



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO, SOCIEDADE E
COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

BRUNA BOECKMANN DE ANDRADE

ANGOLA, ENTRE A DOR E A CURA:
REPENSANDO A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO MÉDICO

Brasília, DF

Mai de 2016

BRUNA BOECKMANN DE ANDRADE

**ANGOLA, ENTRE A DOR E A CURA: REPENSANDO A PRODUÇÃO DO
CONHECIMENTO MÉDICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional sob orientação do Professora Dra. Selma Alves Pantoja.

Brasília

Mai de 2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

BB669a BOECKMANN DE ANDRADE, BRUNA
ANGOLA, ENTRE A DOR E A CURA: REPENSANDO A
PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO MÉDICO / BRUNA BOECKMANN DE
ANDRADE; orientador SELMA ALVES PANTOJA. -- Brasília,
2016.
120 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em
Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação
Internacional) -- Universidade de Brasília, 2016.

1. ÁFRICA. 2. MEDICINA TRADICIONAL. 3.
EPISTEMOLOGIAS DO SUL. 4. SAÚDE. I. ALVES PANTOJA,
SELMA, orient. II. Título.

BRUNA BOECKMANN DE ANDRADE

**ANGOLA, ENTRE A DOR E A CURA: REPENSANDO A PRODUÇÃO DO
CONHECIMENTO MÉDICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional sob orientação do Professora Dra. Selma Alves Pantoja.

Brasília, maio de 2016

Comissão Examinadora

Professora Dra. Selma Alves Pantoja
Orientadora – Universidade de Brasília (UNB)

Professor Dr. Vítor Kajibanga
Examinador Externo – Decano da Universidade Agostinho Neto, colaborador do Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto e do Centro de Estudos Africanos do ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

Professor Dr. José Walter Nunes
Examinador – Universidade de Brasília (UNB)

Professor Dr. Rodrigo Pires de Campos
Suplente – Universidade de Brasília (UNB)

Para Lucas, Amaro e Iracy (em memória).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à Profa. Selma Pantoja, jamais esquecerei do nosso primeiro encontro, quando ali ela se tornaria minha orientadora, pelos momentos de dedicação e paciência, por me acolher em sua casa e partilhar momentos também de descontração por acreditar em mim e nas minhas ideias para esta dissertação. Obrigada por me apresentar um mundo, para mim, pouco conhecido, a África, por me incentivar a olhar para este mundo através de outras lentes, por me apresentar um outro Sul, tanto através dos seus teóricos, quanto através das histórias vividas no passado em África. Obrigada por compartilhar um pouco dos seus dias de férias, o conjunto do mar e da areia branca foram combustíveis para discussões produtivas para este trabalho.

Ao Sr. Prof. Dr. Víctor Kajibanga obrigada. Sinto-me honrada pela sua participação em minha banca de defesa de dissertação. Estou certa de que suas contribuições virão, em muito, engrandecer este trabalho.

Ao Prof. José Walter, que cuidadosamente leu meu trabalho de qualificação, que durante a defesa do projeto de pesquisa apresentou novos teóricos e textos que só enriqueceram o trabalho de dissertação. Obrigada pela análise produzida sobre o projeto de pesquisa, o mesmo foi de grande valia para a construção deste trabalho.

À Universidade de Brasília – UNB, por me permitir descobrir minha paixão pela academia, pelo curso oferecido, por me direcionar para um novo horizonte que em muito ainda preciso desvendar. Obrigada à Capes, pela bolsa de estudos que foi primordial para o custeio da viagem feita à Portugal que enriqueceu o acervo utilizado neste trabalho.

Ao do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília – PPGDSCI/CEAM/UNB, ao seu corpo docente, e ao seus funcionários por proporcionar um ambiente saudável, amigável e criativo. Obrigada as amigadas ali construídas, algumas delas, tenho certeza, só se fortalecerão com o passar do tempo. Dessas amigadas, agradeço especialmente à Raissa Ferreira Teixeira, pela

disponibilidade, por sempre estar a postos para escutar meu medos e inseguranças, à Renata Pinho Studart Gomes, pela paciência, principalmente nos momentos em que o cansaço me tornava um pouco mais desagradável e indecisa, à Alice Vieira, por me ouvir, por ler incansavelmente meus textos sempre fazendo observações pertinentes, pela paciência e pelo carinho, e ao Leandro de Carvalho pelos domingos em minha companhia quando construir as ideias e colocá-las no papel ainda parecia um trabalho quase que impossível. Em Brasília eles são minha casa, meu lar, minha família.

Às amigas construídas no PPGDSCI, agradeço também à Fernanda Natasha, pelos muitos almoços e lanches que proporcionaram ricas conversas sobre o tema da minha pesquisa, por me apresentar os teóricos latino-americanos de forma tão apaixonada, obrigada pelas mensagens mais inesperadas que me faziam sentir acolhida. A Laís, que partilhou muitos momentos dessa trajetória e que me ajudou a ver uma outra África, a sua maneira. Meu muito obrigada ao João que nos dias mais turbulentos era capaz de por um sorriso em meu rosto e me dar forças para continuar produzindo e construindo. Obrigada à todos colegas do PPGDSCI, sejam eles do mestrado ou do doutorado, obrigada pelas sempre calorosas discussões em sala de aula.

Aos amigos que descobri em Brasília que entre as rotinas sempre corridas encontraram tempo para conversas enriquecedoras, agradeço por doarem seus ouvidos mesmo pouco entendendo minhas inquietações por se tratarem de uma área de conhecimento distante de suas formações acadêmicas: Paula Santos, Clóvis Monteiro, Marília Ávila, Eduardo Aquino, Felipe Bruno, Gabriela Guerreiro Feitosa, Henrique Roriz, Mayara Gaze, Gabriel Tenser e Thabata Fleury. Obrigada ao irmão que o cerrado me deu Thiago Almeida Cavalcanti, obrigada por estar sempre ao meu lado, por me presentear nos momentos de dificuldade com a música que ecoa do seu violino, por me doar tantas horas do seu dia, sempre paciente e atencioso. Meu muito obrigada.

Nos curtos períodos de tempo vividos em Recife, durante a construção deste trabalho, obrigada às amigas da infância e que mesmo com a distância se fazem presentes: Renata Dubeux, Marcela Raposo, Ewerton Uchoa, Paula Rio, Camila Rio, José Alberto, Manuela Serpa, Mayra Garret, Pedro Avelino, Vinicius Guidotti. Obrigada também às

novas amizades construídas recentemente em minha cidade natal, elas em muito contribuíram para que o escrever fosse feito de maneira mais leve e prazerosa: Diego Duarte, Mabel Tavares, Gabriela Passos, Nina Reis, Caio Couto, Arthur Patrício, Caroline Lima, Luciana Albuquerque, Brunno Ferreira, Nathalia Brasil, João Gule.

Aos amigos que do outro lado do Atlântico me acolheram, por me fazerem sentir em casa, por pacientemente me acompanharem até a Biblioteca Nacional de Lisboa, a Universidade de Lisboa, ao ISCTE, a Universidade de Coimbra. Obrigada por tornarem o tempo de pesquisa em Portugal mais agradável, meus calorosos agradecimentos à Ana Raquel Cassiano, ao Mário Coelho, à Felipa Oliveira, à Marta Guapo, à Jenn Monteiro, à Laura Esperança e ao Francisco Oliveira.

Aos amigos, que por diversas razões estão fisicamente longe, mas que acompanharam pacientemente o desenvolvimento deste trabalho. As ligações e trocas de mensagem foram sempre rejuvenescedoras, eram esses momentos onde matar as saudades e saber resumidamente das novidades me mostravam o quanto vocês fazem parte das minhas conquistas, meu muito obrigada à Carol Rosário, à Manoela Peixoto e à Mariana Corrêa.

À Carolina Mapurunga, por compartilhar seus dias de estudo ao meu lado, por me dar forças para prosseguir pensando, lendo, e construindo as ideias mesmo nos momentos de cansaço e de inseguranças. Obrigada por tentar entender meus questionamentos, por curiosamente ouvir meus relatos sobre as descobertas feitas na pesquisa, por partilhar os bons momentos de distração, mas também os momentos de concentração e estudos. Obrigada por me ensinar como ser uma amiga melhor, por me fazer gargalhar quando é preciso e por me oferecer os ombros nas horas de dificuldade.

À Tassiana Carvalho, que acompanhou cada momento vivido e que ouviu inúmeras vezes as incontáveis histórias descobertas em minhas leituras. À Patrícia Barcelos por dividir tantos momentos na Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH como na BCE. Obrigada por sempre me apoiar nesse desvendar e acreditar na minha capacidade, pelos incentivos diários e pelos chocolates compartilhados. À Teresa Labrunie, que sempre paciente e sentada ao meu lado

escutou minhas descobertas e dificuldades. À todos os outros que conheci na SDH, que me apoiaram e contribuíram, cada um, a sua forma, para a desenvolvimento desse trabalho: Roberta Tiemi Saita, Juliana Cardoso Benedetti, Caroline Dias dos Reis, Polliana Andrade e Alencar, Vanderlúcia, Heloiza Egas.

À minha família, à minha querida cunhada, Ana Beatriz, que sempre vibrou com minhas conquistas e descobertas, ao meu irmão, Lucas Boeckmann de Andrade, pelas ligações só para me dar um beijo e saber como estou, obrigada pelos cuidados comigo quando estava em Recife, obrigada por dispensar tempo, durante minhas estadias, para me agradar com os sabores da cozinha, obrigada por não permitir que a distância altere a linda relação de irmãos que construímos ao longo de tantos anos. Ao meu pai, Amaro Medeiros de Andrade, por ter me permitido alçar voo, por repetir, constantemente o quanto sou capaz, por reconhecer os obstáculos e por afirmar com toda certeza que no final tudo vai dar certo. Obrigada pelas suas gargalhadas que me permitem entender a vida de uma forma mais leve, por compartilhar tantos os momentos de angústia quanto os momentos de alegrias. À minha mãe, Iracy Boeckmann de Andrade (em memória) por sempre me motivar e acreditar em mim. Obrigada por ter me ensinado a tirar sempre o melhor das pessoas, por me mostrar que quando desejamos algo tudo pode ser possível. Agradeço à toda minha família, primos, tios e avós, sem eles nada do que sou hoje seria possível.

Por último, agradeço á você querida dissertação, foram muitas noites em claro, longos dias na biblioteca, a fusão do vermelho e do preto do texto, por muitas vezes tornavam a leitura ainda mais exaustiva, por fim chegamos lá, aqui estais finalizada.

RESUMO

Os conceitos de saúde, doença e cura possuem diferentes significados de acordo com a história, a cultura, as condições socioculturais e políticas de cada povo. Algumas sociedades, como o caso de Angola, é possível observar, de maneira mais latente, a coexistência de duas medicinas, a tradicional e a científica. No entanto, apenas a medicina científica ocupa os espaços oficiais de saúde em Angola. Sabe-se que o custo dos tratamentos médicos científicos é por muitas vezes alto demais e inacessível para larga parte da população mundial, sendo assim, muitos povos através dos conhecimentos tradicionais recorrem aos conhecimentos médicos de seus antepassados para alcançarem a cura. Desse modo, esse trabalho tem como objetivo estudar as diferentes formas de produção de conhecimento médico e avaliar como ela se apresenta dentro de Angola, e se é possível a construção de um sistema de saúde mais plural, conjugando os vários sistemas de conhecimento. A medicina tradicional angolana é, atualmente, responsável pelo tratamento da maior parcela da população, todavia, a mesma ainda não ocupa os espaços oficiais de tratamento. Assim, este trabalho visa também apresentar uma perspectiva global do papel da medicina tradicional angolana dentro do sistema de saúde pública

Palavras-chaves: África, Angola, Saúde, Medicina Tradicional, Produção de conhecimento, Epistemologias do Sul.

ABSTRACT

The concepts of health, disease and healing have different meanings according to the history, culture, socio-cultural and political conditions of each people. Some societies, such as Angola, is possible to observe in a more latent way the coexistence of two medicines, traditional and scientific. However, only scientific medicine holds the official health areas in Angola. It is known that the cost of these new treatments is many times too high and unaffordable for a large part of the world population. Due to their medical needs, some people through traditional knowledge resort to medical knowledge of their ancestors to achieve healing. Thus, this study aims to present the different forms of medical knowledge production and assess how it presents itself in Angola, and it analyses if the possibility of construction of a more plural health system is conceivable, combining the various knowledge systems. The traditional medicine from Angola is currently responsible for handling the treatments of the larger portion of the population; however, it still does not occupy official spaces treatment. Therefore, this paper presents an overview of the role traditional medicine play the public health system in Angola.

Keywords: Africa, Angola, Health, Traditional Medicine, knowledge production, Southern epistemologies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005_____	61
Figura 2	O modelo do SNS_____	82

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Brasileira de Vigilância Sanitária
BM	Banco Mundial
CEMETRA	Centro de Estudos de medicina Tradicional Angola
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNLA	Frente Nacional de Libertação de Angola
MPLA	Movimento Popular de Libertação de Angola
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OI	Organismos Internacionais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PMM	Programa Mais Médicos
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativa e Complementares
SNS	Sistema Nacional de Saúde Angolano
SUS	Sistema Único de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNITA	União Nacional para a Independência
UNTAET	United Nations Transitional Administration in East Timor

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1: REPENSANDO O CONCEITO DE SAÚDE, AS LENTES DO SUL	20
1.1 Cooperando com o Sul.....	29
1.1.1 O caso africano:.....	32
1.2 As diversas medicinas.....	35
1.3 Construção do Conhecimento: o avesso do avesso.....	45
1.3.1 A outra África: rumo ao global.....	45
1.3.2 Etnomedicina, medicina tradicional ou cultura popular?.....	47
1.3.3 Saúde, doença e cultura.....	50
1.3.4 Entre várias medicinas: em busca de uma única saúde.....	56
1.3.5 O ressurgir de um outro olhar.....	59
CAPÍTULO II: UM OLHAR SOBRE OS TRATAMENTOS DE CURA, ANGOLA	66
2.1 Entre o passado e o presente: Angola.....	67
2.2 Crise capitalista e ditadura.....	75
2.3 A dor da guerra e a busca pela cura.....	77
2.3.1 Uma casa ainda de taipa.....	81
2.3.2 Repensando a medicina tradicional angolana: estratégias para revalorização	85
2.3.3 Entre a tolerância e desconfiança.....	87
Capítulo III: AS MEDICINAS em Angola, UM MODELO MAIS INTEGRATIVO	91
3.1 Da cultura ao fortalecimento do <i>self</i> angolano.....	91
3.2 Emergindo das Sombras.....	97
3.3 Empirismo ou sucesso?.....	100
3.4 Aprendendo com os africanos.....	105
3.4.1 A situação do Mali.....	105
3.4.2 A experiência de Uganda.....	107
3.5 Um futuro próximo.....	110
CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
BIBLIOGRAFIA	114

INTRODUÇÃO

Este trabalho teve como objetivo fundamental apresentar uma perspectiva global do papel da medicina tradicional angolana dentro do sistema de saúde pública. Como esses saberes e práticas de curas tradicionais se relacionam com os saberes e práticas da medicina científica. Analisei também como essas práticas tradicionais de cura constituem uma continuidade ou ruptura dentro do sistema de saúde pública.

Esta pesquisa pretendeu investigar como as tensões ocorrem entre as duas medicinas nos processos de articulação e integração. Propus ainda, analisar como a cultura, a história e as relações sociais, as políticas e as econômicas interferem na produção de conhecimento médico. Sabe-se que o conceito de saúde pode ser entendido de diversas formas cada povo, sociedade constitui uma interpretação própria para o mesmo, assim como para os conceitos de doença e cura.

Esforços foram feitos pela Organização Mundial de Saúde – OMS, para se construir um conceito global de saúde, até os dias atuais este conceito vem sendo discutido e questionado. Neste sentido, apresentei que não há apenas uma medicina, ou uma forma de saúde, há sim, várias medicinas que constituem diferentes formas de conceituar saúde. Entender como se constitui o que chamamos hoje de medicina, através da história, foi também propósito deste trabalho.

Busquei me distanciar de olhar que apresente a medicina pela medicina, fiz um esforço para retratar a medicina como disciplina do saber universitário, sendo discutida a partir de vários campos do conhecimento a partir de uma perspectiva interdisciplinar. O intuito não foi fortalecer uma relação binária entre as diferentes medicinas, ou ainda, direcionar à transformação de uma medicina na outra, isto é, transformar a medicina tradicional em medicina científica e vice-versa. O intento foi criar uma medicina que não seja só reprodução do saber de uma região do globo, mas uma medicina que sirva para todas partes, ou seja, uma medicina que trabalhe de forma conjunta com a antropologia, psicologia, história, sociologia, política, economia, cultura e etc.

A Saúde possui diferentes especificidades nas variadas regiões do mundo relacionadas às condições de vida da população, restrições ao acesso e qualidade no atendimento. Porém, a saúde é considerada tema central nas agendas governamentais e internacionais. O conjunto de problemas compartilhados por diferentes países abre espaço para a associação e construção de projetos de cooperação internacional que buscam soluções por meio de projetos bem sucedidos ou não. Estes projetos vão além do tema saúde, incluindo outras áreas do desenvolvimento nacional.

Assim, o primeiro momento deste trabalho será constituído por uma análise mais extensiva sobre os diferentes conceitos de saúde, doença e cura, além de discutir também a produção do conhecimento médico no mundo e ao longo do tempo. Destacarei a importância da medicina e o valor simbólico da cultura na constituição dos conceitos sobre saúde, doença e cura.

Na parte seguinte desta pesquisa analisarei as práticas fundamentais dos saberes locais de saúde e cura de Angola. Importa referir que a medicina tradicional angolana é responsável pelo atendimento de uma larga escala de sua população e que os tratamentos tradicionais não são apenas um fenômeno reduzido às populações rurais, mas também as populações que se encontram em centros urbanos como é o caso de Luanda. Os tratamentos atendem tanto problemas psicossomáticos, quanto questões sociais não importando a classe social do paciente.

A história relata como a medicina tradicional africana sempre foi considerada como um saber local que pertence às populações que por muito tempo foram designadas como atrasadas, selvagens, bárbaras, sempre colocadas em um plano inferior. Esta postura, proveniente dos projetos de colonização e do eurocentrismo acarretou na desvalorização quer da medicina tradicional africana como forma de conhecimento, quer das outras formas de produção de conhecimento tradicionais ou ainda dos praticantes dessa medicina tradicional.

O processo de subalternização desses conhecimentos será objeto de análise desse trabalho, autores como Boaventura Souza Santos(2008), Maria Paula Meneses(2000;2008), Mignolo(2003), Mbembe(2001;2014), entre outros, me darão

suporte para discutir essas questões. Afinal, mesmo após décadas do fim da colonização, a guetização dos saberes tradicionais ainda é sentida em muitas sociedades africanas, inclusive a angolana.

Como consequência de uma hegemonia epistemológica da ciência moderna, muitos países do sul tendem a neutralizar saberes e práticas médicas tradicionais. Neste sentido, a OMS, através do seu Comitê Regional, traçou um documento que apresenta estratégias regionais para África para o fortalecimento da medicina tradicional. O documento apresenta que a medicina tradicional é a mais usada pela maioria da população africana e integrar a mesma no sistema nacional de saúde é um passo futuro e imprescindível.

Pesquisas na área de saúde, de políticas públicas em saúde e de medicina tradicional foram a edificação do tema desta pesquisa. Rosa Melo (2008), José Fialho (2013), Ali Arazeem Abdullahi (2011), Breno Fontes (2011), Sjaak van der Geest (1997), Kenneth Rochel Camargo Jr. (2015), Maria Paula Meneses (2000), C. O. Idehen e O. G. Oshodin (2007), Oyelakin Taye (2010), são importantes autores para este estudo, e trabalham a ideia de saúde. Enquanto José Fialho (2013) apresenta uma perspectiva do papel simbólico da medicina tradicional na África, Ali Arazeem Abdullahi (2011) faz uma análise crítica sobre os desafios encontrados na prática da medicina tradicional. Além desses autores, Viegas (2005; 2010) e Varanda (2010; 2015) forma fundamentais para apresentar uma perspectiva local sobre a ideia de saúde, doença e cura angolana.

Durante décadas as religiões e a medicina tradicional constituíram os pilares de uma identidade cultural angolana, que devido ao processo de colonização e subalternização foram consideradas práticas atrasadas, supersticiosas, incivilizadas. A partir deste fato é necessário repensar nas formas como são constituídas as políticas socioculturais. Mais especificamente é preciso repensar nas políticas sanitárias angolanas, como minimizar a dor do corpo físico e espiritual a partir da utilização de forma consciente e integrada das diferentes medicações. Esta tarefa é árdua e requer um trabalho de caráter interdisciplinar que vai além do fortalecimento de uma forma de

conhecimento e sua produção, é necessário vontade política e cooperação entre os praticantes das diferentes medicinas.

A intenção não é supervalorizar a medicina tradicional, ou fazer um retorno a identidade cultural angolana. O intuito é tentar entender o porque a medicina tradicional ainda ocupa um espaço secundário dentro de um Angola independente. E ainda, quais as estratégias que podem ser utilizadas para se constituir um projeto mais integrativo de saúde.

