autor, as discussões sobre África giram actualmente em volta de dois tipos de posições, fundamentalmente: os modernistas e os tradicionalistas (Mamdani, 1996). Esta questão revela-se importante, na medida em que, para Touraine, “o apelo à democracia é antes de mais uma combinação de um apelo à modernidade e ao serviço do povo”, e tem por fim combater “leis arcaicas e a hegemonia das classes dominantes” (Touraine, 1973: 206). O enfoque sobre a “sociedade civil” como garante da democracia, parte de uma constatação da natureza e desempenho do Estado em África e sobretudo do carácter autocrático dos Estados Africanos pós-independentes. Insiste-se, bastante, nuns casos sobre a “fraqueza” dos Estados, noutros sobre a sua onnipresença e a sua distância em relação à sociedade civil (Mamdani, 1996), mas sempre num plano analógico com as condições de emergência e desenvolvimento do Estado burguês e do capitalismo na Europa. Para Mamdani esta categoria (sociedade civil) é também um produto histórico do processo de diferenciação de poder e da divisão do trabalho na economia e que conduziu à autonomização da esfera que viria a governar a sociedade civil. Assim sendo, é de considerar dois momentos distintos da constituição da sociedade civil que determinarão duas concepções diferentes: as de Marx, por exemplo (com a tónica

sobre as condições do mercado e o papel da burguesia) e a de Gramsci¹⁴ para quem a diferenciação da sociedade civil é tripla: entre o Estado, a economia e a sociedade¹⁵.

O que se disse sobre a sociedade civil poderia merecer o mesmo tipo de desenvolvimento, com base no mesmo modelo teórico: em África, apesar da diversidade de histórias, instituições e opções político-ideológicas, os Estados Africanos são no geral “construções do exterior” (Terray, 1986)¹⁶. Mas ao mesmo tempo, e esta constatação pertence ao mesmo autor, e paradoxalmente, essa “exterioridade do Estado é, sem dúvida nenhuma, uma das razões fundamentais da sua incapacidade, mas precisamente por essa razão, ela é também, sem dúvida nenhuma, a mais segura protecção para a sociedade rural” (Terray, op. cit.:1986). Um outro problema a salientar é o das fronteiras coloniais que tem sido colocado com insistência como sendo um dos factores que explicariam a natureza pouco estável dos Estados africanos, pois historicamente, a maioria dos Estados actuais não se fundou em fronteiras culturais, colocando-os deste modo face a uma dupla ameaça: a que vem “de baixo” (fenómenos de ‘nacionalismo étnico’, tribalismo, tendências ao federalismo, divisionismo...) e a que se exerce “de cima” (das instituições financeiras internacionais, em particular aquelas que estão mais directamente implicadas nos movimentos de capitais internacionais)¹⁷.

Relativamente ao desenvolvimento, a constatação fundamental é que quanto mais “desenvolvimento” tentam fazer os Estados Africanos, menos esses Estados respectivos se posicionam em situação de se desenvolver (Gu-Konu, E., 1986), alusão directa a processos regressivos no que respeita ao desenvolvimento de um modo geral. Na sua homenagem ao intelectual nigeriano C. Ake, G. Martin retoma os principais pontos da sua análise sobre a crise em África e as suas propostas de um novo paradigma para os intelectuais africanos reflectirem(-se)¹⁸. Para Ake, o desenvolvimento não se pode confundir com crescimento económico e, em África particularmente, o desenvolvimento deve ser feito pelos próprios povos africanos (Martin:106) e não pelos chamados “burocratas modernizadores”.

¹⁴ Com os prolongamentos em Karl Polanyi, Talcott Parsons e mais recentemente Jürgen Habermas.

¹⁵ Ver a análise que é feita por Mamdani na introdução da sua obra, “Citizen and Subject”... Ver também as análises feitas a esta obra por Ralph A. Austen, Frederick Cooper e Jean Copans, publicadas no nº73 de *Politique Africaine*, de Março de 1999.

¹⁶ Introdução ao nº 103 de *Cahiers d'Études Africaines, Etat, développement et sociétés paysannes*, 1986.

¹⁷ Certos autores defendem a ideia da inconsistência dos Estados Africanos e concluem que os Estados-Nação em África são ao mesmo tempo realidade e ficção ... É também a posição de E. Terray.

¹⁸ Os principais pontos defendidos por Ake no seu último livro “Democracy and development in Africa (Brookings Institution, 1996) são os seguintes: a) a política como principal obstáculo para o desenvolvimento em África; b) a marginalização de África pelas elites africanas e a comunidade internacional; c) a necessidade de um novo paradigma do desenvolvimento em África. A situação de crise em África é explicada nos seguintes termos: “The two main features of the colonial state in Africa, absolutism and arbitrariness, were carried over into the post-colonial state, in which an African elite hand-picked by the former colonizers was busily engaged in seizing and maintaining political power, and in preserving state power from the challenge of any socially-, ethnically or regional-based opposition”.

As tendências actuais vão mais no sentido de exigir aos Estados Africanos por implicação imediata, um reordenamento dos seus quadros institucionais de modo a que as comunidades possam intervir com maior protagonismo na tomada de decisões sobre as estratégias a adoptar e os objectivos a atingir¹⁹. Também importa realçar aqui a necessidade de criação de espaços alternativos de participação democrática, à medida que o Estado, lá onde ele exista realmente, se vai demitindo das suas funções tradicionais em relação com a solução dos problemas básicos e vitais e num contexto de “privatização do Estado”²⁰. Sobre tudo isto confrontam-se duas teses. Por um lado, autores como B. Hibou defendem que “não estamos a assistir à destruição do Estado, ao seu questionamento e à sua perda de legitimidade e de soberania, mas à continuação da sua formação ou da sua reconfiguração num contexto de multiplicação de constrangimentos e também de oportunidades internacionais”²¹. Isto significa que os estados adaptam-se a novos contextos. A outra tendência é a que considera que no contexto da luta pela imposição de regras liberais, as grandes potências decidiram que o enfraquecimento dos Estados era uma condição importante para a expansão dos seus mercados.

Mas de um modo geral, as múltiplas análises sobre os Estados Africanos consideram que, se estes se encontram hoje ainda num estado de subdesenvolvidos, isso é uma consequência, dentre outros factores, da sua integração na economia-mundo e da dependência em relação a ela. O desenvolvimento político nos países Africanos é visto como sendo a consolidação de capacidades políticas, sempre na base do modelo do Estado “moderno”. Porém, como nos lembra Médard, a transferência de um modelo cultural – neste caso o Estado moderno – não se faz necessariamente reproduzindo esse modelo, se o contexto em que ele se impõe é diferente (J. F. Medard, 1982)²². Entre o modelo do Estado clientelista²³ e o Estado neo-patrimonial,

¹⁹ “In general terms, democracy can be seen as a way of government firmly rooted in the belief that people in any society should be free to determine their own political, economic, social and cultural systems. But the form that it takes can vary according to the particular circumstances of any society” (S. Makinda, 1996: 557).

²⁰ No caso moçambicano são sintomas deste fenómeno de privatização do Estado a situação nas Alfândegas, a existência de numerosas empresas de segurança privadas, a recente atribuição ao sector privado da gestão dos sistemas de abastecimento de água, etc., mas, sobretudo, e de um modo geral, pela utilização de posições públicas no Estado para antes de mais enriquecer. As outras práticas e que são parte desta estratégia de privatização do Estado são os crimes protagonizados pelos servidores do Estado em posições de chefia. Segundo a informação da Procuradoria da República (ano 2001), anexada ao informe à Assembleia da República, os principais ilícitos em que incorrem os dirigentes são, por ordem de importância, o furto, homicídios e desvio de fundos (Mediafax, 06/03/2001, “criminalidade por classes”).

²¹ Hibou, B., introdução a “La ‘décharge’: nouvel interventionnisme”, *Politique Africaine* nº 73, 1999.

²² Medard considera que as “underdeveloped societies can not be considered uniquely determined by outside factors acting in a mechanical way” (*Un underdeveloped State in tropical Africa: political ...*)

²³ O modelo do Estado clientelista funda-se na relação desigual entre governantes e governados.

os Estados Africanos são, regra geral, analisados em termos de níveis de nepotismo, corrupção e tribalismo²⁴.

A proposta de análise que nos é aqui feita leva-nos, portanto, a reconhecer que os Estados Africanos são uma combinação de vários factores, endógenos e exógenos, onde se imbricam, a tradição Africana e os modelos impostos, mormente no que diz respeito ao Estado como forma privilegiada de governo e gestão. O sistema de parentesco e as relações de género são o que se pode considerar de factores estruturantes, na medida em que eles se situam abaixo do nível de funcionamento do Estado, sendo a identidade étnica o nível intermediário que permite compreender como se faz o relacionamento entre os governantes e os governados.

Apesar de tudo isto termos de considerar o facto de que existem algumas experiências interessantes de formas de participação democrática, nesta tentativa de os Africanos reinventarem a sua democracia, síntese de experiências endógenas e exógenas, mas onde os elementos das tradições africanas estejam mais visíveis ainda, apesar de estarmos num contexto de globalização. Assistimos por parte das instituições e dos países com economias mais fortes tentativas de impôr os modelos do ocidente.

Os Estados africanos, no seu funcionamento concreto, são uma combinação imperfeita de factores endógenos e exógenos, de lógicas contraditórias e de princípios implícitos e opostos de auto-identidade, onde se misturam, no tempo, a tradição africana e os modelos impostos. O desenvolvimento-tanto político como económico- é sempre visto pelas elites africanas como sendo o processo de consolidação das capacidades políticas na base de um único modelo: o Estado moderno. Ora, esta simples transferência de um modelo cultural faz-nos esquecer todo o potencial que a África possui em termos de tradições democráticas²⁵.

E em Moçambique, que balanço se pode fazer do estado da democracia?

Nesta comunicação iremos, de forma mais interrogativa do que afirmativa, cingir-nos ao problema da prática democrática quotidiana em locais tão distintos como o meio urbano, peri-urbano e rural.

Os diferentes autores que realizaram investigações na província de Nampula, por exemplo, nas perspectivas histórica e antropológica insistem na ausência de uma tradição de poder centralizado. Para eles, existe, isso sim, uma tradição de participação popular na tomada de decisões de maior relevo, no seio das instituições linhageiras e no âmbito da Chefatura. Como é que estas tradições se podem articular com as novas exigências do desenvolvimento económico e face às tendências de globalização do modelo democrático de inspiração ocidental? E que relação existe entre tradição de organização centralizada e formas de organização social e política baseadas no princípio de complementaridade e reciprocidade entre linhagens?

A hipótese aqui retida e que serve de referência para a análise que fazemos aqui sobre o funcionamento das instituições de natureza política ao nível dos distritos e localidade é a de que o Estado não deve substituir-se às instituições locais mas sim

²⁴ O que leva J. F. Medard a afirmar que “Kinship and ‘tribalism’ (ethnicity) are prevalent in Africa” (op. cit. p.: 172) recorrendo a Geertz que se refere aos sentimentos primordiais para dar substância ao problema tribal em África.

²⁵ Mostrámos num anterior texto que depois das independências, os estados africanos preocuparam-se mais com a unidade nacional, considerando-a como uma premissa para o desenvolvimento rápido, do que com a democracia (Conceição, A. R., 1995:84-85).

assumir uma postura que permita a promoção, no seio das comunidades, de acções concretas que alarguem cada vez mais as possibilidades de participação das populações nas tomadas de decisão, mas sempre no âmbito das instituições existentes, sejam elas consideradas “tradicionais” (uma forma de adjectivação que é ainda assunto de discussão) ou as que são comumente consideradas de “modernas”.

A democracia participativa em Moçambique toma em conta a assumpção de que a descentralização via a desconcentração e a participação na tomada de decisões é um direito democrático básico. Isto significa que a participação desenvolve-se plenamente num contexto em que outros processos têm lugar simultaneamente, no sentido de permitir uma maior responsabilização directa da população, e neste caso particular, das comunidades rurais que constituem a maioria da população (a people-centered democracy)²⁶.

A lei 3/94 marca o início do processo de descentralização e democratização em Moçambique.

A criação das primeiras autarquias em 1998, indica precisamente que a descentralização política e económica, com vista a assegurar uma maior participação da comunidade na gestão dos recursos naturais deve ter como pressuposto o direito e o dever de participação de todas as comunidades no processo de desenvolvimento e de redução da pobreza.

O problema da lei 2/97, de 18 de Fevereiro é que ela limita a municipalização às cidades e a algumas vilas sedes dos postos administrativos. E aqui reside o principal. É uma forma de defender a ideia de que as formas ditas modernas de democracia só são compatíveis em meios urbanos, isto é em sectores considerados modernos da sociedade. É por essa razão então que no vocabulário político actual se fala mais em elites do que em cidadãos muito simplesmente...

As análises da descentralização em África mostram muitas vezes que este processo constitui uma estratégia política das elites no poder para deterem mais poder ainda, ao não se desresponsabilizarem de uma importante parte – a mais importante talvez- desse mesmo poder.

Nós defendemos a ideia que o exercício da democracia ao nível local deve ser feito pelas instituições locais e, necessariamente, com o envolvimento do poder tradicional. Do ponto de vista histórico, sabemos que esse mesmo poder foi incorporado num dado momento na administração colonial mas não na administração de Moçambique independente. Porquê?

As políticas de descentralização em África devem ter em conta a necessidade de estabelecimento de mecanismos de exercício da democracia ao nível local, por exemplo garantindo a participação das populações nas grandes decisões sobre o desenvolvimento e através da promoção da Sociedade civil.

Existem algumas iniciativas locais interessantes visando este objectivo. Em moçambique, uma das ilustrações deste esforço são as experiências em curso em algumas localidades dos distritos de Angoche e Moma daquilo que se chama os CDLs (comités de desenvolvimento local). Nestes dois distritos foram observados 8 Comités e no essencial constituem formas para dar solução aos problemas mais importantes que

²⁶ Assim, a democracia em África deveria, segundo Ake, caracterizar-se por um efectivo poder de decisão das comunidades, através da descentralização para as fomações locais, com ênfase em direitos políticos, sociais e económicos, uma democracia que acentue os direitos colectivos e a incorporação (Martin:107).

afectam a comunidade, como por exemplo a educação, a saúde, a recolha e tratamento de lixo a manutenção de estradas e vias de comunicação. Reconhecemos que este assunto merece ainda uma análise mais crítica, na medida em que neste processo estão envolvidas organizações não-governamentais, o que não constitui o objecto principal desta comunicação.