Gostaria de frisar que este trabalho é um primeiro contato acadêmico tanto com a temática de África e Angola, quanto com relação ao conhecimento médico, seja esse de caráter científico ou tradicional. A escolha da temática dessa dissertação se deu a partir de construções pessoais, por viver em uma família de médicos os nuances do objeto saúde sempre estiveram no meu dia a dia e no meu imaginário. No tocante a África, o interesse partiu de uma sugestão da minha orientadora, especialista no tema.

“A diversidade das culturas humanas está atrás de nós, à nossa volta e à nossa frente. A única exigência que podemos fazer a seu respeito é que cada cultura contribua para a generosidade das outras”.

Claude Levi-Strauss

CAPÍTULO 1: REPENSANDO O CONCEITO DE SAÚDE, AS LENTES DO SUL

O relato histórico sobre a medicina tradicional em África se apresenta face a uma construção cultural e simbólica que está arraigada ao tecido social e ao sistema informal de saúde. É no tocante a esta percepção do simbólico e cultural como elementos fundamentais para tradução do conhecimento sobre saúde, que relembrei uma situação vivida recentemente e que me faz perceber como essa outra África não pertence só a construção de África, mas sim, faz parte de um Sul Global e dos saberes subalternizados que, em muito, podem construir, seja em conjunto com os saberes ocidentais a partir de uma relação de poder mais horizontal, seja por uma necessidade de se constituir como saber.

Recentemente, vivi uma situação que me fez pensar sobre o conceito de saúde, doença e medicina. Venho de uma família de médicos e foi neste contexto que observei o quão próximo a cultura está da concepção de saúde, doença e medicina. Apesar dos médicos em minha família possuírem posicionamento que denomino de tecnicista, isto é, acreditam na medicina como uma pura racionalidade científica, insisto na ideia de que saúde e a própria medicina está vinculada a cultura e a crença.

Não obstante a esta ideia, em um jantar de família, ouço o relato de um paciente que chegou ao consultório para tratar de uma simples verruga, são infecções de pele causada por vírus pertencente ao grupo do papiloma vírus humano, no entanto, o estado da verruga era crítico, a mesma estava inflamada e envolta com um fio. O paciente relatou que havia seguido conselhos de parentes e amigos sobre uma maneira eficaz de tirar verruga, deve-se cortar um fio de cabelo do rabo de cavalo e amarrar ao redor da verruga com força, em alguns dias a mesma deveria cair. Diferente do que era esperado pelo paciente, a verruga não caiu, e o feito gerou problemas maiores, o fio do rabo do cavalo provavelmente continha elementos que criaram uma infecção ainda pior, entre um dos fatores causadores da infecção podemos citar a falta de higiene do procedimento.

O atendimento foi feito em um posto de saúde público, no interior de Pernambuco, o paciente não possuía muitos recursos e a compra do remédio

adequado para o tratamento era excessivamente cara. Além disso, o procedimento ideal, que seria a retirada da mesma em local adequado e devidamente preparado para um procedimento que lida com infecções, só poderia ser feito em hospitais ou clínicas que possuíssem sala devidamente preparada para tal, de acordo com as normas da Agência Brasileira de Vigilância Sanitária - ANVISA. Logo, o primeiro passo seria tratar da infecção para que o problema não se agravasse ainda mais, em um segundo momento, deveria ser feita a retirada da verruga. Com a dificuldade de fazer a retirada no hospital ou em clínicas credenciadas para tal, o médico sugeriu ao paciente que utilizasse o látex da *Euphorbia Tirucalli*, comumente conhecida como avelós¹, assim que a infecção fosse curada. Este procedimento é muito comum no interior do Estado de Pernambuco, no Brasil. Assim como o fio de cabelo do cavalo, a utilização do avelós tornou-se parte da cultura popular, porém diferente do fio, o avelós possui propriedades que foram cientificamente comprovadas como, por exemplo, seus princípios ativos, éster 4-deoxiforbólico, corilagina, euforbina, entre outros.

Esta é apenas uma das inúmeras histórias que tenho escutado recentemente, principalmente após a mudança do meu irmão e da minha cunhada para o interior, os dois deverão passar um ano atendendo em um posto de saúde numa pequena cidade chamada Sanharó, localizada no interior do estado de Pernambuco, a 196km da capital Recife, na região do semiárido, este trabalho no interior faz parte de uma das vertentes do Programa Mais Médicos - PPM². Minha cunhada, que possui um posicionamento mais acessível com relação as crenças populares, apresentou-me a escassez de recursos na região e afirmou que tem receitado tratamentos que ela classificou de alternativos.

Nos últimos anos, vem sendo discutido no âmbito da política governamental

¹ Planta nativa das Montanhas Atlas, no Marrocos. Possui ampla distribuição no resto do continente, sendo também introduzida em muitas regiões tropicais.

² O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais.

brasileira para saúde, principalmente no cerne do PPM a concepção da medicina comunitária. Nesta, médicos vindos de centros urbanos são deslocados para locais mais precários, onde há tanto uma escassez de profissionais da saúde, quanto de infraestrutura e medicamentos. O objetivo da medicina comunitária é, além de garantir um atendimento básico ao cidadão, estender o acesso da população a saúde. Atua numa perspectiva de atendimento mais humanizado, os médicos criam vínculos com seus pacientes e com a comunidade. Isto é, se integram a comunidade como médico da família, relatos, como o que apresentei acima, expõem uma preocupação para que diagnósticos e tratamentos incorporem os sistemas de curas locais. No tocante à expansão do atendimento, o tutor do Programa Mais Médicos e Secretário de Saúde de São João del-Rei, Minas Gerais, Rodrigo Chaves Penha, dispõe:

"São João Del Rei evoluiu muito após a entrada do Mais Médicos. Temos 15 médicos lá, sendo dois brasileiros, um alemão e 12 cubanos. Agora, temos uma cobertura em torno de 70% do município. Saímos de uma realidade muito diferente. Tínhamos seis médicos na rede de atenção básica e não havia uma cobertura que chegasse perto da metade da população. Com o Mais Médicos, esse acesso melhorou" (BRASIL, PROGRAMA MAIS MÉDICOS, 2016, S. P.).

Quanto a forma como é conduzida o atendimento, apresentando uma perspectiva mais humanizada, apontam, em primeiro lugar, a aluna do curso de medicina da Universidade Federal de Pernambuco, Maria Eduarda Spencer, e, em seguida, Nilo Dias Andrade, 71 anos, aposentado, paciente da Unidade Básica de saúde Jardim Primavera em Trindade, Goiás:

"Estou num curso que está lá não só para formar médicos mas para melhorar as condições da comunidade, e eu acho que é isso que tem me encantado mais. Tudo isso reflete num atendimento mais centrado na pessoa. Desde quando a gente pisa na comunidade até tocar na pessoa que busca ajuda e ver que, às vezes, ela não espera só a solução para uma dor"³ (BRASIL, PROGRAMA MAIS MÉDICOS, 2016, S. P.).

"O Dr. Luiz Adriano me encantou logo no primeiro atendimento, pelo carinho e o respeito que tem com o paciente. Ele deixa a gente falar e só depois começa os exames pra ver o problema da gente. Acredito que ficamos curados da enfermidade já no acolhimento"

³ O curso que a aluna faz referência é ao curso do Programa Mais Médicos.

(BRASIL, PROGRAMA MAIS MÉDICOS, 2016, S. P.).

Há de se reconhecer as dificuldades encontradas pelos médicos brasileiros para se construir um atendimento mais humanizado e considerar os tratamentos de cura locais. As faculdades de medicina brasileiras apresentam um perfil de ensino com raízes na produção de conhecimento atualmente entendido como hegemônico, isto é, ocidental, eurocêntrico. Essa produção de conhecimento, como veremos mais adiante, está mais preocupada com o tratamento da doença, e não com o paciente, seu olhar é, como denominei acima, ao tratar dos meus familiares, tecnicista. Nos últimos anos, desde a implantação do PMM, debates estão ocorrendo sobre a contratação de médicos cubanos para integrar o programa, as discussões vão desde questões burocráticas que tratam da ausência de necessidade desses médicos, sejam eles cubanos ou de outra nacionalidade, fazerem o revalida⁴, a questões no tocante à forma como esses médicos são formados. Sabe-se que Cuba, entre outros países da América Latina, possui uma formação médica que apresenta um olhar mais voltado para a medicina comunitária, mais humanizado. É considerando esses diferentes olhares sobre a produção de conhecimento médico, que tratarei a seguir sobre a produção de conhecimento no mundo e a emergência de um olhar que questiona o conhecimento hegemônico e ocidentalizado como verdade.

A busca especulativa por produção de conhecimento é elemento central da cultura humana, porém são muitas as lacunas que surgem entre o processo de reflexão filosófica e a racionalidade moderna (MENESES, 2008). É a partir dessa constatação, que Boaventura de Sousa Santos, em 1995, desenvolve o conceito de “epistemologias do sul”, conforme afirma Meneses (2008). O autor examina a vasta diversidade epistemológica do mundo, observada a partir de um sistema global dividido entre Norte e Sul que é pautado em relações hierárquicas traduzidas por um sistema capitalista e imperial.

⁴ Prova criada pelos ministérios da Educação e da Saúde para simplificar o processo de reconhecimento de diplomas de medicina emitidos por instituições de ensino estrangeiras. Para atuar como médico no Brasil, o estudante formado no exterior precisa fazer o reconhecimento do seu diploma para só depois solicitar ao conselho regional de medicina a autorização para trabalhar.

Na linha da importância da relação do local e global, Kajibanga (2008) aponta essa diversidade epistemológica e afirma que três momentos históricos foram importantes para a divulgação da produção de conhecimento, são eles: a criação, em Paris, da revista *Presence Africaine* (1947), o surgimento do Centro de Estudos Africanos, em Lisboa, e o lançamento do livro *Nations Negre et Culture* (1954), de Cheikh Anta Diop. Kajibanga (2008) apresenta a terminologia “epistemologias do saber endógeno” para denominar o que Santos (2008) chama de epistemologias do sul.

Assim como os autores acima, Mignolo (2003) também defende a construção de uma nova lógica para a produção de conhecimento, afirma que nos últimos quinhentos anos a história foi contada a partir de uma perspectiva ocidental. Expõe que o ocidente constituiu sua produção como uma epistemologia única, universal e verdadeira. Este fator ocasionou uma supressão das histórias locais, estas também dignas de um espaço dentro de uma narrativa global. Pouco a pouco, o autor constrói uma análise que defende a revalorização dessas narrativas locais, ou seja, as epistemologias do sul.

Nesta mesma ótica, Sandra Harding (1998, pg. 8, tradução nossa) acredita que “a ciência, na história global, não mais deve ser entendida a partir de uma perspectiva eurocêntrica convencional como foi moldada nos períodos passados”⁵. Outros autores, como Quijano (2014), Camaroff & Camaroff (2013), Mbembe (2001; 2014), também compartilham da necessidade de produzir conhecimentos a partir de novos olhares, de uma perspectiva do sul, dos grupos que foram outrora subalternizados. Ao apresentar o termo subalterno, remeto-me à perspectiva de Chakrabarty (1992) que, em sua obra, busca refletir o problema dos indianos em se representarem na história acadêmica, pois afirma que, neste campo, o eurocentrismo continua sendo o sujeito soberano, teórico, de todas as histórias, incluindo as africanas. A ideia do autor não diverge, até certo ponto, das problemáticas apresentadas por Mbembe (2001), Mundimbe (1998), Houtondji (2008) entre tantos outros autores sejam eles africanos, latino-americanos, indianos. O termo “subalterno” busca, a partir da perspectiva do autor, propor um alargamento da noção de dominação de classe, além de localizar politicamente o lugar

⁵ “Science in global history no longer is to be understood from the conventional Eurocentric perspective that shaped earlier studies” (HARDING, 1998, pg. 8)

do subordinado, como lugar do poder.

Ao trabalhar o conceito de epistemologias do sul, Santos (2008) discorre sobre a construção do conhecimento no mundo. Afirma que vivemos em um contexto onde temos perguntas fortes e respostas fracas frente aos questionamentos que são levantados no campo da ciência pertencente a uma modernidade ocidental. O Autor explicita que a discrepância entre as perguntas fortes e respostas fracas está pautada no reconhecimento que, desde o seu início, a ciência tinha plena consciência de que os problemas referentes à existência humana lhe escapavam — não possuía respostas para questões como a existência de Deus, o sentido da vida — o que culminou para outra questão dilemática: “o problema de a ciência não poder dar conta do fundamento da sua cientificidade, da verdade científica enquanto verdade.” (SANTOS, 2008, pg. 14). Com o passar do tempo:

...a hegemonia epistemológica da ciência converteu-a no único conhecimento válido e rigoroso. Com isto, os problemas dignos de reflexão passaram a ser apenas aqueles a que a ciência pudesse dar resposta. Os problemas existenciais foram assim reduzidos ao que deles pudesse ser dito cientificamente, o que implicou uma dramática reconversão conceptual e analítica. (SANTOS, 2008, pg. 14).

Dessa forma, segundo Santos (2008), a ciência passou a responder as questões postas unicamente por ela, enquanto isso as problemáticas existenciais foram desaparecendo. Em contrapartida a esta ideia de discrepância entre perguntas difíceis e respostas fracas que constituem uma hegemonia epistemológica, Torres (2008, pg.74) elucida a noção de “diversidade radical”, “uma crítica das raízes que põe a claro não só a colonialidade mas também o potencial epistémico dos epistemas não-europeus.” O Autor atenta para o fator da espacialidade como significativo em termos de produção e desconstrói a ideia do científico neutro, a crença na imparcialidade, nada mais é para Torres (2008), do que a reprodução de uma cegueira, isto é, quando não há inclusão dos modos não europeus de pensar, há uma reprodução das relações colonial/imperial, ou ainda, Norte/Sul.

O conceito de colonialidade em união com o conceito de construção da modernidade configuraram a ideia de colonialidade do ser (TORRES, 2008; QUIJANO,

2014). A colonialidade do ser é quando se engendram a colonialidade do poder e colonialidade do conhecimento, para Mignolo (2003), esta junção constitui o ser colonizado:

Este *ser-colonizado* emerge quando poder e pensamento se tornam mecanismos de exclusão, tal como já haviam sido as propostas de Heidegger. É verdade que o *ser-colonizado* não resulta do trabalho de um determinado autor ou filósofo, mas é antes o produto da modernidade/colonialidade na sua íntima relação com a colonialidade do poder, com a colonialidade do saber e com a própria colonialidade do ser. (TORRES, 2008, pg. 89)

Para Torres (2008), o ser colonizado denota a necessidade de se introduzir ideias provenientes da experiência da colonização e das diferentes epistemologias como uma alternativa à persistência da colonialidade. A esta persistência da colonialidade, Santos (2008) observa a construção abissal entre o Norte global e o Sul global e faz uma crítica à manutenção de uma construção epistemológica que parte da ciência moderna em sua concepção hegemônica, há de se afirmar que essa hegemonia tem perdido sua força e que o sul, gradativamente, tem ocupado espaços no Norte global. Apesar disso, a ciência moderna se recusa a reconhecer outros saberes e as diferentes epistemologias do mundo. Esta ideia esta pautada na inexistência de “outros” saberes no Norte global, para além da ciência e da técnica presentes na epistemologia hegemônica, fato este que já está se modificando, movimentos de diáspora são cada vez mais responsáveis pela transposição das ideias do Sul no Norte (MENESES, 2008).

A relevância da medicina tradicional pode ser comprovada a partir de relatos de pacientes e até dados que confirmam sua capilarização. Neste sentido, apoio-me em autores pertencentes a correntes de pensamento pós-coloniais, que em si, são difíceis de classificar, ou mesmo nada heterogêneos enquanto análises e pensar, para intensificar os questionamentos sobre o papel da medicina tradicional em Angola. O intuito é subsidiar o fortalecimento do lugar da medicina tradicional e apresentar algumas possíveis pistas do porquê de sua marginalização dentro do sistema oficial de saúde angolano. Essas discussões se fazem necessárias quando tratamos da produção do conhecimento médico em Angola. Observaremos, mais adiante, que a medicina científica ocupa, em Angola, quase que de forma majoritária os espaços

oficiais dos tratamentos de cura, enquanto a medicina tradicional angolana é responsável pela maior parcela e atendimento e tratamento da população. Observo que, apesar da construção hegemônica do conhecimento médico científico, a medicina tradicional angolana se coloca como uma alternativa à persistência da colonialidade. Esse conhecimento tradicional é observado, hoje, tanto em Angola como em países do Norte global.

Apesar dos movimentos de diásporas e das sementes do sul plantadas no norte Meneses (2008) insiste que ainda existe a manutenção de uma relação colonial de exploração e dominação nos dias atuais e afirma que a colonização epistêmica é a mais difícil de se criticar abertamente. Essa colonização epistêmica pode ser observada tanto na análise de Grosfoguel (2008) com relação à desagregação do grupo latino-americano de estudos culturais, para o autor, a mesma ocorre, pois parte desses autores latino-americanos preferem ter como principal instrumento teórico pensadores ocidentais, logo traem seu objetivo de produzir estudos subalternos. Assim como a crítica é feita por Grosfoguel (2008) ao grupo latino-americano de estudos culturais, é possível também avaliar criticamente a obra de Mbembe ou ainda de Edward Said, que em muito utilizam Foucault. Essa colonização epistêmica pode ser observada, hoje, com relação ao papel que a medicina tradicional ocupa em Angola. Apesar de representar a maior parcela de tratamento, além de ser considerada parte da cultura e história angolana, a mesma ainda não ocupa, de maneira integrativa, os espaços oficiais de saúde.

Já na análise de Houtondji (2008), no tocante à produção acerca dos estudos africanos observa-se a existência de duas perspectivas. O autor caracteriza o primeiro desses estudos africanos como “etnofilosofia”, isto é, trata-se de uma produção que possui um discurso histórico sobre a África. Já a segunda perspectiva é uma produção científica, autônoma e autoconfiante que fala a sua própria língua, ou seja, africanista. A crítica de Houtondji está pautada conforme:

Na África, fazem – ou deveriam fazer – parte de um projecto mais vasto: conhecer-se a si mesmo para transformar. Os estudos africanos em África não deveriam contentar-se em contribuir apenas para a acumulação do conhecimento sobre África, um tipo de conhecimento que é capitalizado no

Norte global e por ele gerido, tal como acontece com todos os outros sectores do conhecimento científico. (HOUTONDJI, 2008, pg. 158)

Meneses (2008) revela que a existência dessas duas perspectivas é o resultado da uma hierarquização de saberes, ou ainda, da hegemonia epistemológica eurocêntrica. Enquanto uma é resultado direto do sistema mundo modernidade/colonialidade, Norte/Sul, a outra é uma resposta insatisfeita a condição epistemológica hegemônica. Para a autora, o início do século XXI demanda uma etnografia mais complexa, que torne visíveis as alternativas epistêmicas emergentes. Em outras palavras:

Este desaparecimento ou subalternização de outros saberes e interpretações do mundo significa, de facto, que estes saberes e experiências não são considerados formas compreensíveis ou relevantes de ser e estar no mundo; sendo estas epistemologias “outras” declaradas não existentes, ou descritas como reminiscências do passado, condenadas a um esquecimento inevitável. Como Boaventura de Sousa Santos tem vindo a argumentar, no campo do conhecimento esta divisão radical entre saberes atribuiu à ciência moderna o monopólio universal de distinção entre o verdadeiro e o falso, gerando as profundas contradições que hoje persistem no centro dos debates epistemológicos. (MENESES, 2008, pg. 06)

À oposição deste monopólio da ciência moderna, dão-se as críticas pós-coloniais, que denunciam questões centrais sobre conhecimento/poder, como apresentam Camaroff & Camaroff (2013) com o conceito de Sul Global. Porém, para Grosfoguel (2008), é preciso, para além de fortalecer essas outras epistemologias — não-europeias; não-estadunidense; do sul; dos subalternos — descolonizá-las, transcender os cânones ocidentais. O que para Meneses (2008) significa descolonizar a dominação epistêmica de matriz colonial para além do processo das independências políticas.

Doravante esses autores, observa-se a necessidade de revisitar a história, conforme apresenta Meneses (2008, pg. 6) “ou seja, a necessidade de repensar todos os passados e perspectivas futuras à luz de outras perspectivas, que não as do Norte global.” Constituir um projeto autônomo e autoconfiante de Sul global que tenha como base as outras epistemologias, que não a dominante. A partir desse projeto de Sul global é preciso questionar a possibilidade de se construir diálogos entre as inúmeras

diversidades históricas de forma mais horizontal e equitativa.

Por fim, é importante lembrar que esse projeto de Sul global e das epistemologias do sul não possui uniformidade e unicidade, as construções históricas, epistemológicas da América Latina são diferentes da África, que, por sua vez, é diferente da Índia. Conforme esclarece Meneses (2008), ainda há uma infinidade de microcosmos dentro de cada macrocosmos – América Latina, África, Índia... – todos distintos entre si. Por outro lado, a autora afirma que apesar dos distintos microcosmos no espaço-temporal do sul, é a experiência colonial desse Sul que permite constituir-se o Sul global. Logo, é a presença dessas múltiplas formas de pensar que exige um esforço em possibilitar um diálogo entre culturas sem que haja um posicionamento hegemônico que dite o que falso e o que é verdadeiro, o que é ciência é o que é senso comum.

1.1 Cooperando com o Sul

Essas relações hegemônicas de produção de conhecimento podem ser observadas a partir dos projetos de ajudas, que na teoria visam melhorar as condições de vida de uma determinada população através da troca de experiências. Em Angola se verifica a atuação de diversos projetos de ajuda inclusive na área de saúde. O que deve ser questionado é: como ocorre a atuação desses projetos? Eles impõem soluções que partem de uma construção hegemônica ou atuam considerando as construções de conhecimento local como os saberes e práticas de cura angolanas?