A democracia participativa (e isto pode parecer um pleonasmo!) desenvolve-se, a nosso ver, quando se tem em conta o princípio segundo o qual a descentralização e a participação popular na tomada de decisões permitem uma maior responsabilização das populações sobre os seus destinos, em particular as populações rurais. No caso moçambicano este processo está no início. A articulação e as relações entre os níveis central, regional e local, bem como a cooperação entre os diferentes parceiros sociais – a democracia participativa- indicam o nível de eficácia desta relação. As práticas democráticas ao nível local –mais concretamente em meio rural- pressupõem, antes de mais, um novo quadro institucional, mais adequado a este objectivo e de modo a que as populações possam participar realmente nas tomadas de decisão.

Relativamente à descentralização discute-se também a questão da “privatização do Estado”²⁷. Este risco de *privatização*, que em Moçambique se realiza em moldes muito particulares, tem mais a ver com as políticas neo-liberais e pensamos que isso é efectivamente um risco para alguns simbolismos até aqui partilhados pelos actores sociais, como por exemplo, as noções de solidariedade social, partilha, justiça social, serviço público, etc.

Mostrámos que em Moçambique as primeiras eleições locais só se realizaram de momento em meio urbano ou urbanizado, limitando assim a participação das populações rurais ao exercício das formas modernas de democracia, excluindo-as mesmo. Por esta razão deve esta constatação obrigar-nos a pensar em alternativas fora do modelo já conhecido e tendo em consideração que as chefaturas, na pessoa do Régulo, constituem um sistema de organização social e política eficaz na maior parte dos casos²⁸. Neste contexto, o que importa não é tanto torná-los no Estado, mas articular esta organização com a organização central.

A descentralização política e económica faz-se em contextos específicos, mas em qualquer deles ela é um processo, com fases, problemas e algumas conquistas sociais com efeitos moderados. Em Moçambique, tal como em muitos outros países africanos, os processos de reforma da administração local com efeitos directos sobre a participação das comunidades são em geral limitados, inacabados ou se encontram numa situação de impasse (Jacob, J., 1998). A maioria da população moçambicana vive em zonas rurais, pelo que o actual processo de autarcização deve ser visto como insuficiente e de carácter inicial pois ele se efectiva em um número limitado de lugares (apenas 33 municípios foram criados em 33 cidades e vilas)²⁹. Torna-se, por isso, necessário, encontrar outros espaços de participação da população na tomada de

²⁷ Achille Mbembe fala de governo indirecto privado que ele caracteriza como sendo “os novos dispositivos duma dominação cujas formas, as qualidades intrínsecas e as finalidades diferem fundamentalmente daquilo que nos foi dado a ver, até então, os regimes africanos pós-coloniais” (1999:103).

²⁸ Eficaz, neste contexto, não significa completamente isento de problemas, conflitos de interesses, tensões, etc:

²⁹ Mas mesmo nestes locais, o nível de participação situou-se nos 15% do potencial eleitorado em grande medida devido ao boicote por parte da oposição política.

decisões. Por isso, para o caso de Nampula, se propõe a criação dos conselhos locais, como uma forma de consolidar as bases para uma cada vez mais crescente participação das comunidades ao nível local. Os conselhos locais seriam, deste modo, um espaço de discussão mais alargada, com base nas representatividades e legitimidades já existentes. Neles participariam os membros mais influentes da Comunidade.

O decreto 15/2000 introduz e formaliza a noção de *líderes comunitários*. É necessário recordar que até aos anos mais recentes, o debate sobre a questão da *autoridade tradicional* destacava a figura do “*Régulo*”. A nova designação, mais do que um simples neologismo representa uma tentativa de abranger para além daqueles, outros líderes no seio das comunidades (por exemplo, os secretários dos grupos dinamizadores). Esta situação presta-se a uma análise do contexto político, caracterizado por tentativas de manipulação dos Régulos parte dos dois principais partidos – a Frelimo (no poder) e a Renamo (na oposição). Porém, é necessário ter em conta as diferentes experiências sociais e políticas quando se considera a existência e o poder do Régulo. Isto porque nas zonas rurais, principalmente, o Estado tem uma presença fraca, as estruturas administrativas funcionam mal ou são mesmo inexistentes. Por outro lado, força é de constatar a emergência de novos actores sociais e a multiplicação de organizações que trabalham ao nível local sem nenhuma relação com o Estado.

As populações rurais distinguem, por um lado, os régulos e por outro lado os restantes agentes/representantes/oficiais do Estado. Elas consideram todas as instituições modernas (isto é, de criação mais recente) como é o caso das forças políticas, Ongs e os representantes do Estado como sendo parte do grupo “socialmente construído” dos “Akunyia”³⁰, representantes dos secotres modernos da sociedade. E aqui reside a ambiguidade que caracteriza a relação entre as comunidades rurais e os governantes no sentido mais lato do termo.

Os limites do modelo democrático de inspiração “ocidental”

E como último ponto a abordar, pensamos que é importante referir, mesmo se de forma sucinta os principais limites do modelo democrático tanto apregoado, se não for garantida uma efectiva participação directa, sempre que possível, ao nível local, na tomada de decisões, por parte da comunidade em geral ou do cidadão em particular.

Pierre Bitoun³¹, um sociólogo francês, chama a nossa atenção para os limites dos sistemas democráticos europeus, partindo do exemplo da França. Para este autor, existe actualmente uma conjugação de factores que põe em causa a democracia francesa actualmente. E refere-se particularmente à lógica que preside à criação das instituições (que, segundo ele, acabou por torná-las hidrocefalas), impondo, deste

³⁰ O primeiro significado deste termo era Senhor Branco. Hoje ele é utilizado para operar esta distinção entre instituições de poder com assento local, da comunidade e as restantes, consideradas como “externas” à Comunidade e com as quais ela se relaciona. Sobre este assunto ver Zacarias Ivala.

³¹ Pesquisador no INRA (Instituto Nacional de Pesquisa Agronómica), publicou, entre outros trabalhos: *Les hommes d’Uriage*, *La Découverte* (1988); *L’équivoque écologique*, *La Découverte* (em colaboração com P. Alphandéry e Yves Dupont, 1991); *La facture: le train de vie de l’État et de ses élus*, Albin Michel, 1993; *Le ras-le-bol des administrés*, Calman-Lévy (em colaboração com J.-C. Delarue).

modo, uma democracia representativa cujos mecanismos de delegação funcionaram tão bem que se perdeu o sentido do compromisso entre mandantes e mandatários a tal ponto que a actual tendência é a de não representarem mais nada senão um desvio do sufrágio universal; enfim, o risco de uma democracia que, sob os efeitos de um capitalismo triunfante, ou que parece triunfar, mas cujos representantes públicos e privados se tornaram, uma vez mais, “mais hoje do que ontem, affairistas perigosos que perderam todo o sentido de interesse geral, nacional ou mundial”³² e que poderão acabar por se impôr à escala mundial. Segundo o mesmo autor, estaríamos errados se pensássemos que a democracia

esse melhor dos mundos possíveis que se afirmou há pouco mais de dois séculos como modelo, seja eterno. Porque ela só poderá perdurar se a tensão entre a lógica do capitalismo e do interesse geral, a separação entre os governantes e os governados, o divórcio entre o real e o ideal do regime se mantiverem nos limites do aceitável, do tolerável (Bitoun P., 1995: 60-61).

Esta saturação do modelo surge quando os equilíbrios são rompidos, quando os mecanismos de delegação se suplantam a formas de participação directa na tomada de decisões e quando os aspectos institucionais,- ou seja, em substância a democracia de procedimentos -se impõem à participação directa das comunidades na tomada das principais decisões com implicações políticas, sociais e económicas a médio e longo prazos. A importância da democracia participativa reside no facto de ela constituir uma forma de permitir um maior grau de responsabilização da comunidade e dos cidadãos e de garantir a emergência de instituições mais democráticas (participativas) que se encarregariam da gestão dos interesses dos vários parceiros (autoridades locais eleitas, organizações comunitárias, diferentes grupos de interesse)³³. Isto permitiria também uma gestão mais descentralizada dos projectos de desenvolvimento e uma maior autonomia e responsabilidade das forças mais activas da sociedade civil.

A democracia africana deve saber e sobretudo poder vestir-se cada vez mais das cores garridas que caracterizam o continente africano: as cores da identidade africana. O continente deve saber também reinventar a sua própria democracia com base nas suas singularidades e através da consciência da sua História e Cultura. Mas a democracia participativa de que atestam as experiências de desenvolvimento local em África não pode ser entendida apenas como uma forma de o Estado transferir a sua responsabilidade total pelo desenvolvimento às populações locais, mas sim uma estratégia de reforçar a sustentabilidade do desenvolvimento democrático local e de garantir que a condição de sujeitos históricos actuates e activos das comunidades, sobretudo as rurais, venha a ser respeitada, preservada e ampliada. Desta forma ter-se-ia tentado alargar o conceito de cidadania.

³² P. Bitoun, *Voyage au pays de la démocratie moribonde: et si nos élus ne représentaient plus qu’eux mêmes?*, Albin Michel, Paris, 1995.

³³ *Poverty Reduction, Participation and local Governance, the role of the UNCDF*, UNCDF Policy, series, vol. 1, 1995, August.

BIBLIOGRAFIA

Arizpe L. (ed.)

1996 *The cultural dimensions of global change, an anthropological approach*, UNESCO.

Baechler J.

1994 *Précis de démocratie*, Calman-Lévy, Editions de l'UNESCO.

Bakari T.

1990 *Les élites africaines au pouvoir (problématique, méthodologie, état des travaux)*, CEAN, Bordéus.

Ballerstaedt E.

1999 *Participação Popular no processo de desenvolvimento em Moçambique*, LINK (relatório).

Bitoun P.

1995 *Voyage au pays de la démocratie moribonde: et si nos élus ne représentaient qu'eux-mêmes?*, Albin Michel.

Cahem M.

1999 *La nationalisation du monde: Europe, Afrique: l'identité dans la démocratie*, Paris, L'Harmattan.

2000 *Mozambique: l'instabilité comme gouvernance?*, in «Politique Africaine», n° 80, Dezembro 2000, Karthala, pp. 111-135.

Campbell A.

1997 *Western Primitivism: African Ethnicity, a study in cultural relations*, Cassel.

CENTRE TRI-continental

1997 *Pouvoirs locaux et décentralisation*, L'Harmattan, Paris.

Clapham C. (ed.)

1982 *Private Patronage and Public Power, Political Clientelism in Modern State...*

Conceição A. R. F. da

1995 *Democracia e identidades culturais*, in «Cultura de Paz e democracia», UNESCO, pp.75-88.

CRUZEIRO DO SUL,

1999 *Projecto de Seguimento do Programa Estratégico de Nampula*, Relatório do ano I, Maputo e Nampula.

Daloz J.-P. (dir.)

1999 *Le (non-)renouvellement des élites en Afrique subsaharienne*, CEAN, Bordéus.

Foucault M.

1975 *Surveiller et punir*, Editions Gallimard, Paris.

1997 *Il faut défendre la société*, Cours au collège de France, 1976, Hautes Études, Gallimard/Seuil, Paris.

Go-Kon E.

- 1986 *Entité étatique et développement en Afrique tropical*, in «Cahiers d'Études Africaines», n°3, XXVI-3, pp.:299-315.
- Hanlon J.
1998 *Guia básico sobre as autarquias locais*, AWEPA/MAE.
- Joseph R. (ed.)
1999 *State, Conflict and Democracy in Africa*, Lynne Rienner Publishers.
- Lundin I. B e Jamisse F.
1996 *Descentralização e Administração Municipal-descrição e desenvolvimento de ideias sobre alguns modelos africanos e europeus*, F. Friedrich Ebert/MAE.
- Makinda S.
1996 *Democracy and Multi-Party Politics in Africa*, in «The Journal of Modern African Studies», 34, 4.
- Mamdani M.
1996 *Citizen and Subject: Contemporary Africa and the Legacy of Late Colonialism*, Princetown studies in Culture/Power/History.
- Martin G.
1995 *La crise de l'État-Nation en Afrique: du régionalisme au fédéralisme*, in «Afrique 2000, Revue africaine de politique internationale», n° 21, (avril-mai-juin) 1995.
- Mbembe A.
1999 *Du gouvernement privé indirect*, in «Politique Africaine», n°73.
- Médard J.-F. (dir)
1991 *États d'Afrique Noire: Formation, mécanismes et crises*, Paris, Karthala.
1986 *Public Corruption in Africa: A comparative Perspective*, in «Corruption and Reform», n°1, pp.115-131.
- Meillassoux C.
1996 *Fausses identités et démocraties de l'avenir*, in «Sociétés Africaines».
- Nabudere D. W. (ed.)
2000 *Globalisation And The Post-colonial African State*, AAPS Books, Harare.
- Nkiwi N. P.
1996 *The Ethnography of Development: an African anthropologist's vision of the development process*, in ARIZPE, (ed.), *The cultural dimensions of global change*.
- Perroux F.
1983 *A new concept of Development*, Croom Helm/UNESCO.
- Sindzingre A. N.
1994 *État, développement et rationalité en Afrique: contribution à une analyse de la corruption*, Travaux et Documents, CEAN, B.
- Suberu R. T.

1991 *State and Local Government reorganizations in Nigeria*, in «Travaux et Documents», n° 41, 1994, IFRA and CEAN.

Terray E.

1986 *Présentation*, «Cahiers d'Études Africaines», n°103, XXVI (3).

Touraine A.

1992 *Critique de la modernité*, Fayard, Paris.

1973 *Production de société*, éditions du Seuil, (edição revista).