Sabe-se que é em decorrência desse projeto global, hegemônico e ocidental do Norte que surgem grande parte dos projetos de ajuda, sendo eles entre Estados ou ainda entre Estados e Organismos Internacionais - OI⁶. Entre os OIs é possível citar a

⁶ Ainda no período da Segunda Guerra Mundial, os Estados imperialistas iniciam diálogos que visam constituir uma aliança no intuito de evitar um novo conflito de caráter mundial. Em 1º de janeiro de 1942 se constitui a aliança entre EUA, URSS e Reino Unido, que foi corroborada na Declaração das Nações Unidas. em outubro de 1943, na Conferência de Moscou, é feita a primeira menção à criação de uma organização internacional após o término da guerra. No mesmo ano, o projeto é reafirmado na Conferência de Teerã. No ano seguinte, 1944, em Dumbarton Oaks, se delinea as proposições para constituição da nova organização. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, em fevereiro de 1945, em Yalta, acontece a conferência que marca o início da Guerra Fria, e a definição dos últimos pontos para constituição do que viria a ser a Organização das Nações Unidas - ONU, criada no mesmo ano em São

Organização das Nações Unidas - ONU e suas inúmeras agências. A mesma apresenta em seu preâmbulo ideias⁷, propósitos e finalidade⁸ que podem ser entendidos como um projeto de discurso nobre, humanitário porém, que ainda, em muito, desconsidera as epistemologias do sul.

No tocante a saúde, a Organização Mundial de Saúde - OMS é a responsável por desenvolver não só relatórios internacionais sobre o tema, mas também trabalhar para promover a equidade na saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida dos povos. Entre uma das ferramentas, utilizadas pela OMS, para alcançar seus objetivos está a então chamada cooperação técnica internacional. Não sejamos ingênuos em acreditar que os projetos de cooperação técnica das OIs se apresentam de forma mais imparcial do que projetos entre países do Norte e países do Sul. Os organismos são compostos por países pertencentes tanto ao Norte quanto ao Sul e seus interesses estão diretamente relacionados aos interesses de seus Estados membros, fato este que não exclui a problemática da produção hegemônica do conhecimento do Norte.

As inúmeras formas de arranjos, e aos diversos relatórios internacionais, que constituem em análises da atual situação dos países e metas futuras para alcançar o desenvolvimento, resultarão em números/ quadros/ dados. É possível observar tais análises a partir de material crítico e contemporâneo de alguns autores (KABUNDA, 2011; SILVA, 2012 e CUNHA, 2009).

De uma perspectiva crítica, esse tipo de cooperação técnica internacional,

Francisco. Os OI, incluindo a ONU, têm como centro de referência nas suas ações um eixo comum: o desenvolvimento a partir da cooperação internacional.

⁷ Nós, os povos das Nações Unidas, resolvimos a preservar as gerações vindouras do flagelo da guerra, que, por duas vezes no espaço da nossa vida, trouxe sofrimentos indizíveis à humanidade, e a reafirmar a fé nos direitos fundamentais do homem, na dignidade e no valor do ser humano, na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, assim como das nações grandes e pequenas, e a estabelecer condições sob as quais a justiça e o respeito às obrigações decorrentes de tratados e de outras fontes de direito internacional possam ser mantidos, e a promover o progresso social e melhores condições de vida dentro de uma liberdade mais ampla. (CARTA DA ONU, 1945, preâmbulo).

⁸ E para tais fins praticar a tolerância e viver em paz uns com os outros, como bons vizinhos, unir nossas forças para manter a paz e a segurança internacionais, garantir, pela aceitação de princípios e a instituição de métodos, que a força armada não será usada a não ser no interesse comum, e empregar um mecanismo internacional para promover o progresso econômico e social de todos os povos. (CARTA DA ONU, 1945, preâmbulo).

Kabunda (2011) questiona os modelos do Norte global reproduzidos no Sul global quando da existência de projetos de caráter Norte-Sul, ou ainda, OI-Norte-Sul. O autor apresenta que o crescente modelo Sul-Sul é tido como uma alternativa ao modelo norte-sul. A busca pelo Sul-Sul é uma resposta às insatisfações, frente aos modelos de desenvolvimento produzidos pelo norte e reproduzidos pelo sul. Retornamos, assim, ao questionamento crescente sobre a eficácia do modelo de produção herdado da modernidade ocidental. Camaroff & Camaroff (2013) vão além ao indagar não só sobre modelo Norte-Sul, mas também sobre modelo Sul-Sul: os autores fazem críticas quanto à existência de fato de uma relação mais horizontal em que os projetos são constituídos de forma conjunta, e os ganhos são igualitários.

Estes questionamentos devem ser feitos também no tocante à produção de conhecimento médico em Angola e às ajudas internacionais. É importante observar que os modelos de cooperação em saúde trazem consigo, quase que de forma majoritária, a produção de conhecimento médico científico como base para seus projetos. Sabe-se que a medicina científica não é o único modelo presente em Angola, logo seriam esses modelos construídos no Norte global ou de base epistêmica ocidental a melhor alternativa para a saúde em Angola? Os mesmos desconsideram uma produção de saberes e tratamentos de cura local. Acredito que os apontamos de Kabunda (2011) quanto à necessidade de se construir um modelo africano é importante no que tange o modelo de saúde angolano, este modelo precisa considerar não só a medicina científica, mas também a medicina tradicional angolana.

Seria incauto acreditar que o modelo Sul-Sul é revolucionário ao ponto de não reproduzir antigas formas de relações coloniais de poder, ou ainda, relações de poder observadas no Norte-Sul, como verificado no início deste capítulo. A descolonização epistêmica é a mais difícil delas (MENESES, 2008; GROSGOUEL, 2008; HOUTONDI, 2008; SANTOS, 2008). Assim, o modelo Sul-Sul apresenta-se como alternativa ao projeto do Norte global, mas ainda possui entraves e problemas passíveis de indagações. Dessa forma, deve-se ter cuidado ao assumir discursos produzidos pelas ajudas internacionais, questionar se aquelas ações de fato resultam em ganhos ou se eles são apenas uma reprodução da produção de conhecimento hegemônico. No

campo da saúde a questão se torna ainda mais sensível, pois estamos tratando da relação entre vida e morte, doença e cura.

1.1.1 O caso africano:

Com relação ao modelo de cooperação Sul-Sul, Kabunda (2011) insiste que há muito o que se construir e, para tal, a África precisa desenvolver um projeto africano, unificado, de integração para o desenvolvimento. Para tanto, é necessário recuperar e fortalecer o panafricanismo. Neste ponto, retomo ao discurso de Houtondji (2008) quanto a necessidade de se construir uma epistemologia africana, autônoma e autoconfiante, que fale sua própria língua e que produza primeiramente para dentro (para África), para só assim levar essa produção para fora. Tanto Kabunda (2011) quanto Houtondji (2008) observam a necessidade de um projeto africano de produção de conhecimento que parta de África, e não do Norte global, da modernidade ocidental.

Da mesma forma que Kabunda (2011) faz críticas ao modelo de cooperação para África, Silva (2012), em seus estudos para o Timor Leste denota, a partir de sua pesquisa sobre a cooperação técnica da ONU para a reestruturação da República Democrática do Timor Leste – RDTL, as nuances entre a produção de um discurso proferido pela ONU, e o seu real modelo de cooperação técnica para desenvolvimento de capacidades, ou como denomina a autora construção de capacidades⁹. Em seu trabalho, a autora apresenta inúmeros mecanismos que ilustram um projeto de desenvolvimento baseado em um modelo ocidental de modernidade, a começar pelo seu questionamento sobre o que é desenvolvimento para ONU e como este está relacionado ao conceito de desenvolvimento da modernidade ocidental, que toma força após a Segunda Guerra Mundial e é resultante, em parte, das agências como o Fundo Monetário Internacional – FMI e o Banco Mundial – BM (GROSFOGUEL, 2008).

Um outro fator detectado por Silva (2012) é que a equipe responsável pelo projeto de reestruturação era em sua totalidade constituída por indivíduos estrangeiros

⁹ ...ações que permitem a disponibilização de recursos humanos competentes para implementação e reprodução legítima e sustentada de certas práticas institucionais. Nesse contexto, a formação da própria burocracia do Estado é, ela mesma, objeto de um processo de capacitação levada a cabo por agentes estrangeiros. (SILVA, 2012, pg. 156).

ou timorenses que retornavam de uma diáspora, vindos de países do Norte global, como Austrália e Portugal (SILVA, 2012). O fato desses consultores não pertencerem à história e cultura do Timor Leste é visto pela autora como uma questão problemática, por exemplo, a dificuldade linguística — muitos só falavam as línguas europeias, principalmente o inglês, em detrimento das línguas locais como o tétum¹⁰ e o português, falado por alguns. “No período de pesquisa ouvi de muitos ministros críticas à política linguística da ONU em Timor Leste, que adotava o inglês como seu único idioma de trabalho.” (SILVA, 2012, pg. 176).

As contradições entre um discurso de igualdade e horizontalidade não cessam por aí, conforme manifesta Silva:

Nas discussões a respeito do desenvolvimento de capacidades, os assessores eram orientados a tomar suas contrapartes como iguais. No código de conduta da missão, porém, eram instruídos a respeitar as características culturais da população com a qual trabalhavam, o que implica reconhecimento de certa diferença. No entanto, na performance do ritual, pouca ou nenhuma referência era feita a questões culturais, embora no kit figurassem textos a respeito desse tema. (SILVA, 2012, pg. 202)

Com base na análise de Silva (2012), verifico que, apesar do projeto ter sido desenvolvido com o intuito de dar suporte e condições aos timorenses de se erguerem como Estado-Nação, o que ocorria, de fato, era a manutenção da dualidade modernidade/colonialidade. Nos meandros do projeto, exemplifica-se as relações ainda vigentes de império/colônia e, também, a resposta ao projeto global, ocidental e hegemônico quando críticas são feitas, como por exemplo, a utilização da língua inglesa pelos consultores internacionais ou ainda o preconceito contra a presença de Portugal, ex-colônia, na United Nations Transitional Administration in East Timor – UNTAET.

Ainda considerando essas ações de ajudas internacionais, seria interessante trazer a ideia de como a cultura é manipulada nesses espaços. Seja através dos projetos de cooperação, bem como elaboração de relatórios internacionais ou ainda a assinatura de protocolos e declarações internacionais que visam a imposição de um

¹⁰ Língua nacional do Timor Leste, junto com o Português que é a língua oficial e também língua dos colonizadores da região, os portugueses.

projeto universal, no caso deste trabalho, para a saúde. É possível observar nesses documentos e nessas ações de ajuda internacional “a marca da influência e da imaginação das ideias metropolitanas dominantes”(CUNHA, 2009, pg.327). Isto é, mesmo após décadas do fim do colonialismo, pode-se observar os indícios da colonização nas atuais relações de poder entre os Estados e organismos. Neste sentido, a respeito do poder da cultura e suas marcas na história de África, Falola (2003) afirma que a mesma teve pouco sucesso na exportação de sua cultura para o mundo, em contrapartida, recebeu uma vasta carga da cultura ocidental o que ocasionou constantes modificações na sua cultura e tradições.

Apenas como referencial ilustrativo da hegemonia de poder da cultura ocidental no mundo, Cunha (2009) apresenta a problemática do conceito de saúde, divulgado pela a OMS, em 7 de abril de 1948, em um esforço de expor um amplo conjunto de noções como um conceito universal. O seu documento constitutivo apresenta o conceito de saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade.” Apesar dos esforços, a definição de saúde da OMS é amplamente criticada e, até hoje, questiona-se o que seria esse bem estar completo, físico, mental e social.

Se considerarmos ainda o determinante de “cultura”, entendido por Cunha (2009, pg. 355) como “distintas visões de mundo de diferentes povos” o conceito da OMS se torna frágil e inaceitável. A intenção aqui não é apenas apresentar o quão vinculadas essas ajudas internacionais estão ao conceito de saúde europeu, ao modelo ocidental, ao projeto de modernidade do Norte, ou ainda, ao projeto global do Norte. Mas, é também destacar a multiplicidade de conhecimento, de interpretações. Esses autores se fazem importantes para este trabalho ao denotarem a necessidade de se fortalecer esses outros olhares, a relevância dos sistemas de cura tradicional em Angola.

É observando todos esses elementos, desde a produção do conhecimento até a constituição de um sistema mundo dividido entre modernidade/colonialidade, Norte/Sul que trabalharei a seguir o locus dessa pesquisa, a outra África e a saúde.

1.2 As diversas medicinas

Por séculos, a saúde é considerada tema importante dentro das relações humanas, podendo interferir em questões tanto políticas, quanto sociais. Em um momento histórico permeado por processos de globalização e de alto grau de mobilidade, os conceitos de medicina, de saúde, de cura e de doença se revelam fortes influenciadores da política e do poder. Mas, afinal, haveria mais de uma forma de entender os conceitos de saúde? Cura? Medicina? Como estes foram construídos ao longo do tempo? Para entender o atual conceito de saúde é necessário fazer um levantamento histórico, entender como este conhecimento vem sendo construído e interpretado ao longo dos tempos.

Algumas civilizações antigas, como por exemplo o Egito, apresentaram vasto conhecimento sobre o corpo humano, seu funcionamento fisiológico e ainda detinham técnicas de embalsamento e mumificação. Registros históricos desse povo, como por exemplo o papiro de Erbes, que foi escrito aproximadamente no período de 1550 A.C., apresenta conhecimento que pode ser considerado complexo para a época em comparação com outros povos do mesmo período. Nascimento (2013) relata que este escrito expunha em detalhes a preparação e aplicação de medicamentos descritos em aproximadamente 800 receitas do manuscrito. Além disso, conforme esclarece Silva (2014 p. 12) “Continha menção a um total de 250 plantas medicinais, 120 substâncias minerais e 180 de origem animal, compreendendo, entre estas, um número significativo de produção, que se podem designar como terapia imunda, e que compreende excrementos sólidos e excreções líquidas”. O conteúdo era vasto e ainda apresentava informações sobre cuidados com queimaduras, cólicas, infecções na garganta, entre outras.

É importante explicitar que no Egito os tratamentos de curas estavam vinculados a ideia de misticismo, Brandt (2009, p. 13) apresenta que “de acordo com evidências de achados arqueológicos de 2.500 a 1.500 anos antes da era cristã, várias doenças eram relacionadas a causas extranaturais ou a seres espirituais”. Isto é, para os egípcios doença possuía relação direta com a ação de espíritos malignos, acreditavam ainda que o tratamento não tinha poder de cura, ele apenas amenizava as dores e os

sintomas, para se alcançar a cura era preciso retirar o espírito maligno do corpo físico da vítima.

Assim como a civilização egípcia, outras civilizações, como a pré-colombiana, encontrada na região da América, apresentavam conhecimentos sobre tratamentos de cura. Magia, religião e ciência eram o pilar das civilizações asteca, maia e inca. O médico tradicional, o mago e o chefe religioso, estavam presentes em um único indivíduo, os deuses eram os responsáveis pelo surgimento tanto das enfermidades como da cura. Assim como em muitas outras civilizações, os conhecimentos dos curandeiros eram passados de pai para filho, estes herdavam o cargo e o pertencimento a casta dos sacerdotes. Isto é,

...(acreditavam) na existência de um mundo espiritual em permanente interação com a vida terrestre: não haveria separação entre mundo dos vivos e dos mortos, sendo possível que houvesse comunicação entre essas duas esferas. O papel de intermediário entre esses dois universos seria do xamã, um homem sagrado, portador de qualidades excepcionais. Exercia o papel de conselheiro espiritual e de curandeiro (o processo de cura era entendido também no seu aspecto religioso, na medida em que todas as doenças teriam uma causa espiritual). Sua seleção era marcada por ritos iniciáticos especiais, no qual a autoflagelação, jejuns e rituais de morte e ressurreição simbólicas estariam presentes. Uma vez iniciado, a vida do xamã seria subordinada ao seu desenvolvimento espiritual e a servir a comunidade. Sua posição social era privilegiada. (MONTENEGRO, 2006, pg. 7)

Os antepassados dos incas, também conhecidos como chinchorros, que viveram onde hoje é a região do norte do Chile e sul do Peru possuíam em sua cultura múmias feitas aproximadamente a 5.000 anos A.C., isto é, consideradas mais antigas do que as egípcias. Já as tratamentos e práticas médicas dos astecas eram consideradas avançadas, apesar de carregarem forte teor religioso. Nessas sociedades, a medicina podia ser praticada tanto por homens como por mulheres, recebiam treinamentos especiais, que tinham raízes na religião e astrologia. Devido às práticas de sacrifícios, possuíam conhecimento da anatomia interna tinham familiarização com músculos, articulações, ossos, artérias, veias e as vísceras maiores. Entre os maias as doenças eram sempre relacionadas à religião e a conceitos éticos. No tocante à farmacologia, os Incas detinham conhecimento sobre o quinino no tratamento da malária com grande sucesso. Além disso, as folhas de coca eram usadas como analgésicos e para obter energia.

Outra importante civilização que detinha conhecimentos médicos e que é considerada o berço das primeiras civilizações é a civilização da Mesopotâmia. Possuíam códigos legais para a regulamentação do exercício da medicina, a exemplo do Código de Hamurabi. Baseavam-se na astrologia, acreditavam que o destino do homem era traçado, desde o seu nascimento, pelos astros. Preocupavam-se em estabelecer relações entre os movimentos dos astros, as mudanças de estações e as causas de doenças. Assim como as civilizações pré-colombianas, acreditavam que doença era acarretada por uma maldição divina, quando os deuses não aceitavam os comportamentos dos homens, ou seja, esses eram castigados através do envio de demônios que os tornavam doentes. Acreditavam também que as causas das doenças tinham decorrência de ações naturais, como o frio, a poeira ou o mau cheiro. As pessoas deveriam procurar um adivinho para descobrir a causa de sua doença. Se a origem da doença fosse sobrenatural, recorreriam a um sacerdote-exorcista, se fosse de causa natural, sacerdote-médico.

Ao tratar das diversas civilizações e momentos históricos sobre a medicina é importante falar das contribuições de Paracelso (1493-1541). Este acreditava na existência de uma ordem que era capaz de organizar o micro e o macrocosmo, ambos governados por um princípio vital, denominado de *archeus*. Acreditava na alquimia, defendia que a matéria possuía uma composição mineral e orgânica, entendia que havia semelhança entre os processos químicos e vitais. No que tange à determinação da doença:

Paracelso identificava influências cósmicas e telúricas além de substâncias tóxicas e venenosas, bem como da predisposição do próprio organismo e das motivações psíquicas. A doença também se explicava em virtude de reações inadequadas dos elementos constitutivos do mundo (excesso de um ou de mais de um deles). Uma, entre as múltiplas orientações de Paracelso para uma correta prática médica, proclamava: *a prática desta arte repousa no coração; se o teu coração é falso, o mesmo se dará com o médico que está dentro de ti. Onde não existe amor, não existe arte; portanto, o médico não deve estar imbuído de menos compaixão e amor do que os que Deus direciona aos homens.* (BARROS, 2002, pg. 71).

Paracelso ia de encontro com as ideias do passado, acreditava em um conjunto de ideias que formava um sistema complexo de conhecimento médico, reunião a alquimia, a astrologia, a tradição renascentista, a medicina popular, e sua própria visão

de mundo. Entre algumas de suas contribuições é possível citar: o tratamento conservador das feridas e úlceras crônicas, baseado na sua crença no poder curativo da própria natureza; a introdução do láudano (tintura de ópio); a utilização de compostos de mercúrio no tratamento da sífilis; o reconhecimento do bócio e do cretinismo como decorrência de deficiências minerais; a identificação de problemas, hoje diagnosticados como silicose e tuberculose, que representariam riscos ocupacionais para os que trabalhavam em mina (BARROS, 2002). A influência de Paracelso para a história e desenvolvimento da medicina teve maior reconhecimento somente após sua morte.

Com relação aos períodos históricos, a partir de um olhar ocidental. Na antiguidade, os homens viviam em grupos e comunidades, garantiam a alimentação através da caça, pesca e coleta de alimentos. Acreditavam no poder dos elementos da natureza, o sol, a lua, o vento, a chuva e os trovões, esses eram considerados espíritos que tinham poder sobre o ser humano concebendo a doença ou a cura, eram crenças místico-religiosas.

O caráter instintivo era importante para garantir a saúde e a cura, os cuidados com a saúde tinham como objetivo a sobrevivência e era desenvolvimento na estrutura social da comunidade/tribo. Com o passar do tempo, esses grupos cresceram e a ideia de saúde foi modificando. Surgem grandes civilizações, a Mesopotâmia e o Egito, ou seja, os assírios, os egípcios, os caldeus, os hebreus, entre outros, estes povos acreditavam que a doença era causada por externalidades e não pelo corpo humano.

Os egípcios consideravam a saúde como o estado natural do ser humano e mantinham relação com as alterações ocorridas com o Rio Nilo, razão de sua subsistência. Praticavam hábitos de higiene, fazendo uso de banhos e acreditavam que alimentos bem ou mal combinados podiam manter a saúde ou causar doenças (LOURENÇO e OUTROS, 2012, pg. 21)

Na Grécia Antiga também é possível observar o conceito de saúde relacionado aos elementos da terra, trabalhavam “com conceitos de isonomia e disnomia para indicar harmonia ou desarmonia em relação aos quatro elementos que entravam na composição do corpo humano: terra, ar, água e fogo” (ARAÚJO, 2006, pg.59). Os gregos cultivavam a crença em divindades (mitologia) que estavam relacionadas aos

elementos da terra conforme apresenta Sciliar (2007):

...além da divindade da medicina, Asclepius, ou Aesculapius (que é mencionado como figura histórica na *Ilíada*), duas outras deusas, Higiéia, a Saúde, e Panacea, a Cura. Ora, Higiéia era uma das manifestações de Athena, a deusa da razão, e o seu culto, como sugere o nome, representa uma valorização das práticas higiênicas; e se Panacea representa a ideia de que tudo pode ser curado - uma crença basicamente mágica ou religiosa -, deve-se notar que a cura, para os gregos, era obtida pelo uso de plantas e de métodos naturais, e não apenas por procedimentos ritualísticos. (SCILIAR, 2007, pg. 32)

Essa percepção da saúde sofre grandes mudanças com a entrada de um novo personagem na história, considerado o pai da Medicina, Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), sua existência é questionada, porém é citado em textos de Platão, Sócrates e Aristóteles:

Os vários escritos que lhe são atribuídos, e que formam o *Corpus Hipocraticus*, provavelmente foram o trabalho de várias pessoas, talvez em um longo período de tempo. O importante é que tais escritos traduzem uma visão racional da medicina, bem diferente da concepção mágico-religiosa antes descrita. O texto intitulado “A doença sagrada” começa com a seguinte afirmação: “A doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença; tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana” (SCILIAR, 2007, pg. 32)

Hipócrates vai entender o homem como uma unidade organizada e apresenta a doença como a desorganização desse estado. Apresenta ainda como fatores ambientais podem estar relacionados a doença, constrói um conceito ecológico de saúde/enfermidade. É desta ideia que vai surgir a percepção de que locais insalubres carregam enfermidades. É interessante observar como a percepção de Hipócrates inicia uma transição na construção do conhecimento sobre a saúde, tendo a partilhar a observação de Sciliar (2007) de que a construção de saúde de Hipócrates apresenta um caráter mais racional, distanciando-se da ideia das divindades e do sobrenatural como determinante da enfermidade.

Com relação à medicina do período do século V ao XV depois de Cristo (476 a 1453 D.C.), também conhecido como a Idade Média, marcado na Europa por uma forte influência da igreja católica romana, centrado em produção em partes de terras, nos feudos pelo feudalismo e pelas viagens de peregrinações dos cristãos, chamadas cruzadas, consideradas, então como primeiro veículo de disseminação de doenças e

ideias devido ao enorme ao reinício do trânsito de pessoas.

Pinto (1995) acredita que este período pode ser considerado como um retrocesso¹¹ na construção do conhecimento sobre saúde e medicina, o autor relata que com o poder dominante da igreja católica estudos de anatomia e dissecação foram proibidos, além disso, o autor expõe que apenas parte dos tratados hipocráticos, da antiguidade, eram então conhecidos. A religião cristã apresenta a doença como causa direta do pecado e a cura como uma questão de fé. A força e a abrangência da igreja católica era tamanha que até as instituições de saúde eram administradas pelas ordens religiosas, como dispõe Pinto (1995), o tratamento era feito principalmente pelos monges, classe letrada da época.

De acordo com Pinto (1995) é com a retomada da Sicília e partes da Espanha mulçumana que se observa o início de grandes transformações, o ocidente medieval entra em contato com a ciência árabe que se baseava tanto em textos gregos traduzidos, quanto na própria experiência. Universidades foram criadas, mestres e alunos iniciaram suas buscas para entender as causas das doenças e as formas para alcançar a cura. Hospitais cresceram e se desenvolveram, porém ainda eram vistos como um local para amenizar as dores do paciente e não para cura. É nesta época que também surgem os primeiros estudos de alquimia e química, estes vão gradativamente apresentar influência sobre a medicina.

Já na modernidade, momento histórico marcado pelo Renascimento europeu e por movimentos ditos contrários ao pensamento vigente da Idade Média, caracterizado pelo retorno à estética da antiguidade e outras inovadoras formas pela eclosão de manifestações artísticas, éticas filosóficas e científicas do mundo oriental, principalmente árabe, que permitirão a emergência de um novo mundo urbano e burguês. É nesta época que ocorrem as primeiras trocas entre países como EUA e Brasil com a Europa. Neste momento, são “trocadas” doenças, mas também experiências relacionadas à promoção e à prevenção da saúde. Surgem novas áreas do conhecimento, anatomia, fisiologia e de individualização da descrição das doenças,

¹¹ Importa inferir que isto é uma construção histórica que acontece na Europa católica.

fundadas na observação clínica e epidemiológica. Estes novos estudos, em conjunto com experiência acumulada por várias civilizações, foram sistematizadas pelos médicos europeus e resultaram apresenta em uma nova percepção sobre a origem das epidemias e doença. A ciência continuou avançando e no final do século XIX:

...registrou-se aquilo que depois seria conhecido como a revolução pasteuriana. No laboratório de Louis Pasteur e em outros laboratórios, o microscópio, descoberto no século XVII, mas até então não muito valorizado, estava revelando a existência de microrganismos causadores de doença e possibilitando a introdução de soros e vacinas. Era uma revolução porque, pela primeira vez, fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados; doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas. (SCILIAR, 2007, pg. 34)

Tendo a perceber que cada vez mais a construção do saber em saúde se torna mais racional, e se afasta da ideia de que doença é parte do sobrenatural, da natureza enquanto poder divino. Descobertas como o microscópio, foram de extrema importância para os processos de colonização, muitas vezes, esses empreendimentos, eram arruinados pela impossibilidade de controle das doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas. Os avanços foram ainda mais longe com a introdução da estatística na medicina, estudos que analisando quantitativamente as doenças foram fundamentais para estudos de mapeamento de causa e cura. Neste ponto, o homem observava ser possível ter um maior controle sobre o corpo e sobre a vida.

No que tange à pós-modernidade e a produção de conhecimento médico, a partir de uma perspectiva ocidental, período marcado pela século XIX, pelos avanços tecnológicos, pela modernização, pela ampliação do acesso a informação, o homem toma consciência das influências dos determinantes sociais na saúde.

Na concepção proposta por Foucault em 1982, com a evolução do Estado, a saúde passa a ter “valor” dentro da sociedade, vista também como forma comercial e como fonte de poder e riqueza para o fortalecimento dos países. Consequência dessa perspectiva, a medicina do século XIX se modifica, introduzindo o controle dos corpos por meio da normatização dos espaços, dos processos e dos indivíduos, necessários para a sustentação do capitalismo emergente, sendo consolidada com estas características até os dias de hoje. (LOURENÇO E OUTROS, 2012, p. 25)

Nesse contexto europeu e norte americano de fortalecimento do Estado,

padronizou-se, antes de tudo nesse hemisfério norte, a ideia de “valor “ da saúde. De maneira bem mais fragmentária será levada para os estados do sul, em especial as chamadas colônias dos ditos países que implementaram tal forma de capitalismo.

É também nesse contexto de avanços tecnológicos que são observados, a partir da expansão da medicina científica ou biomedicina, o problema da medicalização social. Entendida por Tesser (2006, pg. 348) como um “processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos.” Este processo que tem por objetivo construir a ideia de “Bem Estar Social” é apresentada por Illich (1975), como um fenômeno da contra produtividade:

...um fenômeno moderno das sociedades industriais, em que a utilização de ferramentas sociais e tecnológicas tem como resultado efeitos antagônicos ao seu objetivo. No caso, instituições de saúde que produzem doenças, medicina que produz iatrogenias. Tal fenômeno pode se dar por monopólio das funções ou por excesso de uso da ferramenta, ou ambos, como é o caso da biomedicina. (TESSER, 2006, pg.348)

Esse processo de medicalização social pode ser observado como um “sucesso” do modelo de medicina científica que tem como empreitada monopolizar e legitimar sua epistemologia como oficial. Nesse processo de medicalização social, a medicina científica é socializada em grandes contingentes populacionais, que como expõe Tesser (2006, pg.348), “são pouco modernizados o que implica um epistemicídio de saberes e práticas não-científicos, populares ou tradicionais.” Saberes estes que possuem grande importância como lastro cultural e técnico de conhecimento autônomo sobre saúde e para tratamento de doenças de muitas sociedades como é o caso da África e mais especificamente Angola.

Ademais, é neste período histórico que é divulgado o primeiro conceito universal de saúde, em 7 de abril 1948, desde então considerado Dia Mundial da Saúde, pela Organização Mundial de Saúde – OMS. A construção do conceito implicava no direito universal a saúde e na obrigação de promoção e proteção da mesma pelo Estado. Marco Segre e Flávio Carvalho Ferraz (1997), apresentam que:

Não se deseja, enfocar o subjetivismo que tanto a expressão “perfeição”, como “bem-estar” trazem em seu bojo. Mas, ainda que se recorra a conceitos “externos” de avaliação (é assim que se trabalha em Saúde Coletiva), a “perfeição” não é definível. Se se trabalhar com um referencial “objetivista”, isto é, com uma avaliação do grau de perfeição, bem-estar ou felicidade de um sujeito externa a ele próprio, estar-se-á automaticamente elevando os termos perfeição, bem-estar ou felicidade a categorias que existem por si mesmas e não estão sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, a partir da linguagem e da experiência íntima do sujeito. Só poder-se-ia, assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse. (SEGRE; FERRAZ, 1997, pg.539)

A crítica é exposta a partir de dois âmbitos, pode a saúde ser algo idealisticamente completo e, ainda, não seria necessário a legitimação do conceito por parte de cada sujeito/individuo a partir de suas crenças e valores pessoais. Não obstante ao conceito apresentado pela OMS, em 1977, Christopher Boorse define saúde por: saúde é ausência de doença. A conceituação de Boorse também recebe críticas por tratar o conceito de saúde e doença como algo objetivo e simplista. No intuito de construir e fortalecer o conceito de saúde conferência foram feitas e estudos foram publicados:

Em 1974, foi formulado o Relatório Lalonde, proveniente das observações realizadas pelo ministro canadense Marc Lalonde, que trouxe contribuições relevantes para a construção do moderno conceito de promoção da saúde, diferenciadas do de prevenção de doenças. De acordo com o conceito proposto, o campo da saúde abrange a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde. (LOURENÇO E OUTROS, 2012, pg. 26)

Em 1978, promovida pela OMS, realizada em Alma Alta, a Conferência Internacional de Assistência Primária a Saúde, apresenta novamente a importância da saúde e seu conceito, a responsabilidade dos Estados em promover saúde como direito humano fundamental e, ainda, diante de tantas desigualdades sociais entre os diversos países saúde é colocada como meta social mundial. No entanto, é na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em Brasília no ano de 1986, que nasce o conceito mais ampliado de saúde:

...resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, liberdade, acesso, e posse de terra e acesso aos serviços de saúde, resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (LOURENÇO E OUTROS, 2012, p. 27)

Além desses dois marcos, no intuito de discutir o conceitos de saúde e sua promoção e prevenção, foram feitas várias conferências¹² internacionais e regionais que resultaram, sistematizaram, retornaram, avançaram.

Deduzo a partir do que foi apresentado que o conceito de saúde e doença não é algo estático. Ao longo dos séculos, décadas e anos o mesmo se molda aos momentos históricos, sociais, políticos e econômicos, atualmente, observa-se a importância de entender este conceito a partir das suas inúmeras faces. Saúde, medicina, cura e doença, há muito deixaram de ser um conceito simplesmente objetivista, estes são influenciados pela história, pela região, pela cultura de cada povo e cada indivíduo. São construções de saberes influenciados, não só por um momento histórico, mas também por relações de poder, e transposição de culturas.

A perspectiva ocidental euro-americano, conforme denomina Camaroff & Camaroff (2013), de saúde, construída ao longo do tempo, foi fundamental para os avanços e os moldes alcançados atualmente na noção de saúde/doença/bem estar. O entender do corpo, o entender sobre saneamento básico e higiene pessoal, descobertas de novos tratamentos, cirurgias. Porém, o questionamento que fica é como reinterpretar esse conhecimento diante de um mundo globalizado e dinâmico, onde outras formas de conhecimento, que por muito tempo foram suprimidos, demandam cada vez mais espaço? É neste sentido que tentarei apresentar uma outra construção de saber, um saber que parte da subalternização do conhecimento e que cada vez mais tem tomado espaço tanto no Norte global como no Sul global.

Logo, entender a construção histórica do conceito de saúde a partir de diversos olhares, não só do olhar ocidental, faz-se importante para edificação deste trabalho. Observar que ao longo do tempo o determinante cultura e história estiveram presentes no entender do que é saúde, fortalece a ideia de que desconsiderar esses fatores no sistema de saúde angolano é ir na contramão de um projeto angolano de saúde. Além

¹² Declaração de Ottawa em 1986; Declaração de Adelaide em 1988; Declaração de Sundsvall em 1991; Declaração de Jacarta em 1997; Declaração do México em 2000; Declaração de Bangkok em 2005 e Declaração de Nairobi em 2009.

disso, o discorrer sobre a história destaca o local que a medicina tradicional angolana ocupa não só em Angola, mas no mundo.

1.3 Construção do Conhecimento: o avesso do avesso

1.3.1 a outra África: rumo ao global

Diferente de autores como Mbembe (2001) que acredita na ideia de uma única África, Latouche (2007) dispõe a concepção de existência de duas Áfricas, a oficial e a outra África (LATOUCHE, 2007). A África oficial é vista a partir de uma perspectiva pessimista e descrente de um projeto de desenvolvimento que foi à falência. A outra África, a que me interessa nesta pesquisa, é descrita pelo autor por possuir uma lógica outra, por já apresentar um modelo de sobrevivência distinto. Ela se reconstrói em oposição à lógica dominante do Norte e Sul, dos processos de globalização e do mercado econômico. É a África das savanas e das favelas. Essa outra África é capaz, a partir da sua multiplicidade de formas, de construir um modelo pautado numa “produção de subsistência”, que se sustenta graças à sua densa malha comunitária. Uma África criativa, composta por atores e práticas locais.

A colonização europeia marca um processo de mudança histórica nas tradições e culturas africanas, como muitos já afirmaram (HOUTONDJI, 2008; FALOLA, 2003; MBEMBE, 2001;2014). Abdullahi (2011), assim como Houtondji (2008), esclarece que o processo de modernização na África está fortemente relacionado às intervenções externas, principalmente nas áreas de saúde e política ou sistemas políticos fundados nas ideias de democracia ocidental. Questiono o posicionamento do autor quando avalio o conceito de desenvolvimento: até que ponto essas intervenções podem ser consideradas como processos de modernização e desenvolvimento? Seria o desenvolvimento de África e do Sul global o mesmo desenvolvimento economicista do Norte global?

É preciso compreender que a colonização teve papel importante como um processo de modernização, ou melhor, de avanços científicos. Como apresentei acima, é durante este período que o homem faz novas descobertas de tratamentos, alcança, inclusive, o controle de epidemias. Descobertas, neste período, foram feitas na área de

doenças tropicais, novos tratamentos foram desenvolvidos como, por exemplo, a invenção do quinino, que é uma das grandes causadoras de morte no continente africano. Apesar de muitas descobertas terem sido feitas décadas atrás, ou até mesmo no período das civilizações antigas como as apresentadas — Egito, Mesopotâmia, Incas, Maias — muito foi perdido como é o caso do combate a malária, que considero tardio no tocante à integração dos saberes.

No ano de 2015, a chinesa Tu Youyou recebeu o Nobel de medicina por ter descoberto o tratamento contra a malária utilizando a medicina tradicional chinesa. Este Nobel é o resultado dos benefícios que podem ser alcançados quando os diferentes conhecimentos são considerados. Youyou se baseou em manuscritos com mais de 1.300 anos sobre a medicina tradicional chinesa, onde observou que era dado destaque a utilização do absinto chinês (*artemisia annua*) pelos moradores da região da ilha de Hainan, no sul do país, como um bom remédio contra a febre, entendido por Youyou como um possível sintoma da malária. Youyou isolou o princípio ativo dessa planta, a artemisinina e começou a utilizá-lo contra como tratamento para malária. Quanto tempo, em termos de combate a malária, poderíamos ter ganhado se a busca pelo tratamento ocorresse não apenas a partir dos conhecimentos produzidos no ocidente? Sabe-se que o quinino só foi descoberto como tratamento da malária na Europa no início do século XX, em contrapartida, na China, o tratamento para malária já havia sido descoberto há mais de 1.000 anos atrás.

Logo, muito se discute sobre o modelo biomédico e sua eficácia, sobre este modelo como uma forma de produção de conhecimento hegemônico. Se por um lado há a questão mecanicista e problemáticas como a medicalização social, por outro, há o projeto sanitário que em muito melhorou as condições de vida, além da constante descoberta de novos compostos químicos de tratamento.

No sentido da construção de um saber próprio, Houtondji (2008), ao analisar a forma como o conhecimento é produzido na África, receia que ainda há muito o que caminhar para desenvolver a chamada “interpretação africana”. O autor afirma que é necessário construir um modo de fazer investigação que promova uma atividade

científica autônoma e autoconfiante.

As mais das vezes, tendemos a investigar temas que são do interesse, antes de mais, de um público ocidental. A maioria dos nossos artigos é publicada em revistas científicas sediadas fora de África, destinando-se, portanto, a leitores não-africanos. Mesmo quando publicamos na África, a verdade é que as próprias revistas acadêmicas africanas são mais lidas fora do que dentro de África. Neste sentido, a nossa atividade científica é extravertida, ou seja, orientada para o exterior, destinada a ir ao encontro das necessidades teóricas dos nossos parceiros ocidentais e a responder às perguntas por eles colocadas (HOUTONDI, 2008, pg. 157).

Considerando o que foi colocado, o que fazer para modificar este quadro? Quais os caminhos que devem ser traçados para construir uma produção de conhecimento, seja ele médico ou não, que traduza os reais interesses de África? Como se afastar das necessidades de responder as perguntas colocadas pelos parceiros ocidentais no lugar de responder suas próprias perguntas? Pensar sobre essas questões é o primeiro passo para repensar a produção em África.

1.3.2 Etnomedicina, medicina tradicional ou cultura popular?

Escolher um termo adequado para denominar essa outra medicina, a medicina não científica, é um trabalho árduo, assim como desconstruir o misticismo criado em torno dela. Farei um esforço em expor discussões sobre qual o termo que melhor lhe define, bem como apresentarei sua relação entre o fator simbólico e cultural. Deixo claro, antes de apontar diferentes olhares sobre os termos utilizados para tratar dessa outra medicina, que optarei pelo termo medicina tradicional.

Em julho de 2013, em entrevista realizada pela Agência Angola Press, o presidente do Fórum Provincial de Medicina Tradicional de Malanje, Hibrahim Lupi, ao falar sobre a importância da medicina tradicional no tratamento eficaz de pacientes acometidos por várias patologias na região, utiliza o termo terapia tradicional conforme: “A terapia tradicional tem duas vertentes, uma religiosa e outra científica, por isso é possível curar todo o tipo de doença, incluindo as enfermidades do fórum mental e outras patologias ainda sem solução de tratamento na medicina moderna” (HIBRAHIM

LUPI, 2003)¹³. Diferente do terapeuta tradicional angolano, encontrei alguns relatos sobre a crescente utilização da chamada medicina alternativa, termo utilizado por Serrano (1953). O autor apresenta depoimentos sobre pacientes que, no Brasil, buscam curandeiros, milagreiros, entre diversos outros termos utilizados para identificar pessoas que usufruem de uma medicina diferente da biomédica, para tratar das doenças. Além do termo “medicina alternativa”, o autor apresenta os termos “práticas alternativas” e “cultura popular”.

É possível perceber que não há um consenso referente ao termo que deve ser utilizado para identificar esta outra medicina. Diversos autores africanos como Mvone-Ndong (2014), Rosa Melo (2008), Meneses (2008) optam pela utilização do termo medicina tradicional. Já o autor brasileiro Pedro (2011) se apropria dos conceitos utilizados por Rivers, conforme:

...a *medicina mágica* seria um sistema de crenças que atribuem as causas as doenças à manipulação mágica por parte de seres humanos (feiticeiros, bruxos, etc.), e as técnicas de tratamento, que se caracterizam como manipulações mágicas humanas (feitiçaria e contra-feitiçaria); a *medicina religiosa* teria como causa das doenças as forças sobrenaturais e o tratamento seria feito através de apelos ou propiciações às entidades sobrenaturais para que intervissem; e quanto a medicina naturalista, esta se caracteriza pelo raciocínio empírico que explica e trata doença como fenômeno natural, ou seja, baseada na observação empírica das forças naturais. Consequentemente, as suas técnicas de cura envolvem o tratamento de causa específica natural, com uma técnica igualmente natural (plantas, cirurgia, etc.). (PEDRO, 2011, pg. 124)

Se por um lado sinto um incômodo com a utilização do termo tradicional, que me remete não só a ideia dicotômica entre tradicional e moderno, mas também por entender que tradicional pode ser a algo que foi passado pela tradição oral de geração em geração, ou ainda, algo que se tornou costumeiro, que faz parte dos hábitos, o que não torna a medicina tradicional tão diferente da biomedicina, já que esta, como observamos, foi construída também ao longo da história europeia e modernidade ocidental e passada pelas instituições surgidas nos grandes espaços urbanos europeus, por meio da tradição de material escrito. Da mesma forma, o termo alternativo não faz jus a essa outra medicina: apresenta uma ideia de segundo plano,

¹³ Disponível em: http://www.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2013/6/30/Destacada-importancia-medicina-tradicional,8d529d56-16b7-46b4-af6b-af86e0621b14.html > Acesso em: 20 de janeiro de 2016.

mas ao mesmo tempo demonstra a possibilidade de ter uma segunda opção.