UNESCO

1995 *The cultural dimension of development: towards a practical approach*, Culture and Development Series, UNESCO publishing.

“LA NOSTRA AFRICA”
LINGUAGGI, METAFORE E PRECONCETTI SULLO SVILUPPO E
L’AIUTO UMANITARIO IN MOZAMBICO*

Di Monica Vidili

Premessa

Un articolo come questo, così paradossalmente provocatorio nel contesto in cui si situa, cioè in un libro che si propone di riportare i risultati di una ricerca in Mozambico, finanziata dai fondi per la Cooperazione, non vuole essere un discorso contro tali interventi, ma vuole semmai costituire una voce critica e più consapevole degli effetti della Cooperazione e dell’Aiuto Umanitario. Non vuole neppure essere un’accusa contro alcune delle Organizzazioni qui menzionate, ma semmai ambisce ad essere un espediente per discutere gli aspetti non detti e soventemente dati per scontati di tale fenomeno, ma tuttavia cruciali per le dinamiche culturali e sociali che innescano in Mozambico, come altrove. Il mio, vorrebbe essere un invito a mettere in discussione le nostre ipotesi, a controllare i nostri pregiudizi e le nostre espressioni linguistiche, ma soprattutto a dare ascolto ai “destinatari” dello sviluppo, così come l’antropologia per lo sviluppo sta cercando di fare da diversi anni ormai.

Ho incrociato famiglie numerose che continuano a concepire e a fare altri figli. Anche le donne che hanno più di 35 anni continuano ad avere figli perché alcuni sono morti o sono stati persi durante la guerra. A causa della loro esperienza di calamità e morte, le famiglie e le comunità credono di dover mettere al mondo più bambini possibile. Avere molti bambini è anche simbolo di ricchezza e di vigore fisico per mogli e mariti. Al contrario, il risultato è che la maggioranza delle famiglie soffre la più dura povertà e gravi malattie. Anche le madri che vengono alla clinica di pianificazione familiare fanno lo stesso a causa di *pregiudizi infondati*¹.

* Il materiale empirico che fa riferimento al Mozambico contenuto in questo articolo è tratto dalla mia tesi di Master in Antropologia Sociale presso la SOAS (School of Oriental and African Studies) dell’Università di Londra, intitolata “*Deconstructing Knowledge of Mozambique: Children’s Representation on the Internet*”, Settembre 2000.

¹ "I have come across many women with large families who continue to conceive and make more children. Others too are aged over 35 and continuing to have children because some had died or lost during the war. With their experience of calamity and death, families and communities believe in having as many children as possible. Having many children is also seen as a symbol of the wealth and strength of husbands and wives. On the contrary, the outcome is that the majority of families suffer dire poverty and gross ill health. Even the mothers who come to family planning clinics do so with unfounded assumptions". (www.unv.org/unvnews/65n66/66mozam.html) Scaricato il 17 Giugno 2000 (il corsivo è mio).

Questa qui citata è una parte della relazione scritta da Aisha F. F. Mtwana, *Breaking the Vicious Circle*, per l'attività di divulgazione stampa via Internet dell'Organizzazione dei Volontari delle Nazioni Unite. La Mtwana probabilmente ha prestato servizio per conto delle Nazioni Unite in un centro di pianificazione familiare in Mozambico. Ho scelto questa citazione solo perché in qualche modo esemplare e affinché potesse essere una base di partenza per una riflessione sulle dinamiche della Cooperazione allo Sviluppo e all'Emergenza in Mozambico. Ho voluto affrontare i temi di quegli aspetti non detti e spesso inconsapevoli della Cooperazione, nella speranza di mettere in evidenza azioni, pensieri - e spesso fraintendimenti - che avvengono nella pur lodevole volontà di "aiutare gli altri".

Metodologia

Il metodo usato in questa indagine è quello dell'antropologia, nella sua nuova forma di sguardo critico sui processi economici, le relazioni sociali, i rapporti politici, le attività simbolico-religiose, le idee e i valori nelle varie società su base comparativa. Nell'ultimo scorcio di secolo, infatti, l'antropologia ha cercato di adattare "le consolidate pratiche etnografiche a oggetti di studio più complessi" (Marcus, 1995: 95) rispetto al passato, quando prevalentemente si conducevano studi su singole popolazioni o di determinati rituali, cerimonie o fenomeni sociali di interesse. L'etnografia, dunque, si è allontanata dalla sua tradizionale postazione "mono-situata", per dirigersi verso una posizione di "multi-situata" dell'osservazione e della partecipazione, che supera alcune vecchie dicotomie come locale/globale, mondo della vita/sistema. Questo metodo, infatti, "sviluppa una strategia di ricerca che accetta concetti macro-teoretici e narrazioni sul sistema mondo, pur non affidandosi esclusivamente ad essi per inquadrare i suoi oggetti" (ivi: 96).

Il mio lavoro, perciò, parte da singole prospettive e situazioni locali legate al Mozambico allo scopo di esaminare la circolazione di significati, oggetti, identità nell'ampio intervallo spazio-temporale dello Sviluppo e dell'Aiuto Umanitario in senso più generale. L'osservazione del modo in cui le agenzie governative e non-governative pensano lo Sviluppo e l'Aiuto Umanitario nello specifico caso del Mozambico mi ha permesso, dunque, di riflettere sul progetto implicito che muove le azioni degli apparati statali e sovra-governativi ad un livello più globale: vale a dire "quel mix di generosità, corruzione e subordinazione che ha caratterizzato le politiche nei confronti del Sud" (Sachs, 1998:5), le quali hanno avuto e continuano ad avere effetti non di poco conto su scala mondiale se consideriamo gli ingenti capitali umani e finanziari spostati da un continente all'altro.

Comunemente, infatti, si pensa la relazione tra finanziatori e destinatari in termini di donatori e ricettori di un bene (Abram, 1998:3). Al contrario, è evidente che la relazione fra le due parti è molto più sfumata e decisamente non così unidirezionale. Anche l'Occidente ottiene profitti dall'allargamento commerciale verso nuove aree di profitto quali l'Africa e l'Asia, ma soprattutto esporta un certo numero di esperti (ingegneri, agronomi, medici, economisti, antropologi) di cui il mercato occidentale è abbastanza saturo. Ma l'aspetto più rilevante di tutti consiste nel fatto che la relazione che si instaura all'interno dello Sviluppo non è semplicemente uno scambio di beni (sementi, tecnologia, *know-how*, pratiche mediche, sistemi abitativi, infrastrutture), ma al contrario è prima di tutto uno scambio comunicativo di idee e valori.

Preconcetti

Se ci focalizziamo per un momento sul ragionamento della operatrice volontaria Mtwana delle Nazioni Unite citata precedentemente, ci rendiamo conto che esso costituisce la punta dell'iceberg di discorsi molto più diffusi: gli africani sarebbero poveri perché ci sono troppe bocche da sfamare. Il suo intento di "rompere il circolo vizioso" della povertà consisterebbe quindi nel convincere le donne africane a liberarsi dei loro preconcetti errati ed applicare la pianificazione familiare. Ho messo particolare enfasi sulla parola "preconcetto" non a caso. La Mtwana è consapevole del fatto che le donne con le quali ha a che fare hanno una loro "esperienza": della vita, della mortalità infantile, delle incombenti disgrazie e soprattutto del loro ambiente socio-culturale. Ciononostante, la volontaria sente il diritto di delegittimare questa esperienza in quanto – a suo modo di vedere - basata su preconcetti infondati. Sembrerebbe quasi, dal discorso della Mtwana, che le donne africane siano vittime di retaggi culturali errati, mentre lei, nel suo ruolo di esperta della pianificazione familiare, conosca chiaramente la verità e sia priva di preconcetti.

In una società moderna, una buona pianificazione familiare ha come risultato una famiglia felice e in salute. Una famiglia felice è il fondamento di un futuro migliore per l'individuo e per la comunità in generale. (...) I bambini cresciuti in una famiglia instabile tendono ad avere difficoltà nello sviluppo e in altri campi e il loro futuro è in generale squallido. E' un fatto dimostrato che una famiglia ristretta gode di migliore salute, così come di maggior benessere socio-economico. Una famiglia ristretta beneficia maggiormente delle risorse familiari di una famiglia allargata².

Probabilmente esprimo delle opinioni personali, ma ho il dubbio che una frase come quella citata sopra riporti delle inferenze quantomeno discutibili dicendo che a) una famiglia nucleare è solitamente più ricca e in salute di una famiglia numerosa; b) che la famiglia nucleare è più felice e sana; c) che i bambini poveri saranno degli adulti in difficoltà e non hanno futuro. Penso che sia possibile mettere in discussione queste considerazioni una per una semplicemente rapportandole ad un contesto (ad esempio rurale, dove la famiglia nucleare veramente muore di fame; o più semplicemente culturale dove non avere figli o averne uno solo è considerata una disgrazia). Tuttavia, forse il modo più ovvio di decostruire queste considerazioni consiste nel dimostrare che esse non hanno fondamento. Come si fa a stabilire un nesso di causa-effetto tra ricchezza e felicità, tra passato difficile e futuro squallido? Evidentemente, anche la signora Mtwana, nonostante il suo ruolo di esperta, ha una sua visione o "esperienza" della vita, legata al suo contesto, al suo mondo culturale, e, ritenendola assolutamente valida, intende applicarla ad altre persone³. Tenterò perciò di ricostruire quale visione

² "In a modern society, good family planning results in a healthy and happy family. A happy family is the foundation of a better future for the individual and for the community in general. (...) Children brought up in an unstable family tend to have developmental and other difficulties and their future is generally bleak. It is an established fact that a smaller family has better health, as well as socio-economic well-being. A smaller family benefits more from family resources than a larger family.

³ Le riflessioni filosofiche sui processi della conoscenza hanno dimostrato che non è possibile non avere preconcetti, secondo la teoria del circolo ermeneutico (Vidili, 1999:27).

del mondo ha guidato i suoi pensieri e le sue considerazioni, andando a formare quello che chiamerò un substrato di pregiudizi.

Primo pregiudizio: popolazione e povertà

Durante gli anni Settanta era diventato un luogo comune il considerare gestibile la quantità della popolazione attraverso il controllo delle nascite. Anche alcuni apparati governativi come l'OMS o altri organismi nazionali e internazionali, hanno usato varie strategie per affrontare il crescente problema del sovrappopolamento. La maggior parte di questi programmi aveva come obiettivo le donne, cercando di aumentare in loro la consapevolezza dei benefici di una famiglia ristretta, di una maggiore distanza fra le gravidanze, e intorno ai vantaggi derivanti dall'uso di anticoncezionali (Helman, 2001:231).

Gli studi antropologici condotti fin dagli anni Cinquanta dimostrarono che i contraccettivi, anche quando venivano accettati, non portavano all'effetto desiderato di diminuzione della popolazione finché le tradizionali percezioni della fertilità, fortemente radicate, non fossero mutate. Un tale mutamento implicava una trasformazione nel significato e nell'esperienza amorosa e del desiderio, nel significato culturale dell'essere donna, nei comportamenti verso il corpo femminile e nel contesto nel quale ha luogo l'agire privato" (Duden, 1998: 177). In breve, una trasformazione della cultura locale.

Nonostante le buone intenzioni, la pianificazione familiare non ha avuto successo nel diminuire la crescita della popolazione mondiale. In molte parti del mondo, l'idea di limitare la fertilità di qualcuno o è stata respinta in blocco oppure accettata solo con riluttanza. E' dunque importante prendere atto del fatto che la domanda di pianificazione familiare *non* è universale, e non è accettata da molte culture (Helman, 2001:231).

Nella maggior parte dei casi le ragioni di tale rifiuto sono da ricercare nel valore dato ai figli. In molte culture, avere un figlio è segno visibile di uno stato adulto, e di virilità per il padre. In quelle comunità in cui la fame, la povertà, l'incertezza e l'alto tasso di mortalità infantile sono fenomeni comuni, la fertilità ricopre un elevato valore sociale. Avere molti figli è una delle poche soluzioni per assicurarsi un futuro, specialmente in quei luoghi dove lo stato sociale è debole e privo di risorse per assistere i cittadini. La famiglia allargata, in questo caso, può garantire ai suoi membri, una forma di società in miniatura, prendendosi cura degli anziani e dei malati (ivi:231-232).

Povertà e fame

Secondariamente, la povertà. "Non c'è dubbio che l'indigenza, o la povertà imposta, feriscano, degradino e portino la gente alla disperazione. Certo, pochi altri concetti dello sviluppo trovano riscontro in una realtà così manifesta: e tuttavia la povertà è anche un mito, un costrutto e una invenzione di una specifica forma di civiltà" (Rahnema, 1998: 185). Ci possono essere tanti poveri e tante percezioni della povertà quanti sono gli esseri umani, l'incredibile varietà dei casi che autorizzano una persona a definirsi povera nelle varie culture è infinita:

la lista potrebbe comprendere non solo il debole, l'affamato, l'ammalato, il senza casa, il senza terra, lo storpio e il mendicante; non solo il matto, il prigioniero, lo

schiaivo, il profugo, l'esiliato, il venditore di strada e il soldato; non solo l'asceta e il santo, ma anche tutti i perdenti della Terra, inclusi il miliardario dopo il crollo della Borsa, il dirigente licenziato e l'artista che non trova nessuno a cui vendere le sue opere (ibid.).

Tuttavia, un comune denominatore per la maggior parte delle modalità attraverso le quali viene percepita la povertà rimane l'idea di "mancanza" o "deficienza" (ivi:188). Qualora per mancanza intendessimo anche privazione delle cose necessarie alla vita, "potrebbero sorgere alcune domande: che cosa è necessario a chi? E chi ha i titoli per definire tutto questo?" (ibid.). Oltre alla materialità e alla percezione del povero della propria condizione, è importante capire come gli altri vedano i poveri. "La percezione che i poveri hanno circa la propria difficile situazione è inevitabilmente influenzata dalla visione che gli altri hanno di loro. Raramente le due posizioni coincidono. (...) Si guarda i poveri in generale con sentimenti che spaziano dall'imbarazzo al disprezzo sino ad arrivare alla violenza" (ivi:191). Su un altro piano, allorché il pauperismo viene percepito come qualcosa di anormale, il rimedio alla povertà è sentito come un bisogno morale e materiale da parte del più ricco; al contrario, nelle società tradizionali e preindustriali, si tratta di una condizione umana difficile ma naturale, se non un fatto della vita che non si poteva evitare e al quale non era possibile rimediare (ibid.).

Se guardiamo alla pratica dello Sviluppo e dell'Aiuto Umanitario, scopriamo che esistono delle persone addette alla "valutazione dei bisogni". Nel caso della povertà e della carestia, il discorso si fa ancora più interessante. I "rilevatori" della povertà effettivamente *vedono* la povertà e la carestia. Ma, quanto di quello che vedono è influenzato dalla loro personale percezione, dalle aspettative di trovare una condizione precaria (diversamente non sarebbero stati contattati), dalla stagione in cui vanno, dalla loro personale preparazione professionale, infine dalla loro cultura? Questi sono i pericoli del cosiddetto "turismo del disastro" e delle alterazioni della percezione che esso comporta, come descritto estensivamente da Chambers (cfr. De Waal, 1989). Ciò spiega come, in comunità diverse tra loro e in periodi diversi, le stesse materialità vengano percepite in maniera diversa, sia da coloro che si considerano poveri sia dalla società nel suo insieme. Per fare un esempio Helena Norberg-Hodge riporta come fosse ben arduo riscontrare l'idea di povertà nel Ladakh, quando lei visitò quelle zone per la prima volta, nel 1975. «Oggi – scrive – è entrata a far parte della lingua». Visitando un lontano villaggio, Helena chiese ad un giovane ladakhi dove si situassero le abitazioni più povere. Il ragazzo negò che ve ne fossero. Otto anni più tardi, Helena vide lo stesso ladakhi parlare con un turista americano al quale chiedeva aiuto a causa della loro estrema povertà (Rahnema, 1998: 192).

Ma ciò di cui parliamo in questa sede, è sicuramente un fenomeno più ampio della percezione soggettiva della povertà. Sempre più spesso nell'agenda del Fondo Monetario Internazionale è al primo posto la diminuzione della *povertà globale*. Ebbene, "la povertà globale è un costrutto moderno e completamente nuovo" (ivi:193), nel senso che parte da presupposti – ancora una volta – condizionati culturalmente e storicamente. Questi presupposti sono essenzialmente l'economicizzazione della vita e l'integrazione forzata delle società tradizionali nell'economia mondiale. Infatti, la Banca Mondiale, in uno dei suoi primi rapporti, valutava la povertà in relazione al Prodotto Interno Lordo di ciascuna Nazione e postulava che qualsiasi Paese con un reddito pro-capite inferiore a 100 dollari statunitensi fosse per definizione povera e sottosviluppata. Tutto ciò accadeva per la prima volta nel 1948 e continua a valere

ancora oggi (ibid.). E' facile immaginare come i parametri per valutare la povertà possano avere sul piano locale molte oscillazioni di variabilità (in base al costo della vita e ai bisogni).

Ciò che vorrei mettere in evidenza è però qualcos'altro, vale a dire come la constatazione di una "povertà globale" abbia di fatto suscitato tutta una serie di interventi (politiche di assistenza, investimenti, invio di esperti e di tecnologia) che hanno radicalmente modificato il modo di rappresentare la povertà. I programmi di sviluppo hanno creato bisogni che prima non esistevano e hanno, però allo stesso tempo, completamente smantellato gli assetti su cui si basava l'economia tradizionale. Il problema è che "questi bisogni non corrispondono a quelli delle persone" (ivi:200) ma semmai alle esigenze della macro-economia, esponendo così le popolazioni del Terzo Mondo alla disintegrazione degli spazi tradizionali e ad una situazione di impotenza sempre più totale (ibid.). Dunque, dopo aver separato i "bisogni" del povero dal povero stesso in quanto essere umano vivente ed attivo, lo si è ridotto unicamente ad un ingrediente inadeguato alla crescita economica (ibid.). Le popolazioni indigene, proprio in quanto legate a fattori economici tradizionali, costituirebbero un ostacolo alla crescita economica in senso capitalistico. Ecco perché spesso esse vengono percepite come una "barriera" allo sviluppo" (Crewe-Harrison, 1999:132-154).

Secondo preconcezzo: il materialismo

Se riflettiamo su quest'ultimo preconcezzo con serenità, è facile ammettere che per *noi* le condizioni materiali sono il primo indice di benessere, che devono essere gestite con la massima razionalità e oculatezza. Per chiarire questo concetto possiamo ancora una volta utilizzare a mo' di esempio il discorso della Mtwana, la volontaria ONU citata all'inizio, la quale afferma che necessariamente una famiglia agiata gode di maggiore benessere psico-fisico che solo per questo motivo tutti dovrebbero perseguire tale fine. Una tale considerazione deriva, a mio parere, dalla concezione dell'uomo come *homo oeconomicus*, vale a dire un essere unicamente rivolto alla massimizzazione del proprio benessere attraverso il calcolo razionale di costi/benefici. In realtà, sappiamo benissimo che nella pratica delle scelte intervengono altri fattori di giudizio quali idee e valori (Bourdieu, 1977; 1983; 1992). In questo particolare caso, poi, con massimizzazione del proprio benessere si intende riduttivamente benessere economico.

Purtroppo, gli assunti materialistico-economici nell'ambito dello Sviluppo sono tutt'altro che isolati. Essi risiedono in un processo di universalizzazione delle motivazioni umane, che dà per scontato che individui, famiglie allargate e comunità prendano delle decisioni razionali in base al ritorno economico (cfr. Crewe-Harrison, 1999:36). Secondo il credo utilitarista contemporaneo, l'obiettivo più desiderabile per la condizione umana è il raggiungimento della prosperità materiale per il maggior numero possibile delle persone (Berthoud, 1998: 102). Da qui si origina un processo di mercificazione, che va a trasformare ogni ambito della vita sociale in tutto il mondo. "E' qui che vediamo che lo sviluppo, come politica e come pratica, rappresenti un tentativo di innestare nuove modalità di pensiero e di azione coerenti con le regole del mercato" (ivi: 103).

A dimostrazione di quanto detto, Elisabeth Harrison riporta che il Dipartimento della Pesca della FAO (Food and Agriculture Organization) delle Nazioni Unite a partire dal 1986 finanziò dei progetti di acquacoltura nell'Africa Australe in seguito allo straordinario successo ottenuto in Zimbabwe.

In che misura il contadino usufruirà dell'allevamento ittico dipenderà da quanto egli ne beneficerà. Deve soppesare i costi e i benefici delle varie opzioni nell'uso delle risorse (...). Sulla base di queste valutazioni, potrà decidere se allevare il pesce combinandolo con una o più coltivazioni, oppure potrà decidere se non allevare affatto il pesce (ALCOM, 1992a)⁴.

Stando allo studio condotto in due villaggi in Zambia dall'antropologa, i pianificatori intendevano per "beneficio" un ristretto concetto di guadagno⁵ (ivi:37). Per disgrazia o per fortuna, il profitto non è l'unico movente delle azioni umane. Il motivo per cui tanto spesso si pone l'accento sulle spinte economiche nei progetti di cooperazione non trova riscontro nella realtà dei fatti, ma semmai nei preconcetti della teoria economica neo-classica dei pianificatori (ibid.). Nel concetto di "standard di vita", tanto enfatizzato dallo Sviluppo, secondo il paradigma occidentale e moderno, rientra un ristretto numero di fattori quali bisogno, scarsità, lavoro, produzione, reddito, consumo (Latouche, 1998: 314). Questa transizione ha eliminato in un solo colpo la molteplicità di altri possibili valori sociali. Insomma, si è ridotto "*ciò che e bene*" ad un ristretto concetto di "quantità" (ibid.).

Al contrario, sappiamo che l'obiettivo di una "buona vita" può manifestarsi in una vasta gamma di forme che spazia dall'eroismo del guerriero all'ascetismo, dal godimento epicureo allo sforzo estetico (ibid.). Nel contesto della qualità della vita delle popolazioni interessate dai progetti di Sviluppo o di Aiuto Umanitario esistono altre priorità da soppesare con cautela. Certamente è vero che l'aspetto economico è una priorità per noi, il che dice molto della nostra cultura ma assai poco delle culture altre. A questo proposito Marshal Sahlins ha dichiarato "money is to the west what kinship is to the rest"⁶.

Sul piano strettamente economico, poi, Polanyi fa notare che si è spesso mercificato la terra e il lavoro, ragion per cui "le forme di organizzazione economica non legate al capitalismo, ma fondate ad esempio sulla reciprocità o la redistribuzione, sono state sempre più marginalizzate o interdette. Le attività di sussistenza sono state svalorizzate e distrutte. L'atteggiamento strumentale nei confronti della natura e della persona ha assunto caratteri di normalità, e da ciò ne derivano forme di sfruttamento senza precedenti sia della natura che delle persone" (Escobar, 1998: 145). E' evidente, dunque, quanto le nostre "raffinate" analisi sull'esperienza degli Altri siano in verità ingenui e presuntuose, ma soprattutto quanto la nostra pianificazione allo "Sviluppo" sulla pelle degli altri non sia sempre così positiva come ci piace pensare.

Terzo preconcetto: il primitivismo/tradizionalismo degli Africani

⁴ Citato in Crewe-Harrison, *Whose Development? An Ethnography of Aid*, Zed Books, London, NY, 1999.

⁵ Il progetto prevedeva che i contadini, spinti dalla possibilità di incrementare i guadagni attraverso la vendita del pesce, avrebbero attivato una produzione intensiva dell'allevamento ittico. In questo modo non solo avrebbero migliorato la loro alimentazione, ma avrebbero anche aumentato il loro reddito familiare. In realtà il progetto non fu preso troppo sul serio dai contadini, nel senso che l'allevamento ittico costituì per loro una forma economica secondaria rispetto all'agricoltura.

⁶ Il denaro è per noi ciò che per gli altri è la parentela.

Spero di essere riuscita a dimostrare come dietro a delle semplici espressioni si nascondano spesso dei preconcetti di cui tutti noi siamo portatori a causa della nostra cultura. Come si è visto, il materialismo è uno di questi. Ma ne esistono degli altri. Il primo e il più evidente fra tutti è l'assunto evoluzionista. L'operatrice ONU Mtwana, ad esempio, fa una distinzione netta fra società africane che non applicano la pianificazione familiare e "la società moderna". Se questa distinzione c'è, significa che esiste anche una contrapposizione netta fra la modernità e l'arretratezza, ovvero fra la modernità rappresentata dall'Occidente⁷ e la supposta arretratezza mozambicana.

Mi sembra opportuno notare che l'assunto evoluzionista sia sicuramente il più diffuso nell'ambito dello Sviluppo. Parlare di "sviluppo" significa che c'è qualcuno da sviluppare: da qualche parte nel mondo c'è una "popolazione arretrata" nella scala evolutiva dello sviluppo dell'umanità che bisogna "risollevarla". Storicamente la cooperazione allo Sviluppo affonda le sue radici nel periodo positivista e colonialista, e, implicitamente, ne porta avanti valori e preconcetti (cfr. Cooper-Packard, 1997; cfr. Ferguson, 1997; Crewe-Harrison, 1999:25-49). "Sviluppo è effettivamente sinonimo più o meno di pianificazione sociale e cambiamento economico" (Hobart, 1993). Tuttavia parlare ancora oggi in questi termini dimostra una certa ingenuità epistemologica: "definire lo sviluppo come un problema suscettibile di soluzione, o, patologicamente, una condizione che richiede una cura, può facilmente indurre a concezioni errate" (ibid.).

I discorsi sullo sviluppo e l'antropologia

Bisogna invece prendere coscienza del fatto che lo sviluppo è un concetto nato in un contesto storico e culturale determinato a partire da presupposti precisi. Alcuni di questi sono tipicamente ottocenteschi: si crede che lo sviluppo esista veramente, sia positivo, desiderabile, universale, necessario, conosciuto e conoscibile, che i beni a disposizione e i bisogni dell'uomo siano illimitati" (Colajanni, :38). Nonostante il progresso trovi riscontri in numerose teorie di quegli anni - il progresso sarebbe un processo storico in cui tutte le società si evolvono "dallo stato di omogeneità a quello di differenziazione (Spencer e Parsons); dallo stato selvaggio a quello di civiltà (Tylor e Morgan); dal triabalismo al capitalismo attraverso lo stadio feudale (Marx)" (Crewe-Harrison, 1999:27) - anche da un punto di vista teorico l'evoluzionismo è stato ampiamente criticato. Già in quegli anni l'antropologo Franz Boas aveva portato delle critiche efficaci contro il concetto di "progresso". In particolare aveva criticato l'evoluzionismo per aver usato "scarsa prudenza induttiva connettendo tra loro fenomeni distanti nel tempo e nello spazio" (Vidili, 1999a:22). In *The Limitation of Comparative Method* (1886) aveva persino accusato gli evoluzionisti di "mettere a tutti i costi i fenomeni nella camicia di forza di una teoria" (Boas, 1970:132). L'evoluzionismo, come tutte le grandi narrazioni dell'umanità, ivi comprese le teorie universaliste quali il funzionalismo, il diffusionismo, lo strutturalismo, reprimono l'Alterità in nome dell'Identità e quindi, fondamentalmente, falliscono nel rendere conto di mondi diversi" (Mudimbe, 1988:72; Cfr. Crewe-Harrison, 1999:28). In breve, le grandi narrazioni dell'umanità sono errate in quanto dicono poco dell'uomo (del

⁷ Mi rendo conto che il termine "Occidente" è una semplificazione e una riduzione ormai superata. Nonostante le filippiche contro la dicotomia Oriente/Occidente di Edward Said in *Orientalism*, tuttavia ho difficoltà nel trovare un termine sostitutivo. Il suo uso in questo articolo è ovviamente convenzionale.

mondo della vita), ma soprattutto appiattiscono le diversità in un'unica omogeneità indiscriminata.