Ainda sobre a terminologia mais adequada, Geest (1997) afirma que o termo tradicional é enganoso, embaraçoso e ingênuo. Enganoso porque sugere que a medicina tradicional pode ser posta sob um único nome e ser apresentada como uma prática homogênea. No decorrer do texto, apresentarei a heterogeneidade de médicos “tradicionais” que utilizam-se de diversas formas de tratamento. Embaraçoso, porque o termo se apresenta etnocêntrico, une tudo que não é “nosso”, branco e eurocêntrico, e coloca sob um único nome, neste caso, medicina tradicional. Por fim, ingênuo, porque sugere que a biomedicina não é tradicional.

Se avaliarmos o conceito de tradicional, não poderia a biomedicina também ser considerada tradicional? Afinal, ela vem sendo transmitida de geração para geração, assim como é costumeira e habitual. Até o momento das minhas leituras, constato que a biomedicina é tão tradicional quanto a medicina que denominamos de tradicional, alternativa, mágica.

No tocante a aplicação do termo etnomedicina (NUNES, 1997), sua utilização ocorre para torna-lo o menos preconceituoso, distanciando-o da ideia de algo primitivo e atrasado e ao mesmo fortalecendo a relação do simbólico cultural e da medicina, saúde e doença. O radical “etno” vai exprimir a noção de povo, nação, gente, unindo-o à palavra medicina, constrói-se a ideia de um saber que relaciona a cultura e a forma com que os povos compreendem a doença.

...os problemas médicos são abordados do ponto de vista dos grupos e dos indivíduos estudados. A doença tenta a ser vista como uma categoria cultural ou como um conjunto de acontecimentos culturalmente relacionados. (NUNES, 1997, pg. 12).

Por outra lado, o termo etnomedicina carrega uma dosagem grande de problemas conceituais, o seu radical “etno” tem forte relação com a palavra mais conhecida desse radical, etnia, que vai trazer questões relacionadas a antropologia e ao colonialismo. Neste sentido, apesar das resistências que possuo quanto à utilização do termo tradicional, será esta a minha escolha, para este trabalho, conforme afirmei, principalmente por se tratar de um termo mais difundido.

Por fim, o intuito é entender a doença, a cura e a própria saúde como um processo subjetivo, construído através de contextos socioculturais e vividos por atores (PEDRO, 2011). A cultura aqui, é entendida pela autora Pedro (2011) como a relação do indivíduo com o corpo e as vivências corporais no espaço social, estas experiências devem ser percebidas através de uma interpretação cultural. Afinal, a visão do mundo, os valores, as práticas sociais, são partes integrantes da saúde se entendemos essa como algo mais amplo do que apenas processos biológicos individuais. Pedro (2011) afirma que os aspectos culturais possuem estreita relação com as representações de saúde e com a manutenção do bem estar coletivo e individual.

1.3.3 Saúde, doença e cultura

Conforme afirmei anteriormente, Falola (2013) defende a cultura como uma agência de poder. Se o pouco avanço tecnológico em conjunto com economias devastadas apresentam um quadro negativo sobre a África, o autor destaca uma perspectiva contrária ao tratar sobre a cultura. Neste campo, os africanos apresentaram uma dinâmica ativa e criativa capaz de encontrar soluções alternativas para inúmeras problemáticas.

Mais importante, cultura tem sido a principal fonte para a construção de identidade e no reinventar da nação e das etnias face à imposição colonial e as subsequentes alterações que se seguiram. Da mesma forma, a cultura abre a janela para entender a classe social e o comportamento da elite, para socializar seus membros, e reproduzir práticas e valores estabelecidos. (FALOLA, 2003, pg. 3, tradução nossa)¹⁴

Nessa mesma linha, no intuito de comprovar o fator cultural como decisivo para a construção conceitual de saúde, doença e medicina, Nunes (1997), médica portuguesa, em seu trabalho “O Saber Médico do Povo” ressalta a menor eficácia da medicina ocidental/biomedicina em determinados contextos, onde há um distanciamento cultural entre o médico e o paciente. Afirma que conhecer a conjuntura cultural em que o médico atua é fator determinante para alcançar melhores resultados em tratamentos. Cada grupo cultural possui seu próprio saber sobre o corpo, a saúde e a doença, logo,

¹⁴ More importantly culture has been the main source to construct identity and reinvent the nation and ethnicities in the face of colonial imposition and the subsequent changes that followed. Similarly, culture opens the window to understand social class and elite behavior, to socialize its members, and to reproduce established practices and values. ((FALOLA, 2003, pg. 3)

o conceito da biomedicina é insuficiente e deve ser pensado de forma mais ampla no intuito de incluir fatores sociais e culturais. Desta forma, os pacientes deixam de ser uma entidade abstrata e sem contexto.

Ainda na análise sobre a terminologia, Langdon (2001), assim como Nunes (1997), ressalta a importância dos fatores culturais e vai além ao entender a doença como parte de um campo simbólico, que é expresso através do discurso, isto é, a tradição oral. Em seu trabalho de campo que analisa a construção cultural de saúde e doença entre os índios Siona da Colômbia, apresenta a doença como:

...parte dos processos simbólicos e não é uma entidade percebida e vivenciada universalmente. A doença é um processo experiencial; suas manifestações dependem dos fatores culturais, sociais e psicológicos que operam em conjunto com os processos psico-biológicos (LANGDON, pg. 241, 2001).

Observou-se que devido à existência de uma dicotomia entre a simbologia ligada ao poder xamânico¹⁵ e a simbologia utilizada para curar sintomas, os Siona incorporam mais facilmente os tratamentos oferecidos pela biomedicina, porém esses são utilizados exclusivamente para o tratar os sintomas da doença, como um processo unicamente biológico (LANGDON, 2001). Enquanto o poder xamânico é utilizado para tratar o mal responsável pelos sintomas, estes estão sempre vinculados a uma narrativa, a uma história pertencente a tradição oral. O caso do povo Siona me remete à possibilidade de um trabalho conjunto entre os inúmeros saberes, neste espaço, como observado por Langdon (2001), não há uma relação binária, e sim um trabalho de base cooperativa para se alcançar melhores resultados.

Como no caso da Colômbia, Camaroff (1978), ao tratar de um caso da África austral, sugere que as “relações humanas, ao invés de forças impessoais, são susceptíveis de servir como modelos de ordem em sociedades simples”. A doença é observada como uma grande confusão social, de quebra de códigos de conduta interpessoal. A confusão apresentada pelo autor está expressa na crença, na cultura, acredita-se que a doença é resultado do trabalho de outros seres humanos que alimentam inveja ou desagrado, ou ainda, dos ancestrais ofendidos em um estado de

¹⁵ Sistema médico utilizado pelos índios Siona da Colômbia.

indignação moral. Assim como Langdon, o autor apresenta que, muitas vezes, durante o tratamento a doença é observada a partir de uma clara separação, os sintomas e o subjacente, o oculto. Camaroff (1978) ilustra seu posicionamento apresentando o caso da febre do piolho e tifo na África austral, entre o povo Azande. O povo Azande está consciente da conexão entre a febre do piolho e tifo, e, muitas vezes, recorrerem ao tratamento da medicina ocidental. No entanto, eles também procuram frequentemente a terapia tradicional ou local. Observa-se que o tratamento da medicina ocidental ou biomedicina alivia os sintomas, mas isso não resolve o problema fundamental, isto é, “quem enviou o piolho?”.

A socióloga brasileira, Minayo (1991) também insiste nos fatores antropológicos e socioculturais para entender e definir doença, saúde, e medicina. Observa a doença tanto como um fato clínico, como um fenômeno sociológico. Acredita tanto na existência de um acontecimento biológico e individual, quanto um problema que permeia o corpo social.

A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social. Portanto, tratar o fenômeno saúde-doença unicamente como instrumentos anátomo-fisiológicos da medicina ou apenas com as medidas quantitativas da epidemiologia clássica constitui uma miopia frente ao social e uma falha no recorte da realidade a ser estudada. (MINAYO, 1991, pg.233)

Ilustrando o pensamento de Minayo(1991), a antropóloga Rosa Melo (2008) referente a um trabalho de campo no bairro do Forte, localizado na província do Namibe, Angola, é possível observar como o fator cultural em conjunto com o espaço social determinam a ideia de saúde, doença, cura e medicina. A autora inicia seu relato com uma conversa que escutou entre um grupo de mulheres que se divertiam bebendo um omakao¹⁶ e um grupo de pessoas que recém chegaram à roda e estavam visivelmente surpreendidas com um caso de “feitiço”. Tratava-se do caso do vizinho Bernardo, conhecido na comunidade por suas atividades de venda de produtos na praça. Bernardo, de acordo com os relatos, deveria estar moribundo, falava coisas sem

¹⁶ *Omakao* (ou *ohela*) é um termo em *oluhanda* (língua dos *Handa*) que designa uma cerveja tradicional bastante apreciada localmente. De cor avermelhada, ela é feita de massambala (*Andropogonsorghun*, Estermann 1957: 175). Muito saborosa esta *bebida* é hoje, sobretudo nos meios urbanos, muito procurada, apreciada e consumida por jovens. (MELO, 2008, pg.60)

sentido, delirava e gritava, seu ventre havia dilatado em poucas horas e parecia um balão. A situação de Bernardo atraiu inúmeros curiosos ao local além dos parentes, que juntaram-se ao lado do moribundo, consternados sem saber o que fazer. No bairro havia um posto de saúde bem conhecido, o do “senhô Tomé”¹⁷ e na cidade havia um hospital o N’gola Kimbanda.

Do ponto de vista do ocimbanda¹⁸, nem o posto nem o hospital pareciam ser uma solução para o caso de Bernardo após relato da causa de sua enfermidade.

Era algo ligado ao “feitiço”, dizia-se. O homem sofria, e ninguém o podia acudir. Dizia-se que ele mesmo tinha procurado a morte. No seu relato, o homem dizia – *pai, você tem sorte. Pai, você tem sorte, senão você ia morrer. Você fez bem não comer aquela carne. É tua sorte, pai. É tua sorte. – Mas, afinal a tal carne tinha quê?* – perguntavam as pessoas curiosas, bem como os membros da família. (MELO, 2008, pg. 01)

Por fim, o pai de Bernardo resolve relatar o que tinha acontecido. Bernardo havia aparecido em casa com um pedaço de carne e presenteou seu pai. Disse-lhe para comer a carne, o pai recebeu o presente e agradeceu. Porém, como tinha outros alimentos que já estavam preparados, e era tempo de guerra, tudo estava mais escasso, o pai de Bernardo resolveu guardar o pedaço de carne para quando estivesse com mais fome. Passou algum tempo e Bernardo perguntou ao pai se ele já havia comido o pedaço de carne, ao ouvir a resposta negativa, Bernardo retorquiu e não se mostrou satisfeito. Passado algum tempo:

o filho apareceu mais umas tantas vezes, agora preocupado. Dava bichocho daqui e bichocho dali... – dju, dju, dju. – Começou a ficar aborrecido com o pai e a obrigá-lo a comer. O pai foi-se interrogando – *possa, mas essa tal carne tem quê? Tá-me a empurrar a carne, tipo lhe pedi, hum, vai só com a tal carne, então!* – E lá a carne foi ficando, onde estava. Afinal, aquilo tinha um tempo determinado. O filho começou a ficar aflito, pois estava tudo a voltar-se contra ele (MELO, 2008, pg. 01) .

O tempo passou e o pai de Bernardo não havia comido a carne, Bernardo começou a queixar-se de dores no ventre e logo tudo foi esclarecido. Bernardo, no intuito de melhorar seus negócios, recorreu a um ocimbanda que lhe deu remédios para

¹⁷ O senhor Tomé foi um dos mais antigos enfermeiros do posto médico, no bairro do Forte. Aqui trabalhou imensos anos, razão porque o posto passou a ser conhecido, entre os populares e sobretudo entre as famílias mais antigas, pelo seu nome.(MELO, 2008, pg.60)

¹⁸ Termo que identifica curandeiros da região.

reforçar o seu negócio e exigiu um ekondombolo (galo). O galo, nesse contexto, simboliza um ser masculino e adulto que tem como papel legitimar o poder de fazer o negócio de venda de Bernardo prosperar. Bernardo deixaria de ser um simples homem, se tornaria um onganga (ou nganga), isto é, um indivíduo com poderes mágicos extraordinários. O que deveria ocorrer é que, ao ver seu negócio prosperar, Bernardo se sentiria forçado a satisfazer a sua vítima que, de tempos em tempos, o procuraria pedindo por sua vida que Bernardo lhe havia tirado. Bernardo entraria em um ciclo vicioso, “comeria” outras pessoas para satisfazer a vítima anterior, nesse processo, Bernardo se tornaria um indivíduo traiçoeiro. No entanto, Bernardo não conseguiu “matar o galo” no tempo que havia sido acordado com o ocimbanda, e o feitiço virou contra o feiticeiro. Na perspectiva dos Handa, o ocimbanda deu a Bernardo um ocilulu (espírito do mal) que em conjunto com a primeira vítima de Bernardo, seu pai, deveria trabalhar para melhorara a venda de carne. Caso o ocilulu não recebesse nada em troca do seu trabalho, regressaria para perturbar o ocimbanda.

Por isso, o dito *ocilulu*, dado pelo *ocimbanda* fez do Bernardo sua própria vítima. Eis a razão porque o Bernardo terá dito ao pai que este tinha tido sorte ao não ter comido a carne. Esse gesto de abstenção do pai tê-lo-á livrado da morte. Por isso, Bernardo morreu. E morreu mesmo em casa, diante de um certo número de pessoas. Não se tratava de “doença do hospital”, assim se entendeu. Este é apenas um dos inúmeros casos que emergem do quotidiano dos *Handa*, no seio dos quais as doenças e a morte não são um mero acaso. (MELO, 2008, pg. 03)

A partir do relato apresentado, é possível observar algumas das características da chamada medicina tradicional em algumas regiões africanas, neste caso, em Angola. Nesse cenário, a autora descreve o envolvimento de toda a família de Bernardo e também da comunidade na qual ele vive. É interessante constatar que Bernardo recorre ao ocimbanda não para tratar de “males da saúde”¹⁹, mas sim para tratar de “males da vida”, Bernardo queria melhorar seu negócio. O texto também apresenta claramente o papel, o envolvimento e a importância do ocimbanda no tratamento, o envolvimento é tanto que como Bernardo não cumpriu sua parte o ocimbanda poderia sofrer as consequências e, para tanto, o ocilulu, dado pelo ocimbanda, tira a vida de Bernardo. Por fim, Rosa Melo afirma que este é apenas um caso, entre inúmeros, em

¹⁹ O termo utilizado parte de uma perspectiva ocidental da biomedicina.

que as doenças não são percebidas como doenças de hospital nem tão pouco como um mero acaso.

Ao ler o relato, percebo a interseção entre a medicina, a cultura e o espaço social. A doença, neste caso, é tratada como um fenômeno proveniente de uma demanda social de Bernardo, melhorar seus negócios. A busca de Bernardo por um ocimbanda é parte de uma construção cultural e histórica. Assim como a medicina tradicional, neste caso, é considerada como a única alternativa para o tratamento. O ventre dilatado e a morte, nesse relato, não possuíam relação alguma com a biomedicina, o caso estava envolto de simbologia, crenças, relações sociais. Como poderia, nesse contexto, a biomedicina interpretar a doença de Bernardo?

É fácil observar, como já foi apresentado anteriormente, os diversos elementos que influenciam o conceito de saúde e doença. Os contextos sociais, políticos e econômicos, são determinantes, tanto para uma perspectiva da medicina tradicional quanto da biomedicina, conforme foi exposto ao tratar da perspectiva a partir dos diversos momentos históricos. O conceito de saúde não é estático, se modifica não apenas ao longo do tempo, mas também entre os sujeitos e grupos a qual esses fazem parte. Dependerá do local onde vivem, da classe social a que pertencem, de suas concepções científicas, religiosas e filosóficas, e de suas percepções particulares sobre o que é doença, o que é cura, o que é medicina, ou ainda, o que é saúde. Assim, a definição do termo medicina tradicional, para além de sua diversidade e heterogeneidade, é o resultado de um processo de colonização do próprio saber (MENESES, 2000).

O conceito de saúde segundo C.O. Idehen e O.G. Oshodin, do Departamento de Saúde, Educação Ambiental e Motricidade Humana da Universidade do Benin, baseia-se na percepção individual de cada um, não possui uma definição clara. No Benin e também no interior do Brasil, por exemplo, existe a crença do “mau olhado”, acredita-se que doenças podem ser causadas por encantamento de familiares, amigos e inimigos. No caso da Benin, acredita-se que o conceito de saúde pode ser definido como:

...a possessão de uma mente purificada ou limpa em um corpo ativo capaz de

promover a convivência pacífica e em completa harmonia consigo mesmo, com os vizinhos e com a comunidade em que vive , enquanto, doença ou problemas de saúde significa uma violação de certos tabus ou ofensa a uma força invisível, como exemplo, deuses, divindades, capazes perturbar a paz da mente e do corpo (IDEHEN; OSHODIN, 2007, pg. 115, tradução nossa).²⁰

Logo, conceituar saúde e doença pode ser uma tarefa árdua e complicada considerando a totalidade da diversidade de povos, conforme esclarece antropóloga e professora da Universidade Agostinho Neto:

Tratamos de saúde e de doença como factores culturais e sociais. Não vamos encará-las na vertente orgânica, enquanto acontecimento que se manifestam no corpo e a que se pode atribuir uma causa bio-fisiológica. O que vai nos interessar é a dimensão da existência humana – a cultura – e de um funcionamento organizado da vida colectiva – a sociedade. (PEDRO , 2011, pg. 132)

Dessa forma, amplia-se a ideia de saúde, a sua interpretação tem lastro e vigor diferente conforme uma cultura. A partir das leituras, verifico que não há uma única forma de saúde, há varias maneiras de interpretar o que é saúde. Assim como a saúde, a medicina e a doença são partes integrantes de uma interpretação social, cultural, politica e econômica de inúmeras sociedades, façam elas parte do Norte global ou do Sul global, todas possuem uma interpretação do que são essas termos bem como, possuem um saber médico próprio. É a partir dessa ampla e diversa conceituação que entraremos no debate, discussão dessa outra medicina.

1.3.4 Entre várias medicinas: em busca de uma única saúde

Gostaria de esclarecer que a intenção não é produzir um embate binário entre a medicina tradicional e a biomedicina. Mas sim, tentar apresentar as nuances entre uma e outra. Pretendo expor que as duas possuem congruências e não são, necessariamente, opositoras. Tanto uma, como outra fazem parte de uma história e da produção de saberes que em algum momento, podem ter partido de raízes correspondentes.

²⁰ ...the possession of a purified or clean mind in an active body capable of promoting peaceful living and in complete harmony with oneself, neighbors and the community in which we live, whereas, sickness or ill-health means a violation of certain taboos or offending some invisible force, i.e. gods or deities, capable of upsetting peace of the mind and the body. (IDEHEN; OSHODIN, 2007, pg. 115).

A medicina ocidental ou biomedicina passou por um processo de expansão fundamentado em um modelo de sofisticação tecnológica. Este processo “evolutivo” possibilitou um aumento significativo no poder de intervenção sobre o corpo humano, o objetivo principal, moldá-lo as necessidades de produção acarretadas por um sistema capitalista (QUEIROZ, 1986), esta observação apresentada pelo autor pode ser observada na história, acima brevemente descrita, a partir da construção do saber médico como algo racional que foi constituindo-se paulatinamente.

De acordo com Queiroz (1986), acreditava-se que era apenas uma questão de tempo para que se alcançasse total erradicação e controle de doenças. Pouco a pouco, o otimismo na tecnologia deu lugar a percepção de que mesmo a ciência possui limitações. Essa perda de otimismo pode ser observada no âmbito da medicina. Autores (Queiroz 1986, Tesser 1999) defendem que este processo tem levado a uma profunda crise da medicina ocidental, tanto na sua prática como no seu saber.

Se por um lado, definimos que a medicina tradicional é construída a partir de uma percepção do coletivo e sua cultura, a biomedicina ou medicina científica contemporânea defende uma posição contrária, é entendida como a visão analítico-mecanicista e, coerente consigo mesma, origina-se a partir da anátomo-clínica como uma medicina do corpo, das lesões e das doenças (CAMARGO, 2005). Não é observado na biomedicina o campo psíquico e social, o tratamento está direcionado para a doença e não para o indivíduo e sua coletividade. Essa perspectiva analítica da biomedicina não foi sempre assim, conforme relata Carvalho (2009). O autor apresenta a biomedicina como a arte curativa de males orgânicos, em seu passado crenças em divindades e até mesmo na natureza faziam parte do imaginário, isto é, esteve ligada a prática mágica e aos poucos foi distanciando-se. Atualmente, pertence ao campo das ciências naturais e apesar dos avanços já alcançados, alguns já apresentados no início do texto, como a descoberta da penicilina (1937), da cortisona (1949), da cirurgia cardíaca de coração aberto (1955), da transplantação de rim (1963) e, até mesmo, da procriação medicamente assistida (1978), a biomedicina ainda é incapaz de tratar determinadas doenças, ou seja, ainda se depara com limitações.