Gli antropologi che si sono occupati dello sviluppo nella seconda metà del XX secolo hanno usato diversi approcci per decostruire il concetto di progresso. In primo luogo hanno osservato come la pianificazione allo sviluppo sia spesso un mero esercizio di razionalità pensata a tavolino (Escobar, 1998:141) che non tiene conto di svariati fattori. Infatti, i discorsi sullo Sviluppo spesso super-valorizzano l'aspetto economico e materialistico dello "star bene", confondendo il "ben/essere con il ben/avere" (Latouche, 1998: 314). Secondariamente l'analisi della razionalità pianificatrice è risultata essere il sottoprodotto di "un'ideologia occidentale", cioè una forzata trasformazione dell'Altro in una brutta copia del Noi, come esemplificato da Escobar (cfr. Abrams, 1998:3). Chiarirò meglio questi due concetti più avanti.

Linguaggio e prassi

Da quanto detto finora, sembrerebbe che la pratica dello Sviluppo e dell'Aiuto Umanitario siano influenzate dal mondo culturale a cui apparteniamo, siano essi atteggiamenti, pensieri o preconcetti. Decisamente è così, ma è anche di più di questo. Non solo vorrei dimostrare che i preconcetti passando per il linguaggio influenzano l'azione, ma anche l'esatto contrario: ossia che il linguaggio e la prassi dello Sviluppo influenzano a loro volta il nostro modo di concepirlo e di pensarlo. Vale la pena di analizzare questa circolarità fra pensiero, linguaggio e azione.

A questo punto subentra un apparente rompicapo. Come può il linguaggio creare una realtà istituzionale concreta e tangibile come quello degli apparati nazionali e sopranazionali che governano lo Sviluppo e l'Aiuto Umanitario? I filosofi analitici hanno esaminato attentamente la questione in termini teorici, ed effettivamente hanno saputo darci chiarificazioni illuminanti.

Un uso ovvio, ma non meno problematico, del linguaggio nella costruzione del linguaggio istituzionale è che spesso possiamo creare fatti istituzionali con un enunciato performativo. Possiamo assumere qualcuno dicendogli: "Sei assunto". Possiamo dichiarare guerra dicendo: "La guerra è dichiarata", e così via per un grandissimo numero di casi. Come è possibile? La risposta è che spesso nelle nostre regole costitutive il termine X è esso stesso un atto linguistico. Così quando dico: "Io dichiaro di lasciare in eredità a mio nipote la mia automobile", in un contesto appropriato, io sto di fatto lasciando in eredità la mia automobile a mio nipote. Dire, in un contesto appropriato: "La guerra è dichiarata" significa appunto dichiarare guerra. (...) Il punto generale è che dove il termine X è un atto linguistico, l'esecuzione dell'atto linguistico è performativa nel senso che esso crea il fatto istituzionale nominato dal termine Y. (Searle, 1998:140-141).

Quando uno di noi fa una "dichiarazione", lo fa allo scopo di "provocare un cambiamento nel mondo rappresentandolo come se esso fosse cambiato" (ivi:158). Mentre con una semplice descrizione noi adattiamo la parola-al-mondo, con una dichiarazione di tipo performativo, come "sei licenziato", "vi dichiaro marito e moglie", "con questo, la guerra è dichiarata", noi adattiamo il mondo-alla-parola (ibid.). Per di più, certi atti linguistici performativi non solo hanno un effetto immediato, ma si protraggono nel tempo, scatenando altri fattori contigui, quali azioni e rappresentazioni. Ad esempio, ci viene difficile pensare all'Africa come ad un continente potenzialmente ricco, dopo che numerosi rapporti televisivi e inchieste

giornalistiche ce lo hanno mostrato all'estremo della sopravvivenza; e, probabilmente, non potremmo ricrederci neanche se la situazione stessa cambiasse radicalmente.

Ma partiamo dal principio. Si è detto che ciò che spinge grossi movimenti di denaro e di esperti dal Nord al Sud del mondo è l'ansia di portare un miglioramento, un aiuto per quelle popolazioni da noi considerate afflitte dalla fame e dalle malattie. Per noi, tale miglioramento è possibile solo attraverso il "progresso" tecnologico e industriale, ma anche morale (!) e sociale delle popolazioni del Terzo Mondo.

Il linguaggio del progresso

E' a partire dal Secondo Dopoguerra, che il progresso, lo sviluppo si sono trasformati in un vero mito moderno. Ma come si innesca un tale mito? "Il meccanismo operativo con il quale viene costruito il fondamento giustificativo delle azioni di sviluppo è basato sulla sequenza *scandali/rimedi*" (Colajanni, 1988:38). Fame, malattie, guerra, ingiustizia, morte costituiscono oggi "i nuovi intollerabili" (Bourdelaïs, 2000), da combattere con ogni mezzo, che giustificano i rimedi, ossia l'intervento. A livello linguistico si attua sempre una tattica giustificazionista che cerca sempre il consenso, sempre più ampio, sempre più globale. Questa tattica è evidente in tutti i *reports* o progetti di sviluppo: nel momento di fare una proposta è sempre indispensabile "giustificare" l'intervento e chiarirne i risultati previsti. Anche quando il progetto fallisce, come spesso accade (cfr. Crewe-Harrison, 1999; Hobart, 1993), gli operatori dello sviluppo continuano a mettere in opera le stesse tecniche giustificative. Ne abbiamo appena visto un esempio: la povertà delle famiglie mozambicane dipenderebbe dalla mancanza di pianificazione familiare.

Da qualche parte c'è un gruppo di persone che muovono i capitali e stabiliscono le priorità planetarie: ad esempio la riduzione della povertà, la riduzione della malnutrizione, della mortalità perinatale, la sconfitta di questa o quell'altra malattia. Atto linguistico performativo. Dopo una dichiarazione del tipo: "Entro l'anno 2000 ridurremo la povertà del 20%" il mondo non è più lo stesso. Si muovono i capitali umani e finanziari. E su un punto tutti ci troviamo d'accordo: bisogna aiutare, aiutare, aiutare. Chi? E soprattutto come? Questi invece sono gli aspetti non detti. Qui entrano in gioco i preconcetti. A questo stadio bisognerebbe capire che cosa intendiamo *noi* per "aiuto".

Preconcetti sul termine "aiuto"

L'immagine positiva dell'aiuto, che così saldamente colonizza le nostre menti, ha una lunga storia e risale al Buon Samaritano (Gronemeyer, 1998: 14). Il Samaritano è uno straniero che offre il suo aiuto in maniera incondizionata, a prescindere dalla persona che ha di fronte, dalla situazione, dalla probabilità di riuscita e persino della sua stessa incolumità. "L'ispiratrice dell'atto dell'aiutare non è altro che la *miser cordia*, quella «mesta comunione di sentimenti» che nasce dal cuore, quella pietà di fronte al bisogno altrui" (ibid.). Sono portata a credere che la maggior parte di noi ha in mente quest'immagine quando fa un'offerta a favore di qualunque Organizzazione o di qualunque causa. Ma chiaramente non è questo quello di cui stiamo parlando. Ciò di cui stiamo parlando è l'aiuto nella sua forma istituzionalizzata e professionalizzata come quello delle Organizzazioni.

La studiosa Gronemeyer fa un'analisi storica del concetto di aiuto, il quale, da iniziale slancio samaritano, si è trasformato in Occidente in uno slancio sempre più professionalizzato e lucroso.

Nella pratica, «aiuto» non significa aiutare qualcuno nei suoi bisogni, quanto piuttosto assisterlo nel superare una qualche mancanza. La disgrazia manifesta, l'urlo straziante del bisognoso non sono quasi mai più motivo di aiuto. Sempre più l'aiuto si trasforma nella conseguenza indispensabile e forzata di un bisogno d'aiuto diagnosticato dall'esterno. Non è più il lamento a far decidere se qualcuno ha bisogno d'aiuto, ma un qualche standard esterno di normalità (ivi:15).

Lo stabilire un bisogno dall'esterno significa anche creare dei bisogni, l'aiuto si trasforma in un esercizio di potere per chi dona l'aiuto, e il bisogno del destinatario dell'aiuto in dipendenza. Nel caso del Mozambico la tesi di Hanlon (1991) è che lo sbarco delle ONG ha di fatto indebolito la capacità del governo di ristabilire lo stato sociale dopo la disastrosa guerra civile⁸.

“Infine, non è più vero che l'aiuto sia un esempio anomalo e imprevedibile di generosità, ma si è istituzionalizzato e professionalizzato e non è più né un caso né un atto, ma una strategia. L'aiuto non può più essere lasciato alla sorte. Oggi quest'idea è impregnata di un'aura di giustificazione” (Gronemeyer, 1998: 15). Nella retorica di tutte queste giustificazioni e interpretazioni pianificatrici, di visioni generali auto-celebrative, passa chiaramente un messaggio universalizzante quanto fondamentalista: in ogni angolo della Terra «bisogno d'aiuto» e rispetto a tutto il mondo solo *noi sappiamo* e possiamo aiutare.

Il ruolo degli esperti

Chiaramente, “la relazione fra chi è portatore di sviluppo e chi ne è il destinatario è costruita secondo una relazione di potere/sapere saldamente in pugno agli Occidentali, siano essi rappresentati dalle singole Nazioni, dal mercato o dalle Istituzioni che ne hanno il controllo” (Hobart 1993). Gli aspetti epistemologici e di potere sono camuffati sotto un linguaggio volutamente tecnico, prevalentemente economico, della tecnologia e del management. Ciò che è significativamente assente, invece, nelle discussioni pubbliche sullo sviluppo, è il modo in cui il sapere dei diretti interessati, i destinatari dello sviluppo, siano spesso ignorati o trattati come un ostacolo (ibid.), una barriera (Crewe-Harrison, 1999:132-154). Nell'ambito della Cooperazione allo Sviluppo e degli Aiuti Umanitari il linguaggio assolve una funzione non tanto descrittiva quanto politica. Come ha fatto notare Hobart (1993), l'uso del linguaggio scientifico e tecnico serve a differenziare il sapere dei pianificatori rispetto a quello dei locali. Non solo; la metafora secondo la quale il sapere sarebbe cumulativo - e quindi in continua crescita - allunga le distanze rispetto al sapere “profano”. La crescita della conoscenza corrisponde parallelamente alla crescita dell'ignoranza (ibid.). L'uso

⁸Il FRELIMO al potere dall'indomani dell'indipendenza dal Portogallo (1975), infatti, aveva cercato di instaurare uno Stato di stampo socialista. Tra le politiche prioritarie primeggiavano la vaccinazione di massa e l'alfabetizzazione. Il partito avversario, la RENAMO, scontento per l'impronta socialista data la Paese, per la perdita di potere di alcune figure tradizionali e per l'intolleranza verso le pratiche tradizionali, aveva usato come arma di contrattacco la destabilizzazione. Il carattere destabilizzante della guerra civile in Mozambico, si ritiene fiancheggiata dal regime di apartheid del Sud Africa, consisteva per la RENAMO nel prendere di mira strutture statali quali sanità e istruzione. La guerra civile è terminata nel 1990, grazie alla mediazione della Comunità di S.Egidio. La pace è stata firmata a Roma nel 1991.

sempre più massiccio di esperti nella pianificazione dello sviluppo e degli aiuti umanitari tende a dequalificare il diritto di parola dei diretti interessati, perché trasmette l'idea che soltanto gli esperti *sappiano* come stiano *realmente* le cose e come portare aiuto.

Riporto qui sotto uno stralcio del resoconto di Leslie Wilson, dell'Organizzazione Non Governativa Save the Children, che è stata inviata dall'Organizzazione per documentare il disastro alluvionale avvenuto in Mozambico nel Febbraio 2000. Ritengo questo sito molto interessante perché esemplare, nel senso che consente di capire l'idea che *noi* abbiamo dell'aiuto, specie nelle emergenze.

Manca appena un'ora alla conclusione del mio viaggio durato 24 ore da Maputo a New York e mi rendo conto che ho perso la cognizione del tempo dal mio arrivo in Mozambico 10 giorni fa (...). Il mio lavoro consisteva nell'accompagnare il nostro staff di valutazione della crisi e di intervento, allo scopo di documentare attraverso video e filmati il nostro lavoro e, ove possibile e opportuno, attirare l'attenzione dei media sul nostro impegno [a favore degli alluvionati]. Nel frattempo, equipaggiata con una piccola macchina fotografica digitale (legata al polso sinistro, mentre una normale 35 mm era appesa al collo e una video camera nella mia mano destra) potevo scattare decine di foto, molte delle quali condivido con voi qui [su questo sito]. Penso che noterete come sono toccanti per la semplicità dei soggetti, piuttosto che per la loro drammaticità (come quelle foto di interi villaggi ancorati alla vita sulla cima degli alberi). Adesso, mentre rifletto sulla semplicità di questi volti che ho appena visto, sono sicura di almeno una delle ragioni per cui lavoro per un'organizzazione come Save the Children: perché noi ci occupiamo dei bisogni di base – i più essenziali bisogni umani – come espressi nel volto di un bambino o di una madre⁹.

L'autrice qui richiama l'attenzione del suo pubblico cercando nuovi canali di rappresentazione, che non facciano leva sull'emotività quanto sull'efficienza. Siamo davanti ad un nuovo modello di aiuto che enfatizza la capacità di gestione delle difficoltà da parte dei soccorritori. Ciò che colpisce dei discorsi della Wilson, infatti, è la volontà di "attirare l'attenzione dei media sul *loro* impegno", vale a dire il suo tentativo di certificare l'efficacia degli interventi di Save the Children in Mozambico. Non solo; l'uso del *noi*, testimonia anche un tipo particolare di aiuto: non aiuto da "samaritano" isolato ma un aiuto organizzato, professionalizzato.

⁹ As I enter the final hour of my 24 hour journey from Maputo to New York, I realize that I have lost track of time since my arrival in Mozambique 10 days ago. (...) My job was to accompany our crisis assessment and intervention staff, to photo/video document our work and, where possible and appropriate, draw media attention to our efforts. Meanwhile, equipped with a little digital camera (slung around my left wrist while the regular 35mm was slung around my neck and the video camera rested in my right hand), I was able to take many dozens of photos, many of which I share here.

I think you will see that they are *touching* for the simplicity of the subjects, rather than the dramatic (like those AP photos of entire villages clinging to life in treetops). Now, as I reflect on the simplicity of these faces I have just seen, I am confident of at least one of the reason I work for an organization like Save the Children because we attend to the basics – the most essential human needs – as expressed in the face of a child or a mother (www.savethechildren.org).

L'uso della strumentazione tecnica è funzionale a questo tipo di modello: esiste un'esigenza di rendere tangibile e immediatamente fruibile dall'opinione pubblica quanto viene svolto. Da un lato la necessità del consenso, dall'altra l'esigenza di rendere manifesta l'urgenza e la tempestività degli interventi – anche per fugare qualsiasi dubbio di interventi inefficaci o fraudolenti – porta sempre più frequentemente le Organizzazioni Umanitarie a rendere pubblica la loro attività, talvolta anche rischiando di produrre immagini stereotipate del lavoro che svolgono.

In un tale contesto descrittivo, l'utilizzo di attrezzature tecniche e di documentazione visiva assolve la funzione di rendere possibilmente più autorevole e credibile quanto detto a parole. Così come messo in luce da Liisa Malkki, la fotografia trasforma le storie dei personaggi in “una forma di conoscenza dell'Altro singolarmente traducibile e trasferibile” (1996: 386). Questa forma di narrazione, tuttavia, così asettica e volutamente tecnica come viene prodotta dagli esperti, trasforma l'aiuto in “filantropia clinica” (ivi:190) che reclama l'oggettività, la verità e l'esclusività tutta per sé, senza lasciare spazio ai diretti interessati di dire la loro, di auto-rappresentarsi, insomma.

Il problema è che mostrando le persone esclusivamente nei loro bisogni, li si trasforma in vittime senza speranza e li si intrappola in un'immagine stereotipata, forse umiliante, ma senza dubbio “universalistica e destoricizzante” (ibid.). Questo fatto è ancora più evidente se ci focalizziamo alcune delle espressioni della Wilson come ad esempio “la semplicità di questi volti” che si incrocia benissimo con “i più essenziali bisogni dell'uomo”, dove si cerca di trasmettere l'idea di immagini non artificiali ma naturali, “non drammatiche”, ma “toccanti”, in una parola vere.

Ma l'espressione per me più interessante è quella che dice: “noi ci occupiamo dei bisogni di base, come espressi nel volto di un bambino o di una madre”. Questa frase diventa metafora di tutta l'umanità messa in crisi da una catastrofe.

Metafore

E' proprio qui il punto: l'uso delle metafore. Fare di un uomo feroce una tigre, di un uomo astuto una volpe, di un uomo acuto un'aquila, di una donna sciocca un'oca, ecc., significa adoperare delle metafore per esprimere un concetto ricco di senso, anzi direi *debordante* di senso, attraverso un atto di “caratterizzazione, di qualificazione” (cfr. Ricoeur, 1976:79). Attraverso la metafora noi non solo qualificiamo un qualcosa, ma in qualche modo lo ri-qualifichiamo sotto una nuova luce. Questo carattere – direbbero i linguisti – “predicativo” della metafora consente di “presentare un'idea sotto il segno di un'altra idea più incisiva e più nota” (ivi:80). Nelson Goodman, ha definito la metafora come “una ridecrizione mediante trasposizione di etichette” (ivi:82; cfr. Goodman, 1968).

Contrariamente a quanto si ritiene comunemente, dunque, il linguaggio non è solo uno strumento di comunicazione/descrizione della realtà, ma semmai “uno strumento di negoziazione del significato”¹⁰. Tutta un'ampia letteratura (Lakoff-Johnson, 1980; Ricoeur, 1977; Turner, 1974) ha argomentato il fatto che le metafore svolgano un ruolo centrale sia nell'articolazione del linguaggio sia nella formulazione dei pensieri e dei preconcetti sia nella messa in opera delle azioni. Attraverso l'espressione linguistica e con la complicità dei preconcetti le metafore forniscono un'interpretazione di qualunque cosa venga detta (ibid.). In questa sede ho cercato di

¹⁰ A. Salmond, *Theoretical Landscapes*, 1998 , p.65.

indagare la negoziazione dei significati i seno alla cultura Occidentale sui temi dello Sviluppo e dell'Aiuto Umanitario.

Nei discorsi dello Sviluppo le metafore legate alla scienza e alla tecnica sono più che mai adoperate e hanno la funzione di persuadere il lettore che quanto viene testimoniato è veritiero, autentico. In poche parole assolvono alla funzione dell'oggettività. Ma esistono, come si accennava poc'anzi anche metafore filosofiche come quelle relative al genere umano: "villaggi ancorati alla vita" resi più espliciti dalla dichiarazione "i più essenziali bisogni dell'uomo", dove il termine "essenziali" è carico di molti significati, come ad esempio, "indispensabile", "caratteristici del genere umano", "inalienabili", "irrinunciabili", ecc. Si mette anche in luce una componente istintuale nel descrivere "interi villaggi ancorati alla vita sulle cime degli alberi", quell'istinto alla sopravvivenza che accomuna le specie viventi.

C'è poi, come si accennava, l'immagine del volto della madre col bambino. Qui entra in gioco la cosiddetta "funzione iconica" della metafore, cioè quella capacità della metafora di rappresentarsi attraverso un'immagine, la quale ha il vantaggio di essere molto più vivida e di rimanere più a lungo impressa nella mente dei lettori/ascoltatori. Liisa Malkki ha definito questo tipo di immagine "Madonna like picture", che riproduce un'iconografia classica della cultura Occidentale della Madonna col bambino. Quest'ultima metafora, dunque, persuade sulla sacralità della vita umana, sull'importanza del compito svolto dai soccorritori, sul valore religioso/estetico/filosofico dello sguardo dell'Altro che ha bisogno d'aiuto. Tuttavia, come ricorda Ricoeur (1976:84), non bisogna, tuttavia confondere l'immagine prodotta dalle metafore come un'immagine visiva, come fosse quella di un pittore. Con una distinzione ampiamente sfruttata da Wittgenstein: quella di "vedere" e "vedere come", possiamo dire che la metafora non raffigura qualcosa, ma la interpreta.

Pensiero, linguaggio, azione.

Ora, si è parlato in precedenza della circolarità che investe pensiero, linguaggio e azione. Certamente l'uso delle metafore contribuisce a rafforzare il potere di trasformazione della realtà da parte del linguaggio. Se analizziamo in *toto* l'attività dello Sviluppo come una forma di pianificazione delle società Altre, questo apparirà subito evidente. Se ci riflettiamo, lo stesso concetto di sviluppo è una metafora (cfr. Larsen, 1998:19).

Punto primo: i preconcetti.

A partire dagli anni Quaranta la pianificazione di ampie fette dell'Asia, dell'Africa e dell'America Latina fu intesa sistematicamente come una missione "civilizzatrice su basi urbane, caratterizzata dalla crescita, dalla stabilità politica e da uno standard di vita in continuo aumento. Per pianificare il Terzo Mondo, tuttavia, era necessario impostare alcune condizioni strutturali e comportamentali, di regola a spese dei concetti preesistenti in loco, di azione e mutamento sociale. Di fronte agli imperativi della «società moderna», la pianificazione comportava il superamento e lo sradicamento delle «tradizioni», degli «ostacoli» e delle «irrazionalità», ovvero la modifica generalizzata delle strutture umane e sociali esistenti e la loro sostituzione con nuove strutture di tipo razionale" (Escobar, 1998: 146-147).

Tutto ciò ha avuto come effetto la ri-definizione della "vita sociale ed economica in sintonia con i criteri di razionalità, efficienza, moralità che sono consoni alla storia e ai bisogni della società industriale e capitalista, ma non del Terzo Mondo" (ivi:146).

La pianificazione delle società tradizionali, come abbiamo visto, avviene attraverso precise pratiche e rituali che solo apparentemente sono oggettive e neutrali. In primo luogo, il sapere prodotto dal Primo Mondo è considerato decisamente superiore a qualunque altro, per cui le realtà del Terzo Mondo, come ad esempio l'agricoltura, la nutrizione, la salute, diventano obiettivi su cui esercitare un'autorità e dunque un potere. A questo punto s'innesta l'impiego degli "esperti", talvolta persino con la creazione di sotto-discipline (quale ad esempio la pianificazione alimentare e nutrizionale).

Queste operazioni non solo implicano l'esistenza prioritaria di «compartimenti» separati, quali la salute, l'agricoltura e l'economia (i quali a loro volta non rappresentano altro che finzioni create dagli scienziati), ma impongono questa frammentazione sulle culture che non esperiscono la vita in maniera compartimentalizzata (ivi:155).

Per di più il diritto di parola su queste tematiche va sempre più in maniera esclusiva agli esperti occidentali, squalificando invece quello di provenienza locale. "D'altro canto, le pratiche istituzionali, quali la pianificazione e l'implementazione progettuale, danno l'impressione che la politica sia il risultato di atti segmentati e razionali e non tanto un processo di concertazione tra interessi configgenti" (ivi:155).

E qui ci troviamo al livello del linguaggio nel senso di atto linguistico performativo.

Ma la pianificazione è ancora di più di tutto questo. "La pratica dello Sviluppo e degli Aiuti ha forgiato soggetti «governabili», creando ex novo non solo strutture e istituzioni sociali, ma ricostruendo le esperienze delle persone in quanto soggetti" (ivi: 144). Ad esempio, si è parlato della distinzione abbastanza sommaria che noi facciamo fra tradizione (o arretratezza) e modernità; ebbene questa stessa distinzione così brutalmente erronea, rischia di essere introiettata dagli stessi africani. Modernità può comprendere molte cose: dal possedere una radio, esprimersi in inglese invece che nell'idioma locale, abbracciare una religione cristiana e ripudiare i culti tradizionali, usare pesticidi e fertilizzanti in agricoltura. Eppure la scelta della «modernità» per un africano significa anche avere atteggiamenti apparentemente contraddittori, in cui pubblicamente si rifiuta ciò che *gli altri* considerano primitivo e selvaggio e salvo poi praticarlo in segreto.

Emma Crewe e Elisabeth Harrison, ad esempio, raccontano come un contadino avesse appieno abbracciato la visione occidentale dell'economia, relegando la coltivazione del suo orto ad una voce minoritaria dei suoi profitti e come avesse progettato di guadagnare un cospicuo surplus dalla vendita del pesce di allevamento, così come la FAO aveva indirizzato. Interrogato sui temi della stregoneria, poi, egli ne aveva con fermezza preso le distanze dicendo: "Oh no, non so niente di queste cose. Non sono di qui; non so cosa questa gente faccia e tanto meno delle loro tradizioni. Forse loro fanno queste cose, ma non sono per me". Alcuni mesi più tardi, però, attribuì un suo malessere al maleficio di un suo vicino geloso (Crewe-Harrison, 1999: 134-135). Un altro contadino similmente si era definito un contadino "moderno". Spiegò che quei contadini che non adoperavano fertilizzanti per far crescere il mais erano "arretrati". D'altra parte però, egli non aveva nessun problema a combinare il fertilizzante inorganico con il *muti* (un medicamento erboristico usato sia per curare le piante che le persone). Spiegò che l'uso del *muti* aveva una funzione magica e che poteva benissimo lavorare a fianco del fertilizzante (ivi: 135).

Da questi esempi si evince come la prassi dello Sviluppo, trattando i suoi destinatari come “arretrati”, ha di fatto creato nove strutture di pensiero, forgiando nuovi preconcetti e identità e riformulando – se non proprio sovvertendo – interi mondi culturali.

Bibliografia

Abram S.

1998 *Introduction: Anthropological Perspectives On Local Development*, in Abram & Waldren, "Anthropological Perspectives On Local Development", Routledge, London & New York.

ALCOM (Aquaculture for Local Community Development)

1992a *ALCOM News*, 6, Harare.

Berthoud G.

1998, *Mercato* in Sachs W. (a cura di) *Dizionario dello sviluppo*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.

Boas F.,

1970 *I limiti del metodo comparativo* in Marazzi-Bonin (a cura di) *Antropologia culturale. Testi e documenti*, Hoepli, Milano.

Bourdelais P.

2000 *La politica della sanità pubblica in Francia nel XIX secolo*, in *Atti del Convegno "Salute e Malattia fra '800 e '900 in Sardegna e nei Paesi dell'Europa Mediterranea"*, Alghero-Sassari, 3-5 Giugno 1999.

Bourdieu

1977 *Outline of Theory of Practice*, CUP, Cambridge.

1983 *La Distinzione*, Il Mulino, Bologna.

1992 *The Logic of Practice*, Polity Press, Cambridge.

Colajanni A.

1988 *Problemi di antropologia dei processi di sviluppo*, ISSCO.

Cooper F. & Packard R.

1997 *International Development and the Social Science. Essays on the History and Politics of Knowledge*, University of California Press.

Crewe E. & Harrison E.

1999 *Whose Development? An Ethnography of Aid*, Zed Books, London.

De Waal A.

1989 *Famine That Kills*, Clarendon Press, Oxford.

Dilthey W.

1974 *Introduzione alle Scienze dello Spirito*, La Nuova Italia, Firenze.

Duden B.

1998 *Popolazione* in Sachs W. (a cura di) *Dizionario dello sviluppo*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.

Escobar A.