Alguns autores como Tesser (1999), acreditam que a razão da atual ineficiência e esgotamento da biomedicina ocorre principalmente pelo seu afastamento da cultura, define este processo por uma progressiva homogeneização cultural em saúde. O autor defende a necessidade de uma flexibilidade do uso e da noção de cultura, acredita ser inevitável o fato de que a atenção a saúde trata-se de uma interação social onde as heterogeneidades culturais, as pequenas, médias e grandes diferenças são extremamente relevantes para o tratamento. Tesser (1999) apresenta a necessidade de desenvolver um olhar crítico para a problemática da cultura na saúde atual, a qual, em movimento progressivo de “modernização” continua absorvendo características homogêneas. Isto é:

...o paradigma positivo-mecanicista dominante na medicina tende a não reconhecer o papel da sociedade, da cultura, da comunidade científica e da própria história na determinação de seu objeto de conhecimento e da maneira de abordá-lo. (TESSER, 1999, pg. 28)

Ivan Illich (1975), em seu texto “A Expropriação da Saúde: Nêmeses da Medicina” acredita que os processos de institucionalização, industrialização e expansão da biomedicina, transformações socioculturais e políticas desencadearam um processo negativo e crescente, a medicalização social, conforme já apresentei. Entendida como o resultado de um processo de construção de um estado de “bem estar social”. Este processo, que tendo a concordar com Tesser (1999 e 2006), é produto da colonização que teve como consequência a extinção de diversas culturas, e seus saberes e práticas tradicionais em saúde/doença. Em contrapartida, houve uma incorporação progressiva das dificuldades vitais e sofrimentos humanos na lógica “patologizante” da biomedicina submetida à corporação médica.

Isso vem levando a um processo de empobrecimento cultural que paralisa toda autonomia e competência das pessoas e dos recursos sociais autóctones quanto à preservação e restabelecimento da saúde, e transformando todos em obsessivos e dependentes consumidores de serviços médico-terapêuticos especializados, com consequências sociais e políticas desastrosas. (TESSER, 1999, pg. 22)

Segundo Illich (1975), esse processo de medicalização social gera um declínio, no que o autor denomina de índice de boa saúde. Este índice é apresentado por Tesser (1999, pg. 22) como a capacidade de manter, intervir e transformar de forma autônoma

e socialmente compartilhada a própria vida e o meio em que se vive, com vistas a preservar e/ou aumentar o grau de “liberdade vivida”.

Illich (1975) vai ainda mais além ao apresentar o conceito de “iatrogênese”, que tem por origem a junção dos termos iatros (médico) e gênese (origem). Afirma que a medicina institucionalizada passou a ser uma ameaça a saúde principalmente pelo caráter de dependência social e medicalização social. O autor justifica sua constatação a partir do conceito de três “iatrogêneses”. Sendo elas:

- Iatrogênese clínica: entendida como os resultados secundários do tratamento médico, o surgimento de novas patologias ou ainda danos ocasionados ao indivíduo devido a utilização das tecnologias e diagnósticos médicos;
- Iatrogênese social: é apresentada a partir da dependência social e da medicalização social. Indivíduo e grupo social estão em desarmonia, perda de autonomia e controle do meio. Crescente dependência de medicamento e tratamentos biomédicos. Expropriação da saúde enquanto responsabilidade do indivíduo e da família;
- E a iatrogênese cultural: a destruição da capacidade cultural para tratar de forma autônoma as situações de enfermidade, dor e morte.

Esses autores (ILLICH, 1975; QUEIROZ, 1986; TESSER, 1999) apresentam um esforço no intuito de desconstruir a biomedicina como única alternativa possível para o tratamento de doenças. Justificam o declínio da mesma a partir de uma descrença na efetividade do tratamento e a exclusão do denominador cultura. Exibem a biomedicina como a causadora de novas patologias, além de questionarem a falta de comprovação empírica de maior sobrevivência quando da utilização da mesma. Esse movimento pode ser observado a partir do prêmio nobel de medicina da chinesa Tu Youyou para o tratamento da malária, é o reconhecimento de um saber da medicina chinesa em um espaço “dominado” pelo que podemos chamar de saber médico científico.

1.3.5 O ressurgir de um outro olhar

Considerando o que já foi apresentado, é a partir da ineficiência da biomedicina

que surge um crescente interesse na utilização das “práticas alternativas”. Este movimento, em direção a utilização da medicina tradicional como uma alternativa a biomedicina, pode ser observada a partir de políticas implementadas por países distintos, como é o caso da China e do Brasil. Este último lançou em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativa e Complementares – PNPIC no SUS²¹ que tem por objetivo a utilização e regulamentação da medicina tradicional e complementar/alternativa no SUS. O PNPIC é o resultado dos esforços brasileiros em atender as demandas da Organização Mundial de Saúde – OMS que desde a década de 70, com o Programa de Medicina Tradicional, incentiva seus Estados membros, através de comunicados e resoluções, a “implementarem políticas para uso racional e integrado da medicina tradicional nos sistemas nacionais de atenção à saúde bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade” (MS, 2006).

Em 2002, a OMS lança documento²² que tem por objetivo reafirmar o desenvolvimento dos princípios citados acima. É observado, a partir de dados da OMS, presentes no documento, que dos seus 191 Estados membros, 25 desenvolvem políticas na área da medicina tradicional. De acordo com a OMS, tanto países do Norte global quanto do Sul global utilizam a medicina tradicional como alternativa à medicina científica. O organismo apresenta como exemplo o percentual da população, que utiliza a medicina tradicional de alguns países e regiões, conforme: 46% na Austrália, 49% na França, 70% no Canadá, 31% na Bélgica, 80% na África, 42% na União Europeia. Além desses percentuais, a OMS apresenta um quadro onde estão expostos países que regulamentaram a utilização de ervas:

²¹ SUS – Sistema Único de Saúde, O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988 pela Constituição Federal Brasileira (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>).

²² "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005" (OMS, 2002).

Más y más países están regulando las medicinas con base de hierbas



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1998⁴¹ y datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud durante el periodo de 1999 a 2001.

Fonte: Estratègia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005 (OMS, 2002, pg. 18)

No que tange ao continente africano, a OMS reconhece que os africanos já faziam uso da medicina tradicional muito antes do advento da biomedicina, eles recorrem a medicina tradicional como a única forma de medicina para prevenção, diagnóstico, e tratamentos de enfermidades sociais, mentais e físicas (CARVALHO, 2009). Cerca de 80% da população africana utiliza a medicina tradicional como única alternativa para tratamentos de doenças como HIV/SIDA e anemia das células falciformes (OMS, 2002; CARVALHO, 2009). Neste caso, o fator determinante é a falta de recursos para utilização de tratamento da medicina dita científica. Por tratamento ideal, entendo a utilização de todas as alternativas possíveis, desde a medicina tradicional quanto a biomedicina. Porém, a biomedicina/medicina científica é, para os africanos, um luxo e não uma escolha.

As plantas medicinais são a base da medicina comunitária nos países em vias de desenvolvimento, conforme apresenta o autor moçambicano, Carvalho (2009). E, apesar da descrença de muitos sobre a efetividade dessas como alternativa terapêutica, sabe-se que as plantas constituem, em muitos casos, base da produção de

drogas e medicamentos. A OMS avalia que pelo menos dois terços da população mundial utiliza plantas medicinais como base da medicina primária²³ (CARVALHO, 2009).

Posto a importância da medicina tradicional, reconhecida mundialmente pela OMS, e sua ampla utilização, tanto pelos países do Norte quanto do Sul, conforme apresentado é importante defender que a relação entre a biomedicina e a medicina tradicional deve ser marcada por um processo de suficiente abertura, aceitação e interação.

Contra o discurso monolítico, a desumanização, o utilitarismo, da biomedicina e contra a prática obscura, cerrada e a charlatanice do curandeirismo mágico da tradição africana, sugerimos a pluralidade de práticas e técnicas de cura que dialogam entre si em favor de um conhecimento interdisciplinar e transcultural efectivo. (CARVALHO, 2009, pg. 338)

Logo, compreender a lógica de funcionamento tanto da biomedicina quanto da medicina tradicional é o primeiro passo para se constituir políticas e diálogos entre as duas. A autora Geest (1997) afirma que o conceito de saúde e doença para as teorias médicas africanas tradicionais é melhor compreendido por seus praticantes do que nas teorias médicas tradicionais ocidentais. O termo saúde é dificilmente traduzido nas muitas línguas africanas, a sua tradução está mais próxima de palavras como bem-estar e felicidade.

No modelo explicativo de muitos curandeiros africanos não há nenhum campo nitidamente demarcada de saúde física. Sua perspectiva médica é holística no sentido mais holístico da palavra. Curiosamente, sua visão não é tão diferente da definição idealista e muito criticada, de saúde da OMS: estado de bem-estar físico, mental e social. (GEEST, 1997, pg. 905, tradução nossa).²⁴

²³ Os cuidados primários da saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978 - Declaração de Alma-Ata).

²⁴ In the explanatory model of many African healers there is no neatly demarcated field of physical health. Their medical perspective is holistic in the most holistic sense of the word. Interestingly, their vision is not

O campo físico apresentado pela autora aparece de forma pouco demarcada, diferente das noções de saúde apresentadas pela biomedicina, que transformou o corpo em máquina, “separou suas partes em pequenos pedaços que devem ser estudados e analisados a partir de suas especificidades”. Para a autora, os médicos da terra²⁵ percebem a saúde-doença a partir de um todo em que o físico e o mental se misturam entre si e junto ao coletivo. Para que o tratamento funcione, é preciso que haja uma entrega, o médico da terra esteja pessoalmente envolvido com a causa. As sessões duram mais de uma hora, os pacientes são constantemente tocados, e seus problemas são amplamente discutidos, inúmeras vezes com a presença da família.

Oyelakin Richard Taye (2009), especialista em epistemologia e filosofia africana acredita que a diferença entre a medicina tradicional e a biomedicina está pautada na forma de tratamento de sintomas: enquanto a medicina ocidental e está preocupada em se livrar dos sintomas, a medicina tradicional, se ocupa em identificar as causas da doença e trabalha no esforço para restaurar o equilíbrio do sistema biológico do paciente.

Carvalho (2009) enfatiza que enquanto a biomedicina está preocupada com a doença, a medicina tradicional se preocupa com o doente. O autor apresenta que, na medicina tradicional africana, a visão da saúde possui uma perspectiva holística, de totalidade. O indivíduo adoece tanto no campo físico quanto integralidade do seu ser, nas relações familiares e com o cosmos. Os sintomas não são compreendidos como simples manifestações do corpo, mas sim como uma articulação complexa entre causas e efeitos e um mal-estar coletivo que abarca indivíduo como um todo.

Já a africana Fátima Viegas (2010) interpreta a medicina tradicional especificamente em seu país, Angola, como algo que perpassa a cura e a doença, é parte intrínseca da sociedade, é uma forma de comunicação entre indivíduos de uma

so different from the idealistic and much criticized WHO definition of health: state of physical, mental and social well-being.

²⁵ Terminologia que optei por usar para identificar o que comumente conhecemos como bruxos, xamãs, milagreiros, médicos tradicionais, entre outros termos. Friso que a escolha tem por objetivo desconstruir qualquer preconceito que os termos a acima tragam.

comunidade, é meio de sobrevivência e pertence a uma estrutura profunda e séria.

Apesar das inúmeras críticas feitas a biomedicina reconheço seu importante papel para o tratamento de doenças e evolução sanitária. Como já afirmei, a intenção não é constituir o embate entre as duas medicinas, mas sim perceber como elas estão alocadas no sistema mundial e como se dá as relações de poder entre as duas, observando-as não como sistemas mas sim como saberes. Conforme afirma Foucault (2011):

A genealogia seria portanto, com relação ao projeto de uma inscrição de saberes na hierarquia de poderes próprios à ciência, um empreendimento para libertar da sujeição os saberes históricos, isto é, torna-los capazes de oposição e luta contra a coerção de um discurso teórico, unitário, formal, e científico. A reativação dos saberes locais – menores, diria talvez Deleuze – contra a hierarquização científico conhecimento e seus efeitos intrínsecos de poder... (FOUCAULT, 2011, pg. 172.)

O grande questionamento que fica é: como fortalecer e reconhecer esses saberes locais, para que seja construído um discurso horizontalizado no intuito de se produzir um processo de interação igualitária entres esses saberes.

Luanda:

“Porto quieto ao furor do mar e vento, por ter uma ilha em frente que lhe serve de trincheira e reparo a todos os seus ímpetos tendo uma barra e entrada para elle.”

Antônio de Oliveira Cardoso

CAPÍTULO II: UM OLHAR SOBRE OS TRATAMENTOS DE CURA, ANGOLA

No Capítulo anterior, trabalhei no esforço de apresentar o caráter dinâmico dos conceitos de saúde, doença e medicina. Observei como o fator simbólico em conjunto com a cultura vem a moldar o significado de tais termos. Verifiquei que cada nação, povo ou cada indivíduo pode possuir diferentes noções do que é saúde, doença e medicina.

Neste segundo momento, farei um corte espacial para tratar das questões de saúde, doença e medicina, o local escolhido é Angola. O objetivo é, nem que seja de uma maneira muito geral, pela ausência de uma trabalho de campo que possa basear esse trabalho, exercitar o pensar da saúde em Angola. A partir de algumas questões como, de que forma os aspectos históricos e culturais interferem nos tratamentos utilizados pela população? Ou ainda, como o governo e a população angolana, de forma geral, recebe as interferências externas na área de saúde?

Com o advento da globalização e os avanços tecnológicos temos observado mudanças socioculturais, tanto nas sociedades ocidentais, chamadas desenvolvidas, quanto nas sociedades não-ocidentais emergentes. Essas mudanças são os efeitos de um sistema global integrado apresentado por uma rede de subsistemas relativamente coerentes (GONÇALVES, 2003). É neste sentido que acredito ser importante avaliar como são introduzidos os projetos de cooperação internacional para a área da saúde levados a cabo em Angola. As mudanças inseridas por esses projetos podem gerar grandes transformações socioculturais, além de fortes contradições.

Mais ainda, a inserção de qualquer projeto de desenvolvimento numa economia <<moderna>> num sistema social <<tradicional>> de um país em desenvolvimento implica um confronto entre dois sistemas socioculturais globais, cada um com sua lógica própria, provocando efeitos de desintegração nos sistemas de representação social e de simbolização dos valores tradicionais. Afigura-se-nos, assim, cada vez mais relevante a importância de dar ao papel da variedade cultural e da identidade étnica na promoção do desenvolvimento e modernização. (GONÇALVES, 2003, pg. 103).

É preciso reconhecer que a lógica da integração, da cooperação, da globalização pode ocasionar certos perigos (no sentido de desequilíbrio, impacto desastrosos para uma cultura local. Por diversas vezes, o cenário internacional, além de não representar

uma possibilidade de avanço dos padrões culturais de um povo, pode piorar a capacidade de cada um quanto a se relacionar com seus valores originais, de base local (CESNIK; BELTRAME, 2005). É neste sentido que se dá a importância de entender e fortalecer o projetos locais e não somente centralizar-se nos projetos globais. Se consideramos Angola e seu contexto de saúde e medicina, os tratamentos tradicionais perpassam décadas e momentos históricos. Além disso, fazem parte de um sistema de cura que, apesar dos avanços tecnológicos, da globalização, entre outros, ainda assim, representa mais de 70% dos tratamentos médicos. Logo, não se deve desconsiderar a importância e abrangência desses tratamentos como parte integrante de uma cultura local.

Não existe, somente, a lógica dos sistemas de integração, de globalização, de pulverização e de assimilação. Há, também, as lógicas dos actores sociais, ligadas às praticas de autonomia resistência, subjacentes às estratégias de recuperação e de reapropriação de modernidades impostas, alimentando, desde longa data, visões <<construtivistas>> de uma sociedade aparentemente em crise profunda. É a esses actores sociais que, em definitivo, cabe dizer não somente se Angola se deve <<construir>> ou <<reconstruir>>, mas, sobretudo, como e com quem. M'Bokolo (2001, apud, GONÇALVES, 2003, pg. 9)

Insisto que a intenção deste trabalho não é construir uma oposição binária entre o conhecimento local e as oportunidades trazidas pela cooperação internacional, mas sim entender como estes dois instrumentos podem complementar-se no âmbito da saúde em Angola, observando e fortalecendo os atores sociais conforme explicita M'Bokolo.

2.1 Entre o passado e o presente: Angola

Para entender o atual contexto do sistema nacional de saúde angolano é preciso revisitar a história, conhecer os meandros de um sistema sócio-cultural que foi constituído ao longo de décadas e em meio a processos de colonização, descolonização e guerras civis. É importante observar como as questões econômicas incidem na saúde e na busca por tratamentos. Varanda (2015) apresenta de forma mais direta o que lhe pareceu ser a complexa Angola .

O autor, como outros tantos visitantes, logo inicia seu relato retratando uma

viagem feita ao país em 2004, ao percorrer a cidade de Luanda a pé, chamou sua atenção a pouca presença de europeus ou outros ocidentais nas ruas, o grande número de carros 4X4 que em sua maioria possuía a placa verde, sinal de pertencimento a organizações internacionais. Apresenta a marcante presença de vendedoras ambulantes, também conhecidas zungueiras e mais uma infinidade de trabalhadores informais, em todas as esquinas e cruzamentos do centro, entre os artigos vendidos por estas mulheres e ambulantes estavam medicamentos farmacêuticos, produtos frescos, comes, bebes, entre outros. A conjuntura era de um pós guerra, ainda latente na cidade, lojas, prédios, monumentos, tudo era constantemente vigiado por guardas armados. De acordo com o autor, o padrão de urbanização era resultado dos inúmeros passados de Angola, tanto o colonial quanto as políticas habitacionais das décadas de 1980 e 1990, a cidade se apresentava a partir de uma dualidade entre condomínio fechados e musseques²⁶.

A complexa Angola, observada por Varanda (2015), é retratada por Rodrigues (2003). A partir do período colonial, a autora observa como o imperialismo, o modelo ocidental e a modernidade são responsáveis por transformações na sociedade angolana que geram efeitos até os dias atuais. Isto é, o período colonial, e especificamente a colonização portuguesa, é exposta como o momento de introdução e disseminação do modelo ocidental e da modernidade. A mesma constata que os seus efeitos, na sociedade angolana, se dá em diferentes níveis. Falola (2003) assinala essas mudanças dentro das sociedades africanas exemplificando a tecnologia, e que a mesma foi imediatamente assimilada como parte da agenda africana para modernização. Os impactos da colonização são observados nesta cultura africana como elementos de longa data e como o resultado dos movimentos de migração que ocorriam em via de mão dupla (PANTOJA, 2004).

É importante assinalar a questão contraditória nos chamados primeiros contatos desses povos litorâneos e na chegada desse 'outro', que vem do exterior, como provocador de um deslocamento cultural. Até que ponto termos redutores como

²⁶ Designa grupo de palhoças, a palavra musseque tem origem no kimbundo (mu seke) e significa areia vermelha. A um dado momento, musseque, passa a designar os grupos de palhotas, que se adensam no alto das barrocas e que por semelhança à SEKE (vermelho ocre) toma o nome do material (areia) sobre o qual se implantam. O seu desenvolvimento está intimamente ligado ao da cidade propriamente dita.

integração e mestiçagem, que tendem a reforçar o sentido de solvência ou mesmo de pulverização de identidades culturais, não significariam o seu inverso. Implica, muitas vezes, a reafirmação de certas identidades através de «invenções» inapreensíveis que resistem às chamadas assimilações, ou melhor, à uniformização cultural. (PANTOJA, 2004, pg. 118)

A partir dos olhos desses observadores acima citados, tendo a inferir que trata-se de um movimento complexo que identifica desde um processo de assimilação e integração da cultura daquele outro, como também o movimento contrário, o retorno a cultura local e a necessidade de autoafirmação.

Retomando o nosso tema, no tocante a saúde, ao analisar o conjunto de ritos, tratamentos, seja através de cantos ou de plantas medicinais durante o período colonial, Wisecup & Jaudon (2015) trazem o termo Obeah, apresentado pelos autores como:

(...) refere-se a um conjunto de práticas utilizadas pelos africanos, para fins que os povos escravizados percebidos como socialmente útil, tratava-se desde a busca da cura até vingança, à proteção e rebelião. Essas práticas foram constituídas por o que hoje designamos como componentes médicos e religiosos: o conhecimento e a aplicação de remédios à base de plantas; cantando ou entoando orações ou palavras poderosas; um diagnóstico de doenças físicas; e mediação de poderes não-humanos. Para os africanos, no entanto (e para muitos colonos europeus) estas práticas não pertencem a categorias distintas, mas eram mutuamente constitutiva. (WISECUP; JAUDON, 2015, pg. 130, tradução nossa).²⁷

Observo que o termo Obeah era utilizado para retratar ações de poderes mágicos, com elementos de comportamentos que não são provenientes da cultura europeia contemporânea. O termo trazia, na percepção dos autores, um carga de significado crítico e condenatório quando apresentado a partir do olhar dos colonizadores.