- 1998 *Pianificazione* in Sachs W. (a cura di) *Dizionario dello sviluppo*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Fabian J.
1983 *The Time and The Other: How Anthropology Makes its Object*, Columbia University Press, New York.
- Ferguson J.
1997 *Anthropology and Its Evil Twin: "Development" in the Constitution of a Discipline*, in Cooper F. & Packard R., *International Development and the Social Science. Essays on the History and Politics of Knowledge*, University of California Press.
- Gadamer H.
1983 *Verità e metodo*, Bompiani, Milano.
- Geertz C.
1990 *Works and Lives. The Anthropologist As Author*, Stanford University Press.
- Goodman N.
1968 *The Languages of Art*, The Bobbs-Merrill Co.
- Gronemeyer M.
1998 *Aiuto* in Sachs W. (a cura di) *Dizionario dello sviluppo*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Hanlon J.
1991 *Mozambique. Who Calls The Shot?*, Indiana University Press.
- Helman C. G.
2001 *Culture, Health, Illness*, Arnold, London [1984].
- Hobart M.
1993 *An Anthropological Critique of Development: The Growth of Ignorance?*, London Routledge.
- Lakoff G. & Jonhson M.
1980 *Metaphors We Live By*, Chicago University Press.
- Latouche S.
1998 *Standard di vita*, in Sachs W. (a cura di) *Dizionario dello sviluppo*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Larsen K.
1998 *Discourses on Development in Malaysia*, in Abram & Waldren, "Anthropological Perspectives On Local Development", Routledge, London & New York.
- Malkki L.
1996 *Speechless Emissaries: Refugees, Humanitarianism and Dehistoricization*, in "Cultural Anthropology", 11 (3).
- Marcus G. E.
1995 *Ethnography In/Of The World System : The Emergence of Multi-Sited Ethnography*, in "Annual Review of Anthropology", 24, pp.95-117.

- Mudimbe V. Y.,
1988 *The Invention Of Africa*, James Currey, London.
- Rahnema M.
1998 *Povert *, in Sachs W. (a cura di) *Dizionario dello sviluppo*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Ricoeur P.
1976 *Metafora viva. Dalla retorica alla poetica: per un linguaggio della rivelazione*, Jaca Book, Milano.
- Sachs W.
1998 *Introduzione a Dizionario dello sviluppo*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Sahlins M.
1976 *Culture and Practical Reason*, Chicago University Press.
- Salmond A.
1998 *Theoretical landscapes*, SOAS, Anthropology Department Library, University of London.
- Searle J.
2000 *Mente, Linguaggio, Societ *, Raffaello Cortina, Milano [1998].
- Turner V.
1974 *Dramas, Fields and Metaphors*, New York, Cornell University Press.
- Vidili M.
1999 *Spiegazione e comprensione*, La Commerciale, Sassari.
1999° *La spiegazione etnografica*, La Commerciale, Sassari.
- Von Wright
1977 *Spiegazione e comprensione*, Il Mulino, Bologna.

LA SEZIONE ANTROPOLOGIA E MEDICINA NEL LABORATORIO DI ANTROPOLOGIA CULTURALE E SOCIALE

di Rosanna Carta

La sezione *Antropologia e medicina* all'interno del Laboratorio di Antropologia culturale e sociale,* pur rappresentando l'area di ricerca più recente, ha già assunto una visibilità ragguardevole, sia per la presenza di una buona bibliografia di base, che si va di continuo costruendo e arricchendo, sia per una presenza significativa di richieste di tesi da parte degli studenti, di tesi già realizzate o in corso di realizzazione.

Questo filone di ricerca è il punto di arrivo di un interesse per i problemi della salute e della malattia dimostrato, fin dagli anni settanta, da Gabriella Mondardini, che si è articolato concretamente con la partecipazione a convegni, con la realizzazione di corsi di formazione e seminari, con studi specifici sulle istituzioni mediche in Sardegna¹, con la ricerca *Antropologia, storia e medicina: conflitti di saperi e identità professionale nelle tecniche dell'ostetricia*, condotta nell'anno 1998-99 (con finanziamento Murst 60%)² e con l'insegnamento di Antropologia culturale nel Corso di Diploma Universitario per Infermieri nella Facoltà di Medicina dell'Università di Sassari.

In seguito, la collaborazione con la cattedra di Microbiologia dell'Università di Sassari nell'ambito del programma di Cooperazione Internazionale, ha dato l'avvio ad un progetto con l'Università Eduardo Mondlane di Maputo e ad un corso di formazione in *Antropologia medica*.

*Il Laboratorio di Antropologia culturale e sociale (LACS) è sorto nel 1994, sotto la direzione della professoressa Gabriella Mondardini, all'interno del Dipartimento di Economia, Istituzioni e Società come luogo di studio e di ricerca in ambito antropologico. Scopo preminente del laboratorio è la formazione di laureandi e laureati, realizzata attraverso momenti di internato e di formazione antropologica specialistica. In questo senso fondamentale è l'organizzazione di convegni e seminari. I settori di ricerca, fra cui un posto preminente occupano i mestieri tradizionali, quali i mestieri del mare, i mestieri agro-pastorali e i mestieri urbani, si sono via via arricchiti negli anni fino ad ospitare, attualmente, una sezione *Antropologia e Medicina*. Tutte le aree di studio si vanno corredando di una folta documentazione (bibliografica, testuale, orale visiva) che, oltre che dai laureandi, è stata più volte consultata da ricercatori italiani e stranieri.

¹ Cfr. G. Mondardini, *Norme e controllo sociale*, Sassari, Iniziative culturali, 1980; *Consultori e modelli familiari in Sardegna: un'area de Nord*, in <<Sociologia del diritto>>, n. 3, pp. 73-86, 1980; *Il controllo della riproduzione e il consultorio familiare pubblico*, in T. Pict (a cura di), *Diritto e rovescio. Studi sulle donne e il controllo sociale*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, pp. 101-116, 1987; *Infanzia, educazione, memoria*, in L. Caimi (a cura di), *Infanzia, educazione e società in Italia tra Otto e Novecento*, Sassari, EDES, pp. 111-125, 1997.

² Come momento di riflessione della ricerca si veda G. Mondardini Morelli, *Narrazioni sulla scena del parto. Saperi medici e saperi locali nelle testimonianze di levatrici continentali (1887-1898)*, EDES, Sassari, 1999.

Questa esperienza ha coinvolto, negli anni, i collaboratori del Laboratorio tanto che, come è stato già evidenziato, il filone di ricerca *Antropologia e Medicina*, pur essendo relativamente recente, sta occupando un posto significativo grazie anche al crescente interesse, da parte degli studenti, per questo settore di studi. Le tesi finora realizzate hanno riguardato essenzialmente i temi del corpo, della salute e della malattia. Il filo conduttore per tutti i lavori è stato l'approccio critico della ricerca antropologica che vede, nelle rappresentazioni culturali di tutte le realtà sociali, strumenti pariteticamente efficaci di conoscenza e di risposta ai problemi che riguardano la malattia e la cura. Può essere utile indicare qui schematicamente i campi di interesse che emergono dalle tesi più recenti su questi temi.

Tesi di laurea di

Cocco Angela, *Antropologia e medicina. Esperienze e narrazioni di malattia*

Anno Accademico 1999-2000

Area di ricerca: Pronto Soccorso dell'Ospedale civile di Sassari; Ittiri (Sassari)

Il lavoro di tesi è orientato a evidenziare la dimensione sociale della malattia e la sua rappresentazione, andando oltre, dunque, l'aspetto strettamente biologico di essa. Al suo interno piena centralità assumono le narrazioni dei pazienti, informatori protagonisti della ricerca. La tesi infatti, partendo da un esame delle tappe fondamentali degli studi di *Antropologia e medicina* e soffermandosi sulla dimensione culturale della concezione del corpo, dedica particolare spazio ai racconti di malattia, sia per ciò che riguarda l'aspetto teorico-metodologico della narrazione in antropologia, sia per ciò che riguarda l'analisi delle storie di vita attraverso cui si è tentato di mettere in luce le interpretazioni e i significati sociali della malattia.

Tesi di laurea di

Silvia Pigliaru, *Antropologia e medicina. Il ruolo della donna nella salute della famiglia*

Anno accademico 1999-2000

Area di ricerca: Sassari

La tesi ha messo in evidenza, in una prima sezione, gli orientamenti e i percorsi dell'antropologia nel suo rapporto con la medicina, soffermandosi dapprima sull'indirizzo empirista-positivista, basato sulla fondamentale distinzione tra conoscenza e credenza, per passare poi a quello cognitivista, che vede alla base della conoscenza sanitaria di una società il suo comportamento linguistico, per arrivare infine alla tradizione interpretativa che considera i diversi sistemi medici come creatori di altrettante interpretazioni di salute e malattia. Quindi, dopo aver esaminato gli approcci antropologici allo studio del corpo, l'attenzione si è concentrata sulla divisione di genere e l'attribuzione sociale di ruolo. Nella sezione seconda, incentrata sul lavoro empirico di ricerca, emerge chiaramente, attraverso un puntuale esame delle interviste fatte ad un campione rappresentativo di madri di bambini in età scolare, come all'interno della famiglia sia la madre il principale agente di controllo della salute e come essa opponga resistenza alla crescente medicalizzazione della vita, con strategie di cura attinte da categorie cognitive e simboliche del contesto culturale, che si allontanano dal modello strettamente biomedico della cultura occidentale.

Tesi di laurea di

Azzena Piera, *Corpo, salute e malattia. Rappresentazione del parto e identità femminile nella comunità teltese della prima metà del Novecento*

Anno Accademico 2000-2001

Area della ricerca: Telti (Sassari)

A partire dal tema centrale della tesi, che è il parto e l'identità femminile, sono stati affrontati nodi teorici antropologici fondamentali prima di passare alla ricerca etnografica vera e propria. Così, dopo aver esaminato il rapporto tra corpo e cultura, viene messa in evidenza la costruzione fondamentale culturale della differenza di genere e la tematica della maternità, della nascita e del parto come evento non solo biologico ma anche sociale e storico allo stesso tempo. Viene quindi presentata la ricerca empirica, condotta in una piccola comunità e riguardante gli anni tra il fascismo e la seconda guerra mondiale. Attraverso l'analisi delle interviste emerge un micro universo femminile in cui le pratiche del parto seguono rituali tradizionali. In questo mondo, così apparentemente statico, l'arrivo dell'ostetrica diplomata diventa motore di una trasformazione frutto di un conflitto di saperi, quello medico e quello tradizionale, che si concretizza nell'assunzione di posture di travaglio, di pratiche igieniche e di abitudini alimentari nuove.

Tesi di laurea di

Doneddu Manola, *Antropologia del corpo. Il femminile e il significato simbolico del seno*

Anno Accademico 2000-2001

Il lavoro di tesi si è concentrato fondamentale su un ampio esame della letteratura relativa all'antropologia del corpo, collocato al centro dei processi culturali e considerato luogo di elaborazione del sapere. Il corpo, dunque, viene presentato come realtà non solamente biologica ma anche come entità culturalmente costruita, concentrato di significati simbolici e strumento per la comprensione delle culture. Viene poi esaminato il concetto di genere e sesso per focalizzare l'attenzione, attraverso l'analisi della dimensione sociale, simbolica ed estetica del corpo, sul tema centrale della tesi: il femminile e il significato simbolico del seno. Il lavoro si avvale anche di un esame di giornali, riviste femminili e pubblicazioni che hanno contribuito a chiarire come il seno, considerato in gran parte delle culture come espressione di femminilità, sia stato strumentalizzato nella nostra società, anche attraverso le pratiche di cura e di chirurgia estetica, fino a diventare strumento rilevante di comunicazione e di consumo.

Tesi di laurea di

Sebastianina Muggiano, *La malattia di Alzheimer nelle narrazioni di Oliver Sacks*

Anno Accademico 2000-2001

Area di ricerca: Fondazione San Giovanni Battista, Ploaghe (Sassari)

Prendendo come riferimento gli scritti di Oliver Sacks viene particolarmente tenuto presente il rapporto cultura/malattia nel tentativo di comprendere, da un punto di vista antropologico, il morbo di Alzheimer. Dato il carattere devastante della

malattia, la ricerca è stata condotta, oltre che attraverso l'osservazione diretta, anche mediante la raccolta delle interviste fatte agli operatori sanitari dell'istituto in cui è stata condotta l'indagine e ai familiari dei pazienti, tutti protagonisti, necessariamente indiretti, di una narrazione di malattia che, forse in maniera più totale di altre, significa sofferenza legata a tutto il vissuto corporeo dell'individuo e distruzione del suo mondo quotidiano. Essenzialmente questo lavoro, coniugando l'approccio biomedico con quello antropologico, ricerca nuovi strumenti di interpretazione di una malattia che, andando al di là della disfunzione organica, coinvolge l'identità corporea, sociale e culturale del malato, quale evento distruttivo globale.

Tesi di Laurea di

Ruggiu Anna Grazia, *Corpo, salute, malattia. Un approccio antropologico*

Anno Accademico 2000-2001

La tesi, orientata ad un percorso di riflessione teorica, si propone come contributo al superamento del luogo comune che vede nella medicina e nell'antropologia settori disciplinari antitetici. Attraverso un esame articolato degli studi antropologici in ambito medico, si giunge a comprendere come i fenomeni riguardanti il corpo, la salute e la malattia siano collocati in una dimensione sociale e culturale. Gli studi di antropologia medica propongono infatti letture e percorsi alternativi di comprensione e di interpretazione del corpo, della salute e della malattia, non più isolati come realtà a sé, ma come fenomeni fortemente connotati dal contesto socio-culturale. Sono riferimenti privilegiati i lavori di Byron Good e Mariella Pandolfi, che sottolineano la complessità sociale dell'esperienza di malattia, fino a cogliere l'esortazione ad andare oltre la malattia organica e leggere l'esperienza individuale all'interno di specifiche situazioni sociali.

CORSO DI ANTROPOLOGIA MEDICA PER INFERMIERI* E TECNICI DI LABORATORIO

Di Monica Vidili (a cura di)

UNITA' 1: IL CONCETTO DI CULTURA

OBIETTIVI:

- Comprensione del concetto di cultura;
- Percezione e consapevolezza della propria cultura;
- Capacità di ricondurre comportamenti, atteggiamenti, modi di pensiero ad un sistema di valori. Riduzione dell'etnocentrismo.