A referência ao termo Obeah, feita pelos autores, retrata que antes da chegada

²⁷ ...refers to a set of practices employed by Africans for ends that enslaved peoples perceived as socially useful, from healing and revenge, to protection and rebellion. These practices were constituted by what we would now designate as separate medical and religious components: the knowledge and application of herbal remedies; singing or chanting prayers or powerful words; a diagnosis of physical ailments; and mediation with non-human powers. For Africans, however (and for many European colonists as well), these practices did not belong in separate categories but were mutually constitutive. (WISECUP & JAUDON, 2015, pg. 130).

da medicina convencional, trazida pelos europeus, já existia uma rede tradicional e funcional, constituída por um corpo de especialistas que utilizavam métodos e técnicas de cura, abrangiam tanto casos de simples doenças, quanto casos que necessitavam de intervenções cirúrgicas (VIEGAS, 2005). A medicina tradicional desenvolvida por agentes locais especializados (adivinho, curandeiro, quimbanda, feiticeiro, parteira tradicional, entre outros), foi registrada pela classe médica da época colonial conforme retrará o parecer emitido por Dr. João de Souza, em 28 de março de 1732, referente a nomeação de um cirurgião mor de Angola.

Parece que se não deve prover esse officio, por não ser necessário, e os naturaes da terra por serem melhores surgiões que os que vão defora pella experiência que tem adquirido da forma porque se deve curar naquele clima. (PINA, 1940, pg. 80, apud VIEGAS, 2010, pg. 120).

Pode-se afirmar a partir do trecho acima que houve tensões e conflitos no que tange a utilização dos tratamentos de cura com base nesses métodos da tradição local. As práticas das medicinas locais foram registradas desde os séculos dos primeiros contatos com os europeus, Pantoja (2004) relata casos com base na documentação da inquisição, quando todos, inclusive os europeus residentes no interior de Angola recorriam aos curandeiros tradicionais, ngangas e quimbandas. Em um de seus relatos a autora trata do caso do Capitão Antônio de Freiras, um branco.

Em 1722, a Inquisição portuguesa recebe a denúncia sobre atos de feitiçaria na fortaleza de Benguela. O Bispo de Angola, Manoel de Santa Catarina, afirma que, em Benguela, o capitão Antônio de Freitas, na tentativa de curar-se de uma enfermidade, seguia os preceitos de um feiticeiro *ambumdu*, com rituais que sempre aconteciam ao meio-dia. Segundo o bispo, o ritual era público e constava da adoração de um bode e do sacrifício de um bezerro. (PANTOJA, 2004, pg. 124).

No relato apresentado é possível observar o envolvimento não só da família europeia e mestiça do doente, indivíduos pertencentes as tropas portuguesas que incluía esse capitão estavam presentes na cerimônia para cura dos seus males. Concluo que não eram só os negros, africanos que recorriam aos tratamentos oferecidos pelos ngangas, mas também, brancos, portugueses, mestiços.

A inquisição retrata bem o interesse de Portugal em que apoiada na Igreja Católica, buscava objetos utilizados nas cerimônias africanas, como bolsas de

mandinga e por “procedimentos de cura africanos que muito teve a ver com a existência de um mercado em crescimento, dos serviços africanos de cura, numa metrópole necessitada de médicos “oficiais” (HAVIK, 2004, pg. 24). O autor ainda afirma que o grupo mais ativo entre os réus eram os negros e mulatos que eram batizados, portanto tidos como cristãos . Observa-se que:

A falta de conhecimento, por parte dos inquisidores, das crenças e costumes africanos, vistos como marginais, implicou um processo de aprendizagem destes rituais, que tinham aceitação tanto entre as camadas populares como entre as camadas letradas (de europeus residentes na região)]. (HAVIK, 2004, pg. 24)

Ainda com relação ao conhecimento médico tradicional do período colonial, Viegas (2010) ao analisar os relatos de Pina (1940) observa que os ngangas praticavam a cirurgia tanto de forma delicada, como por muitas vezes de maneira bastante rudimentar. Não possuíam conhecimento da assepsia, porém praticavam a antissepsia²⁸ com frequência através do aquecimento do ferro em brasa. Além disso, o local destinado aos doentes, comumente denominados de malala, possuía um regime rigoroso de silêncio, repouso e alimentação. Estes ambientes estavam sempre guardados por quimbandas, que os preservava de espíritos e influências malignas. Além dos recursos acima citados os ngangas, também conheciam o método da sangria²⁹, as escariações³⁰ e os banhos turcos³¹. Percebe-se que as práticas das

²⁸ Conjunto de meios (calor e agentes químicos) utilizados para destruir germes patogênicos e prevenir infecções.

²⁹ Ato de sangrar, sangradura. Abertura de uma veia para a retirada de sangue; flebotomia. Sangue retirado por meio dessa abertura: sangria abundante. Muito utilizado na Europa moderna, como meio de promover a redução dos estoques corpóreos de ferro, aumentados na hemocromatose ou para reduzir o excesso de hemácias na policitemia vera.

³⁰ Ato de escarificar, de sarjar, de esfoliar a pele ou um tecido. Corte produzido na pele com o escarificador.

³¹ O Banho Turco, ou "Hammam", descende diretamente das termas greco-romanas da antiguidade, mas apenas se torna prática comum há cerca de mil e quinhentos anos. Consiste na permanência num espaço cheio de vapor quente, a perto de 50° e 100% de humidade, perfumado com óleos essenciais, folhas de eucalipto ou plantas aromáticas. O Calor intenso estimula a circulação e abre os poros, desobstruindo a pele, os pulmões e os brônquios, o que permite uma profunda desintoxicação e limpeza geral, tando do exterior do corpo como das vias respiratórias. O banho turco é uma das formas mais eficazes de desintoxicar o organismo, reduzindo gorduras, eliminando toxinas e relaxando os músculos. Descarrega a eletricidade do corpo, reduz o stress e alivia as dores musculares. (<https://sites.google.com/site/ctleiria/banho-turco>).

clínicas quimbanda se apresentavam bem mais instrumentalizadas com manejos de técnicas eficazes no tratamento de algumas doenças.

O sistema tradicional exercia, além do papel de cura, o papel de reforçar a coesão do grupo reunindo todos para cerimônias e atividades em comum. (VIEGAS, 2005).

O sistema Tradicional de saúde funcionava como um autêntico centro de poder, de coesão e de integração da sociedade. Poder que é conferido aos agentes não só pela capacidade de diálogo com os espíritos dos antepassados, mas também por representarem a única estrutura social com legitimidade para agir simultaneamente sobre o corpo individual e sobre o corpo social, articulando o mundo visível com o mundo invisível. (VIEGAS, 2005, pg. 70).

De acordo com Pina (1940, apud, VIEGAS, 2010), o sistema médico das populações africanas no período colonial “era uma verdadeira medicina e cirurgia apreendidas na experiência de muitos séculos”. É de se constatar que mesmo antes da instauração do colonialismo, quando as práticas médicas europeias ainda estavam longe de ser o que conhecemos atualmente como a biomedicina, os africanos, com seus costumes e tratamentos de cura, despertaram a atenção do europeus (ZOMPARONI, 2011). Em razão da escassez de estruturas hospitalares europeias, e até médicos ocidentais, viajantes, missionários que se encontravam em colônias, ou em terras recém “descobertas”, muitas vezes tinham de recorrer aos africanos para o tratamento de doenças.

Até as décadas iniciais do séc. XX a presença da ciência médica ocidental resumia-se em terras africanas aos médicos militares e aos raríssimos “facultativos” privados que tinham como objetivo cuidar da saúde dos raros europeus estabelecidos nas cidades e vilas onde residiam os poucos europeus e onde predominava uma população de origem local. Desde os primórdios de sua presença os europeus tomavam a África, seu clima, plantas, animais e pessoas como um conjunto exótico e desconhecido. Seus males, que não deixavam de afligir e até mesmo aterrorizar europeus, parecia-lhes flagelos com quais não se podia lidar facilmente (ZAMPARONI, 2011, pg. 3).

Diferente de Zamparoni (2011), Viegas (2005) afirma que é no século XVI que a assistência sanitária da medicina ocidental tem início em Angola. No governo de Paulo Dias de Novais, em Luanda, ela teria sido empregada de forma ainda incipiente, e entregue principalmente aos cuidados dos missionários cristãos.

No século XVIII, o governador Sousa Coutinho levou para Luanda em sua comitiva um cirurgião-mor, este teve tantos problemas com os ngangas de Luanda que passaram a hostilizá-lo. Para medida de preservação da identidade física do cirurgião-mor, o governador teve que trazê-lo para sua residência oficial. Por fim, o governador Sousa Coutinho achou melhor que o cirurgião voltasse a Lisboa, o que comprova uma disputa de tratamentos nessa época, com hegemonia dos tratamentos de saúde do tipo africano. Isso expõe, como já foi afirmado anteriormente, que todos os habitantes de Luanda, não só a população africana recorriam aos médicos tradicionais (PANTOJA, 2004).

Já Bastos (2004) analisa como se deu a ordem sanitária europeia nos trópicos a partir do ensino da medicina nas principais colônias portuguesas. Acredita que os matizes do processo variam entre dois extremos, o primeiro seria uma eventual negociação entre as duas medicinas, a europeia e a africana. O segundo, mais radical, seria o aniquilamento da medicina africana pela nova ordem sanitária europeia. Bastos (2004) defende que nunca houve um plano imperial arquitetado em Lisboa para melhoria do governo da saúde nas colônias. Apesar desse fato, Viegas (2010) acredita que não era de interesse da coroa portuguesa o fortalecimento, o desenvolvimento e a disseminação da medicina tradicional encontrada nas colônias e que esforços para estabelecimento da medicina ocidental eram recorrentes. Mesmo porque seria admitir, da parte dos colonialistas o reconhecimento de um saber intrínseco àquela população, embora na prática se mostrasse eficiente.

É interessante observar, através de relatórios coloniais, como o de Joaquim d'Almeida Cunha, analisado por Bastos (2004), que apesar do empenho português em enfraquecer a medicina tradicional africana a mesma se mantinha latente.

Nota que os feiticeiros têm apoio não apenas das camadas mais baixas - <<preto boçal e ignaro>> - mas, para surpresa do autor, as famílias indígenas mais abastadas. Os curandeiros são descritos como maior obstáculo para implantação da medicina, e só depois de estes terminarem as suas <<momices e receituários>> é que os nativos procuram os médicos – as mais das vezes quando o doente está moribundo. Mais, os médicos têm de se haver com a censura que os curandeiros exercem sobre as suas receitas (BASTOS, 2004, pg. 111).

É importante frisar que durante o período colonial registra-se uma predileção, por parte dos africanos e também por parte de portugueses e mestiços, conforme apresentei, pela utilização dos curandeiros em detrimento da medicina convencional europeia, conforme relata Cunha (1883a, pg. 3, apud, Bastos, 2004, pg. 111) “...aqui mesmo, na capital da província, o preto foge por todos os modos do hospital e vai para o continente consultar o Mklakana”.

Assim, é nesse heterogêneo contexto, dividido entre dois conhecimentos de práticas de cura, que no século XVII, conforme apresenta Viegas (2005), dá-se o surgimento das primeiras infraestruturas sanitárias angolanas. O intuito era iniciar a formação de um corpo médico que fosse habilitado a levar medicina ocidental a todas as populações (VIEGAS, 2005). Paulatinamente, a partir do colonialismo, vão surgir medidas que visam a implementação da medicina ocidental europeia na colônia portuguesa³².

Essas novas medidas surgem provenientes, em grande parte, das novas políticas estabelecidas pelo Ministério do Ultramar de Portugal, conforme veremos a seguir. Questiona-se, porém, se o conjunto de medidas recém implementadas seriam suficientes para atender uma cobertura sanitária a todos³³. Observa-se que as formações existentes possuíam 6.696 leitos o que de acordo com a população da época corresponde a uma cama por 843 habitantes³⁴. Além das formações sanitárias públicas, acima apresentadas, Angola possuía ainda formações sanitárias particulares³⁵

Apesar, das novas políticas sociais implementadas como, por exemplo, a aplicação

³² Em 1957 no intuito de combater as doenças infecciosas e parasitárias foi criado o serviço de profilaxia e combate a tuberculose; Em 1960 é criada a Comissão Provincial do bem-estar Rural voltada para melhorias nas condições de vida (higiene geral e luta contra o paludismo. Neste momento o cuidado com a saúde passa a ser dever do Estado; Em 1971, as entidades coloniais portuguesas abrem em Luanda a Aula da Medicina e Anatomia (VIEGAS, 2005).

³³ Na década de 60 a província de Angola possuía as seguintes formações sanitárias: 4 hospitais centrais; 11 hospitais regionais; 3 hospitais sobre-regionais; 64 hospitais rurais; 309 postos sanitários; 231 dispensários rurais; 106 delegacias de saúde; 9 maternidades; 7 centros de assistência materno infantil 9 maternidades; 7 centros de assistência materno infantil; 11 dispensários de higiene mental; 2 dispensários de higiene social; e 16 leprosas e similares. (VIEGAS, 2005, pg. 72).

³⁴ Atualmente, a OMS acredita que o ideal seja de 3 a 5 leitos para cada 1.000 habitantes.

³⁵ 30 hospitais de 1º classe, 50 hospitais de 2º classe, 433 postos sanitários, 13 casas de saúde, 16 maternidades, 13 dispensários de puericultura, 302 postos de socorros e 5 leprosas.

de um sistema de atuação de agentes sanitários de assistência rural, para desenvolverem a sua atividade no seio das populações rurais, ainda profundamente insuficiente, a medicina tradicional tentava suprir essa carência, permaneceu como alternativa e nunca deixou de ser procurada (VIEGAS, 2005). Logo, é importante acentuar que as então políticas e estruturas do Estado Português não constituem a totalidade do quadro de atendimento sanitário da Província de Angola, na medida em que é verificado a existência de uma medicina popular que caminha em paralelo à medicina ocidental europeia. A medicina popular é encontrada sobretudo nos meios rurais, onde há maior escassez da medicina oficial.

Desta maneira, as populações procuram a sua medicina tradicional por depositarem confiança e por ser também um legado cultural a qual dificilmente pretendem renunciar. Neste contexto, vigora uma sobreposição dos dois níveis de saúde, no sistema de saúde (VIEGAS, pg. 73, 2005).

Conclui-se que, mesmo no período colonial, o sistema médico angolano é expressão dos valores e da estrutura social da sociedade em que surgiu, sendo em certa medida o espelho da mesma. Neste sentido, o sistema de saúde desse período é composto por duas tradições médicas com diferentes origens: a tradição africana, comumente apresentada por medicina tradicional e a medicina moderna ocidental, a medicina que veio da metrópole portuguesa.

2.2 Crise capitalista e ditadura³⁶

Acredito ser importante fazer esse parêntese para retratar um pouco como as políticas da metrópole portuguesa interferiam na situação interna da região que hoje é Angola. Os impactos acontecem tanto no âmbito econômico, quanto no social, incluindo a área sanitária.

³⁶ Ditadura conservadora, católica e colonialista que vigorou em Portugal de 1933 (data de aprovação da nova Constituição Política da República Portuguesa) a 25 de abril de 1974. Surgiu na sequência do golpe militar de 28 de maio de 1926, que derrubou a I República (1910-1926). Além da supressão da liberdade política, instituiu a censura e a polícia política. Até 1968, a sua figura de proa foi António de Oliveira Salazar, presidente do Conselho, a quem sucedeu a Marcelo Caetano (CASTELO, 2013, pg. 509).

Em 1933 inicia-se uma nova etapa na administração colonial portuguesa, em consequência da crise internacional de 1929. Foi através de um novo equilíbrio orçamental, em oposição a um modelo descentralizado até então, agora marcado por uma centralização imperial e forte tom nacionalista.

...as colónias tornaram-se mercados reservados para a produção da metrópole e fornecedores de matérias-primas para as indústrias metropolitanas. Em favor de uma suposta integração económica imperial, a nova política sacrificou o fomento autónomo das colónias e, na prática, beneficiou os interesses metropolitanos (CASTELO, 2013, pg. 510).

Nesse mesmo período, dá-se início a campanhas que instigavam o sentido de orgulho e defesa das colónias. Vinculava-se um discurso com fundamento racista que intencionava legitimar o modelo de exploração aplicado aos colonizados que deveriam trabalhar forçosamente para pagar os impostos demandados pela metrópole, fator este que ocasionava um parcial aniquilamento das sociedades locais.

Formalmente, o Estado continuou a assumir um papel protetor e paternalista relativamente aos indígenas, nos domínios da saúde, educação elementar e assistência técnica e agrícola, mas o grosso da “missão civilizadora” foi deixado à livre iniciativa e ao exemplo, não só dos colonos, mas também dos missionários. Através do Acordo Missionário com a Santa Sé (1940) e do Estatuto Missionário (1941), o Estado financiava as missões católicas e estas asseguravam a “educação do indígena” para os “valores da civilização” (trabalho, língua portuguesa, patriotismo e religião), cabendo à Igreja um importante papel de “nacionalização” da ocupação colonial (CASTELO, 2013, pg. 512).

Em torno de 1940, observam-se os primeiros grupos nacionalistas, nos principais centros urbanos (Luanda, Benguela, Huambo, Lubango). Eram atividades de oposição ao projeto colonial português, nascendo no seio de associações de caráter cultural, porém possuíam uma perspectiva política. São algumas a Sociedade Cultural de Angola, a Associação dos Naturais de Angola (ANANGOLA) e a Casa dos Estudantes do Império localizada em Lisboa. (PIMENTA, 2014).

Devido à pressão interna e ao fim da Segunda Guerra Mundial (1945), que desacredita no racismo científico, impulsiona-se o fim do sistema colonial europeu e dá-se início a um processo de modernização e industrialização. Essa nova pressão externa acarreta uma reformulação da política doutrinária, alterações legislativas e medidas

inéditas de fomento econômico em Angola por parte de Portugal. Em 1955, com a adesão de Portugal a Organização das Nações Unidas - ONU as pressões se tornam ainda mais latentes, o artigo 73º da Carta da ONU determinava que os antigos impérios preparassem suas colônias para a instituição de um governo autônomo.

Tanto as pressões internas como as externas levam Portugal a iniciar um novo modelo administrativo nas então suas províncias. Entre 1953 e 1959 surgem o I e o II Plano de Fomento em Angola que visavam investir recursos na colônia principalmente nas áreas de comunicação e transporte, e a área de saúde respectivamente (CASTELO, 2013), mais tarde ainda são lançados mais dois planos que chegam ao seu fim com a derrocada da ditadura em Portugal. Apesar dos esforços para fomento e desenvolvimento da Província de Angola, em 1961, é dada a deflagração da guerra de independência de Angola colocando em causa a continuidade do Império Português (PIMENTA, 2014). Importa salientar que os projetos implantados eram em grande parte instrumentos de manipulação e propaganda. Não obstante, e apesar da ditadura e da guerra colonial, considera-se que houve uma melhoria na condição de vida das populações africanas, bem como, aumento da escolaridade e dos cuidados primários de saúde.

2.3A dor da guerra e a busca pela cura

O atual sistema de saúde angolano é retrato de um país que sofreu nessas últimas décadas cruéis guerras. A população da atual Angola viveu longos anos sob um regime colonial, sendo somente entre 1961 e 1974 que surgem os movimentos de libertação, liderados por grupos como MPLA – Movimento Popular de Libertação de Angola, FNLA – Frente Nacional de Libertação de Angola e UNITA – União Nacional para a Independência total de Angola, que desencadearam uma luta armada contra o colonialismo português, conforme observado acima. Foram iniciadas as negociações com esses principais grupos nacionais no intuito de alcançar o processo de independência e implantação de um regime democrático. Em 11 de novembro de 1975, é declarada a independência, a qual não foi marcada por um momento de paz, pois guerras civis foram iniciadas numa luta pelo controle do país.

A guerra se alastrou por Angola até o ano de 2002, quando finalmente um acordo de paz foi selado. A guerra civil teve como consequência grandes danos estruturais, foram inúmeras as perdas humanas e econômicas.

À semelhança de outros sectores públicos, o sector da saúde sofreu uma situação bastante difícil, quer pela saída massiva de quadros qualificados, quer pela destruição de infra-estruturas sanitárias existentes no período colonial, como resultados das guerras civis no pós-independência de Angola. Constituiu tarefa prioritária a concepção de opções políticas destinadas ao melhoramento do estado sanitário, tanto devido a agressão bélica, quanto pela estigmatização sofrida no passado colonial. (VIEGAS, 2005, pg. 74).

No período pós independência, é possível observar dois momentos distintos que influenciaram a constituição do Sistema Nacional de Saúde Angolano – SNS. O primeiro acontece logo após a independência, caracterizado por uma economia planificada, de orientação socialista e que se mantém até 1992, quando inicia-se um período de economia de mercado. Ainda no primeiro momento, são estabelecidos, através do SNS, os princípios da universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, nesse momento prestados, única e exclusivamente, pelo Estado. O momento também se caracterizou por um alargamento da rede sanitária, bem como, pela escassez de recursos humanos em saúde, segundo dados estatísticos da época, em Angola eram encontrados apenas 20 médicos (QUEZA, 2010). Com o objetivo de aumentar a oferta de médicos e profissionais de saúde, o Estado recorre a contratação de profissionais via acordos de cooperação.