CONTENUTI:

Il concetto di Cultura - in senso antropologico – ha un significato diverso rispetto al senso comune. Il senso comune, infatti, ne individua soltanto aspetti parziali. Si cercherà, perciò, di mettere in evidenza quanto la cultura agisca nel profondo degli individui e delle società, influenzandone profondamente atteggiamenti, modi di pensare, comportamenti, abitudini e perfino sensazioni corporee. Si farà, inoltre, un excursus storico all'interno della disciplina sull'evoluzione del concetto di cultura a partire dalla celebre definizione di Edward Burnett Tylor (1871) in *Primitive Culture* a Clifford Geertz in *Local knowledge e Interpretation of Cultures*. Si farà infine lo studio di un caso empirico a dimostrazione di quanto emerso nella parte teorica e si cercherà di giungere a conclusioni comuni attraverso la discussione in aula.

STRUMENTI:

- Brain storming sul concetto di cultura per individuare il senso comune sul termine;
- Analisi teorica degli studi antropologici sul tema;
- Analisi e discussione di un caso empirico;
- Confronto dei risultati dell'iniziale brain storming con le nuove nozioni;
- Analisi critica di valori e pregiudizi;
- Verifica.

BIBLIOGRAFIA¹:

* Questo programma didattico si innesta su un filone di studi su Antropologia e Medicina all'interno del Laboratorio di Antropologia Culturale e Sociale (L.A.C.S.) dell'Università di Sassari, coordinato dalla prof.ssa Gabriella Mondardini. Il testo qui presentato è stato, inoltre, la base di partenza per la programmazione di un modulo di Antropologia Medica, elaborato e condotto in collaborazione con la dott.ssa Luisa Lenguini (medico transculturale) all'interno del I° "Corso di perfezionamento in Medicina della Cooperazione per i Paesi Terzi" presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Sassari.

Cozzi-Nigris, *Gesti di Cura*, Colibrì, 1996, pp. 1-21.
Valeria Siniscalchi, *Antropologia culturale*, Carocci, 2001, I parte.
Facoltativamente: Antonio Marazzi, *Lo sguardo antropologico*, Carocci, 1998.

UNITA' 2: CORPO E CULTURA

OBIETTIVI:

Si metterà in luce il fatto che la cultura sia incorporata (*embodied*) attraverso pratiche, rituali e simboli. Si farà un'analisi dei principali simboli e rituali che riguardano il corpo sia nella nostra cultura che nelle culture altre. Si prenderà, inoltre, coscienza dei diversi usi del corpo a seconda del contesto culturale: le differenze nel modo di dormire, mangiare, bere, nella pulizia e l'igiene, nei rapporti sessuali, nella pratica di far nascere e allevare i bambini.

CONTENUTI:

Da un punto di vista antropologico il corpo appare un'entità multidimensionale: non si tratta semplicemente di un oggetto fisico, da studiare, curare, proteggere, è anche la via di accesso alla realtà circostante: noi non solo abbiamo un corpo, ma siamo un corpo e percepiamo il mondo attraverso di esso. Fin dai primi giorni dalla nascita il nostro corpo viene abituato e addestrato a svolgere determinate funzioni, ad agire secondo determinati valori e pratiche. Addirittura alcuni comportamenti e usi del corpo conducono alla sua trasformazione fisica. Esso è quindi inscindibilmente legato alla cultura quanto alla biologia.

La cultura stessa non può essere appresa percepita dai soggetti se non attraverso il corpo: si dice infatti che la cultura sia "incorporata" (*embodied*). Ma, soprattutto, ogni società carica di particolare significato tutto o parte del corpo attraverso l'impiego di simboli e la pratica di rituali. Si prenderanno in esame i principali rituali legati al corpo (riti di introduzione, riti di passaggio, riti di purificazione, riti terapeutici, riti funebri) e si analizzeranno aspetti simbolici ad essi legati. A titolo esemplificativo si compareranno diversi usi del corpo nelle diverse culture e si affronterà il tema della diversa percezione del dolore in quattro diversi contesti.

STRUMENTI:

- Lezione teorica sul corpo come oggetto culturale;
- Confronto sulle diverse tecniche del corpo: lettura di Marcel Mauss;
- Lezione sui simboli legati al corpo con particolare riferimento ai lavori di Mary Douglas;
- Lezione sul corpo come luogo su cui si esercita il potere (Foucault);
- Lettura e analisi di un brano di Albanese sulla fasciatura dei piedi nella Cina classica;

¹ La bibliografia qui citata è solo parziale, serve da indicazione per i destinatari del corso, tenendo conto della disponibilità di materiale in lingua italiana e di facile accesso per i non addetti ai lavori.

- Lezione sui rituali (riti di nascita, di morte, di introduzione, di passaggio, di guarigione);
- Studio dei riti di passaggio: il caso degli Ndembu descritti da Victor Turner;
- Proiezione di un Video sui riti di passaggio;
- Analisi del Video attraverso un iniziale brain storming;
- Lezione su dolore e cultura;
- Analisi attraverso il lavoro di gruppo di un case-study: “la percezione del dolore in quattro culture” di Zborowski e il “caso della donna cinese” di Byron Good;
- Verifica.

BIBLIOGRAFIA:

Cozzi-Nigris, *Gesti di Cura*, Colibrì, 1996: pp.109-155, pp.187-191; Albanese, *Corpo e potere in Cina*, in A. Destro “Le politiche del corpo”, Patron, 1994; Valeria Siniscalchi, *Antropologia culturale*, Carocci, 2001, II° parte. A piacere un articolo del libro di Adriana Destro, “Le politiche del corpo”, Patron, 1994.

UNITA' 3:

LA MEDICINA COME PRATICA CULTURALE

OBIETTIVI:

Si contestualizzerà la pratica medica Occidentale come una delle possibili varianti nell'ambito delle cure del corpo. Si analizzeranno le diverse pratiche rituali e simboliche messe in atto dalla medicina moderna. Infine, si metteranno a confronto le pratiche mediche e i diversi concetti di salute/malattia nei diversi contesti culturali.

CONTENUTI:

- Si analizzeranno le pratiche mediche come pratiche cariche di forte connotazione simbolica e rituale. Ad esempio, si analizzerà il percorso del paziente ospedalizzato come rito di passaggio, la diagnosi come attribuzione di senso al malessere. Si osserverà l'impiego dei simboli in medicina e il loro potere terapeutico.
- Si affronterà il problema della malattia come fenomeno multidimensionale: normalmente i medici attribuiscono una malattia (*disease*) al paziente, ma occorre anche tener conto di altri aspetti quali la percezione soggettiva del paziente (*illness*) e della sua comprensione all'interno del gruppo sociale (*sickness*) in relazione alle forze macrosociali (economiche, politiche, istituzionali).

STRUMENTI:

- Lezione sulla medicina come pratica culturale con particolare riferimento all'articolo di Byron Good “Come la medicina costruisce i propri oggetti”;
- Lezione sull'uso di simboli e rituali in medicina attraverso l'analisi degli oggetti presenti in un ambulatorio e dei gesti simbolici operati dal medico sul paziente;

- Analisi dell'operazione chirurgica come rito di passaggio;
- Ascolto delle esperienze degli allievi;
- Proiezione del Video "Dalla biologia alla cultura", RAI, collana *Le culture della guarigione*;
- Riflessione sul concetto di salute e malattia attraverso la distinzione disease-illness-sickness e riduzionismo/olismo con riferimento ad altri sistemi terapeutici (omeopatia, medicina cinese, medicina ayurvedica e medicina umorale);
- Proposte per una pratica infermieristica più attenta al paziente;
- Esercizio: analisi di due casi: il trapianto di organi e la dialisi;
- Verifica.

BIBLIOGRAFIA:

da Cozzi-Nigris, *Gesti di Cura*, Colibrì, 1996: cap. "Salute/malattia" pp.159-155, dialisi pp.345-351; trapianto pp.353-367, Lionetti, *Van Gennep in sala operatoria*, pp.?.

Byron Good, "Come la medicina costruisce i propri oggetti" in Good, *Narrare la malattia*, Ed. Comunità, 1999, pp.101-135.

A piacere: Nancy Scheper-Hughes, *Il traffico di organi nel mercato globale*, Ombre corte, Verona, 2000,

Françoise Héritier-Augé, *AIDS, la sfida antropologica*, EI Editori, 1993,

UNITA' 4:

ASPETTI SOCIO-CULTURALI DELL'AFRICA

OBIETTIVI:

Informare sui diversi ambienti ecologici, demografici, religiosi e culturali dell'Africa. Acquisire consapevolezza delle diverse concezioni della vita, dei rapporti tra i sessi, del tempo e dello spazio che caratterizzano le culture africane.

CONTENUTI:

- Si informeranno gli allievi sulle varietà geografiche e culturali dell'Africa. In particolare si analizzeranno le differenze etniche, gli aspetti legati al lignaggio e alla parentela (patrilinearità/matrilinearità, matrilocalità/virilocalità), aspetti economici e di sussistenza (cacciatori-raccoglitori; pastori, agricoltori, popolazione urbana), aspetti religiosi, concezione del tempo e dello spazio.
- Si farà un'analisi dettagliata dei principali rituali che interessano la vita degli individui: in particolare i riti di passaggio legati alla pubertà e i riti di guarigione. Si studieranno i contesti culturali che riguardano la cosmologia, la fertilità e la sessualità e aspetti di salute/malattia legati ad essi.
- Si metterà in luce lo stress da transculturazione degli operatori sanitari che si recano in Africa e si illustrerà l'andamento della curva di adattamento.

STRUMENTI:

- Cosa s'intende per "etnia", "tribù", "nazione";

- Lezione teorica sugli ambienti socio-culturali: gruppi patrilineari e matrilineari, gruppi a sussistenza agricola e pastorale, il settore informale nel milieu urbano;
- Masai del Kenya e gli Shona dello Zimbabwe e un gruppo matrilineare come i Bemba dello Zaire;
- Proiezione del Video “Evans-Pritchard” della collana *I grandi Case-study*: il concetto di fertilità presso alcuni gruppi patrilineari come i *dell’antropologia*, BBC.
- Analisi del video e discussione guidata;
- Razionalità e magia: due elementi in contraddizione? Lezione e discussione sul pensiero magico e la razionalità;
- Analisi critica della dicotomia conoscenza/credenza in riferimento al sapere medico seguendo la teoria di Byron Good;
- Lezione sui diversi orientamenti e metodi dell’antropologia medica (metodo empirista-utilitarista, metodo cognitivo, metodo interpretativo, metodo critico). Cause e conseguenze dell’applicazione di questi tre diversi metodi;
- Analisi del caso dell’AIDS: esempi di politiche sanitarie etnocentriche;
- Esercizi sullo stress da transculturazione degli operatori sanitari in Africa;
- Analisi della curva di adattamento;
- Verifica.

BIBLIOGRAFIA:

Anna Maria Gentili, *Il leone e il cacciatore*, Carocci, 2000, “Introduzione”;
 Byron Good, *Narrare la malattia*, Ed. Comunità, 1999, cap.I;
 Evans-Pritchard, *Stregoneria, oracoli e magia fra gli Azande*, Franco Angeli, 1976, selezione di articoli;
 Dispense;
 A piacere: Marcel Griaule, *I dogon*, ???;
 Doris Lessing, *Sorriso africano*, Feltrinelli;
 se lo si desidera si può leggere per intero la monografia di Evans-Pritchard e il libro della Gentili;

UNITA’ 5:

LA MEDICINA AFRICANA

OBIETTIVI:

Analisi di alcune pratiche mediche tradizionali: ad esempio la medicina islamica e la possessione spiritica. Si prenderà in esame il ruolo degli spiriti degli antenati nell’attribuzione e nella cura della malattia. Ruolo e funzione dei guaritori e possibili interazioni con il personale sanitario. Soluzioni per una medicina transculturale.

CONTENUTI:

La medicina Occidentale non è l’unica pratica di cura esistente. Esistono altre forme di intervento finalizzate alla salute e al benessere degli individui: culture diverse hanno sviluppato, secondo diverse strategie e punti di vista, modelli di approccio alla salute e alla malattia.

Si cercherà di dare un quadro delle diverse forme di medicina africana: la fitoterapia, la possessione spiritica, e le varie forme di medicina influenzate dall'islam. Alla luce di questi esempi si affronterà l'usata quanto abusata distinzione fra curare (*curing*) - praticata dalla medicina Occidentale - e guarire (*healing*) - praticata invece dalle medicine "tradizionali". Si cercherà allo stesso tempo di leggere in maniera critica la distinzione fra curare e guarire nel contesto più ampio della povertà e dalla mancanza di accesso alle risorse di gran parte della popolazione globale. Si procederà, inoltre, alla decostruzione del concetto di "tradizione" con riferimento all'ampio processo di modernizzazione coloniale e post-coloniale dell'Africa. Cosa s'intende per tradizione, dunque? Si proporrà di reinterpretare il concetto di "tradizione" in termini dinamici e storici, con particolare attenzione ai lavori critici di Mudimbe.

Tali indicazioni saranno utili allo scopo di individuare le percezioni soggettive del malato e le dinamiche intersoggettive nel processo di cura-assistenza-guarigione all'interno del contesto socio-culturale.

Alla luce di questi fatti si procederà all'individuazione di percorsi transculturali che vadano incontro alle aspettative del paziente e siano sensibili alle differenze culturali.

STRUMENTI:

- Proiezione del Video "La medicina in Mali"? della collana *Le culture della guarigione*;
- Analisi guidata del video;
- Lezione sui modelli di salute/malattia in Africa con particolare riferimento ai lavori di Janzen;
- Analisi del contesto sanitario africano e del ruolo del guaritore;
- Che cosa s'intende per tradizione.
- Riflessione sul potere di guarigione dei simboli e collocazione di tali simboli nel contesto africano;
- Lezione sulla relazione fra cultura e sintomo;
- Ascolto delle esperienze degli allievi;
- Il *nursing* transculturale;
- Test e lavoro di gruppo sulla transculturalità;
- Verifica generale del corso.

BIBLIOGRAFIA:

Esmeralda Mariano, *Identificazione degli itinerari terapeutici degli abitanti di Xipamanine, Maputo*, in Gabriella Mondardini (a cura di), *Antropologia della salute in Mozambico*, EDES, Sassari, 2001.

Barbara Fiore, *Il bosco del guaritore*, Bollati Boringhieri, Torino, 2001.