No segundo momento do período de pós independência, observa-se um agravamento do conflito armado, a implementação de reformas políticas, administrativas e econômicas que acarretaram em impactos negativos no SNS, como por exemplo, a destruição e redução drástica da rede sanitária (QUEZA, 2014). A partir de 1992, o Estado angolano deixa de ter exclusividade na prestação dos serviços de saúde, abrindo espaço para o setor privado. Na segunda fase da economia de mercado, temos o alcance da paz que se traduziu em estabilidade macroeconômica, intenso empenho para a reabilitação e reconstrução de todas as esferas públicas inclusive do SNS.

O Relatório da ONU de 2002 apresenta as estratégias de cooperação da OMS

com Angola. Cerca de 65% das unidades de saúde haviam sido destruídas ao fim da guerra civil, equipamentos foram saqueados e outros perderam uso por falta de manutenção, em especial nas zonas periféricas. A acuracidade dos dados referente aos indicadores sociais pode ser questionada devido à dificuldade de mapeá-los. Apesar disso, estima-se que, à época, o número de pessoas atendidas no sistema de saúde formal por cada centro médico era exorbitante. Nas províncias com melhores indicadores sociais como a de Cabinda, cerca de 9.400 pessoas eram atendidas por centro médico. Em províncias como a de Bié, considerada a pior situação, temos os dados de cerca 460.000 pessoas por centro médico (ONU, 2002).

Tal como refere José Van-Dúnen (2003) “a rede sanitária encontra-se destruída em mais de 60% da provocando uma série de debilidades tanto na prestação dos serviços e saúde quanto no pessoal médico e paramédico. (segundo dados estatísticos apresentados pela Ministra de Saúde nas Jornadas Científicas sobre o sistema de saúde de Angola” decorridas em Janeiro de 2004, existem em todo país somente 8 hospitais centrais e 32 hospitais provinciais, 228 Centros de saúde urbanos e rurais, 1453 postos de saúde, os quais abarcam 10105 camas, o que equivale a 0,75 por mil habitantes. Os profissionais de saúde são em numero de 57.301. (VIEGAS, pg. 74, 2005).

Atualmente, de acordo com o último relatório do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA (2014), Angola ainda possui indicadores sociais abaixo do esperado se compararmos a outros países emergentes. Apresenta uma expectativa de vida ao nascer de 48 anos. A taxa de mortalidade infantil, que havia apresentado aumento entre o final dos anos 1980 e meados da década de 1990, passou de 137 para 166 óbitos por mil nascidos vivos, mas tem apresentado sinais de redução após o final dos conflitos, atingindo o patamar de 116 óbitos por mil nascidos vivos em 2008. Em 1996, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos residentes em Angola (274 óbitos por mil crianças nessa faixa etária) foi considerada a segunda maior do mundo, inferior apenas àquela estimada para a população residente em Serra Leoa. Em 2002, essa taxa é de 193,5 por mil crianças, revelando uma redução expressiva após a assinatura do acordo de paz. No entanto, a cobertura vacinal nos dois primeiros anos de vida das crianças é muito baixa: apenas 29,1% delas haviam sido imunizadas contra doenças infantis antes do primeiro ano de vida (43,3% na área urbana e 12,4% na área rural).

No âmbito político-econômico, o país tem passado por transformações

marcantes. Depois do impasse das eleições de 1992 e da retomada da guerra civil que durou até 2002, somente em 2008 houve eleições legislativas e em 2010 a aprovação de uma nova Constituição. A atual economia está baseada principalmente no setor petrolífero. De acordo com dados do Banco Mundial, em 2012, o petróleo correspondia a 46% do PIB de Angola e a 96% das exportações. O crescimento da agricultura e da indústria tem se apresentado forte nos últimos anos. A agricultura possui papel importante no mercado de trabalho, pois emprega dois terços da mão de obra angolana.

Apesar da melhora tanto nos indicadores sociais, quanto econômicos, a atual situação precisa ser analisada a partir de uma perspectiva global, pois mais de 10 anos depois do fim da guerra civil, o serviço público de atenção à saúde ainda encontra-se em reconstrução. A análise precisa partir não apenas da perspectiva de atendimento à saúde básica, mas também a partir das condições sanitárias e de infraestrutura do país. Os pilares dos possíveis êxitos são apontados como a melhoria das condições de vida e de saúde da população, vão além do atendimento médico e da existência de centros médicos. Porém, ainda são precários os serviços básicos como água potável, saneamento básico, condições habitacionais adequadas, condições nutricionais mínimas, segundo relatórios de órgãos internacionais como a ONU. De acordo com Fontes (2011), os atuais problemas encontrados na saúde pública angolana podem ser resumidos por três grandes pontos: Questões relativas ao orçamento público; Formação de recursos humanos; Infraestrutura e facilidades de disposição de equipamentos.

Ao analisar a proposta orçamentária de Angola para 2015³⁷ (ANGOLA, 2016) observa-se as disparidades da fatia de recursos alocados para os diferentes órgãos. Comparando o recurso total destinado ao Ministério da Saúde de Kz³⁸ 112.333.872.582,00 e o do Ministério da Defesa de Kz 567.202.321.604,00, observamos que o último possui orçamento 5,04 vezes maior que o Ministério da Saúde. Esses dados são semelhantes aos apresentados por Fontes (2011) com relação às informações de 2008 que apresentam um orçamento 5,6 vezes maior do

³⁷ Disponível em: <http://www.cidadao.gov.ao/VerPublicacao.aspx?id=1317>. Acesso 30 de junho de 2015.

³⁸Kz é a referência para a moeda local o Kwanza.

Ministério da Defesa em relação ao Ministério da Saúde.

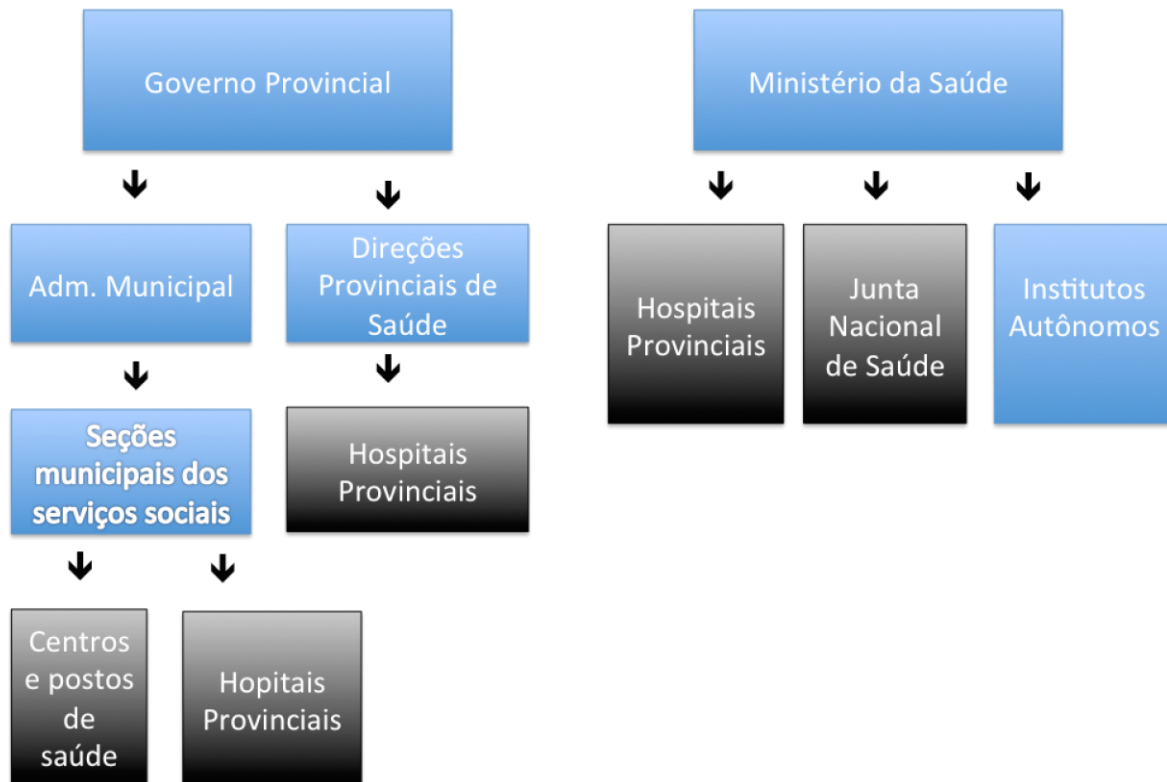
Conforme relatório apresentado pela OCDE sobre Perspectivas Econômicas na África, A fragmentação do setor público de saúde e sua falta de harmonia entre suas diversas unidades geram uma ineficiência e má alocação dos recursos. A má qualidade dos serviços de saúde são consequências da insuficiente falta orçamentária destinada a esses setores sociais (OCDE, 2005, p. 62).

Outro importante gargalo são os recursos humanos. Em um país com cerca de 5.200 médicos, de acordo com a Ordem dos Médicos Angolanos (2016), com pouco mais de 24 milhões de habitantes, temos um total de 1 médico para cada 4.689 habitantes, isso sem considerar que o número de médicos em centros urbanos é maior do que nas zonas rurais. A OMS considera o número ideal é de 1 médico para cada 1.000 habitantes.

Pode-se lembrar aqui de Falola (2003) ao afirmar que a dimensão da cultura domina as discussões sobre África e que os africanos sempre buscam alternativas para evitar as diferentes formas de dominação através dessa dimensão como arma de proteção. Assim, ao concordar com Viegas (2005, p. 75), diante dos dados apresentados compreende-se que o peso do fator cultural pode ser entendido como busca de métodos alternativos de tratamentos por parte da sociedade civil angolana, principalmente dos segmentos mais excluídos da sociedade. Logo, acredito que entender a existência dos sistemas de saúde que atualmente coexistem é determinante para vislumbrar a construção de uma política nacional de saúde por parte do governo angolano.

2.3.1 Uma casa ainda de taipa

Apesar do período de paz, ainda se apresenta de forma muito incipiente a busca por uma melhor estruturação das políticas públicas, as melhorias das condições de vida, os avanços na área de saúde do SNS carece de “instalações de saúde biomédicas apetrechadas com tecnologia para diagnósticos e terapêutica” (VARANDA, 2015, pg. 125). O modelo do SNS angolano se formula conforme o quadro a seguir:



Fonte: Viegas, 2005, pg. 78.

Já Queza (2010, pg.20) exemplifica o sistema de saúde angolano a partir da sua divisão em três níveis hierárquicos:

- Nível 1 - Cuidados Primários de Saúde - CPS – representado pelos Postos/ Centros de Saúde, Hospitais Municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, constituem o primeiro ponto de contato da população com o Sistema de Saúde;
- Nível 2 - representado pelos Hospitais gerais, é o nível de referência para as unidades de primeiro nível;
- Nível 3 - representado pelos Hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados, é o nível de referência para as unidades sanitárias do nível secundário.

Tendo como modelos os dois exemplos acima, observa-se que a medicina tradicional não faz parte do sistema oficial de saúde angolano, ela é colocada à margem do mesmo. Estima-se que entre os dois modelos de conhecimento, medicina tradicional e biomedicina, a medicina tradicional possui maior alcance e abrangência de atendimento do que a biomedicina. Por outro lado, a medicina tradicional ainda encontra dificuldades no que tange seu posicionamento como alternativa para tratamentos dentro do sistema formal, seja por sua dificuldade de organização, seja pela dita falta de comprovação científica.

A ausência de um quadro legal gera uma série de impeditivos para melhor aproveitamento da medicina tradicional, assim como a falta de integração da mesma no sistema oficial acarreta na ausência de informações, desde quantitativos até eficácia de tratamentos. Não obstante a essas condições, os medicamentos tradicionais são encontrados à venda nos mercados informais e nas ervanárias, sem qualquer controle de qualidade e em inadequadas condições de conservação. A falta de inclusão desses medicamentos no sistema formal e a inexistência de regulamentação dos mesmos são consequências da ausência de uma farmacopeia nacional. Há de se reconhecer que os produtos fornecidos pelos curandeiros tradicionais, ervanários, resultam de conhecimentos transmitidos de gerações para gerações e por muitas vezes são repassados como segredo familiar, fator que pode ocasionar dificuldade para mais profunda investigação sobre os mesmos. Logo, faz-se necessário avaliar qual a melhor maneira de incluir esses conhecimentos de forma oficial no SNS para assim constituir um sistema integrativo de saúde. Tanto o sistema oficial quanto o tradicional ainda precisam melhor estruturar suas bases, o que chama atenção é que, enquanto um é incapaz de atender todo o território nacional, seja por falta de recursos financeiros quanto de infraestrutura, ao outro lhe falta legitimidade em termos de política pública de governo.

A medicina tradicional ainda não alcançou o lugar que lhe é devido, esse posicionamento pode ser observado tanto nos discursos dos profissionais de saúde quanto nos de acadêmicos, que ao debruçarem-se sobre a medicina tradicional, parece tomar como única referência o chamado saber científico, fazendo alusão à medicina

tradicional como alternativa, residual à medicina convencional, sem atribuir os significados sociais desse saber.

Considerando a relevância desses saberes ancestrais e o elemento cultural atrelados a eles, pouco a pouco, novos discursos têm se delineado com o objetivo de valorizar esses sistemas de saúde tradicionais. No dia 31 de Agosto de 2003, na comemoração do dia da Medicina Tradicional Africana, Pielo Paolo Ballardelli, representante da OMS em Angola, faz uma intervenção marcante sobre a importância dos saberes tradicionais:

A medicina tradicional é algo que não é só curar a doença, mas é sobretudo, uma parte intrínseca da sociedade, uma maneira de as pessoas se comunicarem entre elas, algo que pertence a uma estrutura profunda e séria e que vive num ambiente natural. E, por isso, se não se apoiar a medicina tradicional numa sociedade, cuja população tem-na como um meio de sobrevivência como é o caso de Angola e de África, na realidade, está-se a matar a sociedade, está-se a tirar dela um elemento de sua identidade cultural. (BALLADELLI, 2003, apud, VIEGAS, 2010, pg. 121).

A partir da afirmação de Ballardelli, a medicina tradicional, em alguns países africanos, como é o caso de Angola, ocupa um lugar de destaque nos cuidados primários da saúde, pois um alto percentual da população recorre a este tipo de prática como primeira alternativa de tratamento. Viegas (2005, pg. 84) apresenta que a estimativa seja de 1:200 habitantes o rácio de praticantes de medicina tradicional, enquanto os praticantes da medicina moderna é de 1: 25.000 habitantes. Neste sentido, Ebraim Samba (2003) Diretor Regional da OMS, constata: “Apesar de todos os revolucionários e dramáticos progressos nos cuidados da saúde prestados as populações no sec. XXI, em grande parte da África a vida começa com o apoio da medicina tradicional e é ela que a mantêm.” (SAMBA, 2003, pg. 1).

Nessa perspectiva, observa-se, novamente, o campo de atuação das medicinas tradicionais africanas, elas perpassam a ideia de que a doença é uma condição exclusivamente física, elas atuam e se desenvolvem a partir da congruência de diversas áreas da vida social.

De facto, as medicinas tradicionais africanas evoluem numa estreita imbricação com outros sectores da vida social e nessa intermediação, elas obrigam a um redimensionamento do conceito de “doença” que ultrapasse a categoria de

“infelicidade” na ordem individual, traduzido em aspectos de ordem cognitiva, simbólica e institucional próprios de tais sociedades.” (VIEGAS, 2005, pg. 85)

Viegas (2005) dá continuidade a este raciocínio afirmando que a “problemática” dos poderes e saberes paradoxos da chamada medicina tradicional permanecem. Esses ainda são por vezes rejeitados e incompreendidos, tanto pelas autoridades coloniais de outra época, conforme observado, quanto pelas atuais autoridades angolanas. Apesar dos esforços para valorização desta medicina, observado nos primeiros anos do pós-independência de Angola, décadas depois e ainda não é possível observar a elaboração de um quadro jurídico, tanto para regulamentação da deontologia dos agentes/médicos tradicionais quanto para proteção da flora³⁹. Outro agravante é a dificuldade de se obter e aprofundar dados. Não é possível afirmar de maneira fiável, por exemplo, a quantidade de consumidores da medicina tradicional, bem como o número exato de agentes tradicionais que existem em Angola.

2.3.2 Repensando a medicina tradicional angolana: estratégias para revalorização

Como observamos ao longo deste capítulo, a medicina tradicional sempre esteve presente em Angola como um método de tratamento. Porém, é na década de setenta que surgem, de maneira mais robusta, projetos e estratégias políticas para (re)valorização da mesma, no período pós-independência, no horizonte da nova nação estava presente a preocupação em valorizar a cultura local, a medicina tradicional. Porém, com o passar do tempo, seja por conta das guerras, da formação de outras construções políticas, essa preocupação foi gradativamente desaparecendo. Os projetos culturais, rotuladas de “saber local”, o que Mundimbe chamou de Biblioteca Colonial, foram perdendo seu espaço. Apesar de tudo, em um momento de despontar da medicina tradicional, em 13 de dezembro de 1975 nasce a Lei 9/75 que no seu artigo 2º, letras “f” e “l” o seguinte:

f) Promover a integração no serviço nacional da saúde de todas as actuais

³⁹ Em países como o Mali e o Benin já se observa a construção de um quadro jurídico tanto para deontologia dos médicos tradicionais quanto para proteção da flora.

estruturas medico-sanitárias do país, englobando os organismos estatais, os serviços para-estatais, e particulares, bem como os serviços de assistência médica das organizações populares de base;

l) Impulsionar a investigação científica no domínio das ciências médicas em geral e em particular da medicina tradicional de modo a integrá-la na prática clínica. (ANGOLA, DECRETO-LEI, 1975, S. P.)

Ainda como parte do projeto de (re)valorização, em 1979, acontece em Luanda o I Congresso Internacional da Medicina Tradicional dos países africanos e na década de 80 são realizados mais dois encontros sobre a mesma. Viegas (2005; 2010) observa que essas ações eram uma resposta aos planos de governo da época que consistia em: “promover e incrementar o estudo da farmacopeia tradicional com vista à sua utilização em moldes científicos” (MPLA, 1980, pg. 135). Logo, devido às orientações políticas e governamentais, deu-se início a um processo de recolhimento bibliográfico e identificação dos médicos tradicionais, principalmente a partir da organização de associações como é o caso do Centro de Estudos de medicina Tradicional Angola - CEMETRA. Na época, foram inventariados em média 15.000 terapeutas tradicionais a nível nacional.

A medicina tradicional foi vista e passa a ser observada, neste momento, não apenas como um conjunto de conhecimentos empíricos, ela passa a fazer parte de um projeto maior e que se transpõe em um modelo de desenvolvimento que visa uma política sanitária renovada. Não deve ser observada como uma realidade ultrapassada, “mas, acima de tudo como um sistema de saberes e práticas que transmitem a ideia de continuidade.” (VIEGAS, 2005, pg. 99). Por um lado, o seu aproveitamento parece ser crucial e eminente, inclusive apoiado pela OMS, através da publicação de documentos que visam construir estratégias para a inclusão da medicina tradicional nos sistemas nacionais de saúde africanos.

A sua não inclusão no SNS, ocasionada tanto pela instabilidade política e econômica do país, quanto a existência de uma ideia de marginalização desde conhecimentos devido ao processo de colonização, parece contribuir para um aumento significativo do quadro epidemiológico do país, principalmente no que tange doenças como diarreias, malárias, doenças mentais e AIDS (VIEGAS, 2005).

No tocante a posicionamentos da atualidade, é preciso afirmar que as conclusões divergem neste ponto. De acordo com entrevistas que fiz, no ano de 2015, com médicos brasileiros que hoje atuam em projetos de cooperação internacional em saúde em África, de organismos não-governamentais, há uma concordância, entre eles, no sentido de que a medicina tradicional gera um aumento da mortalidade, e ainda dificulta um tratamento mais rápido e eficaz. Assim como há esse posicionamento dos médicos brasileiros entrevistados, há entrevistas feitas por Viegas (2010) a Vice-Ministra de Saúde angolana que apresenta que o esforço de inclusão da medicina tradicional é latente a nível de saúde pública:

O Instituto Nacional de Saúde Pública deverá pesquisar as ervas com que eles trabalham e saber a metodologia que empregam. Se nós conseguirmos recolher os indivíduos que praticam a terapia tradicional e vê-los como parceiros, poderemos arranjar um elo de certeza, que nós iríamos baixar a taxa de mortalidade-infantil. (VIEGAS, 2010, pg. 122).

As barreiras existem, mas ao mesmo tempo, de forma paulatina a medicina tradicional tem alcançado êxitos, principalmente no espaço urbano de Angola. Conforme observa Viegas (2005), palestras e exposições dos produtos medicinais tem se tornado algo mais constante, além dos festejos anuais do dia da medicina tradicional africana. E sem dúvida, o mais relevante de todos é a criação do Conselho Nacional da Medicina Tradicional, em 2004, que dá força e maior legitimidade a mesma, desse fazem parte tanto acadêmicos, quanto médicos convencionais.

2.3.3 Entre a tolerância e desconfiança

Gostaria de iniciar esta parte do trabalho com uma afirmação do ervanário José Ferreira, extraída de Viegas (2010), feita em entrevista ao jornal de notícias em março de 1974: “Muitos médicos são hostis à nossa atividade, certamente porque ignoram os efeitos curativos de diversas plantas”. Ferreira e Sambo são considerados pioneiros na valorização da medicina natural em Angola, criaram diversas ervanárias através de consultas a população. A colocação do ervanário me remete ao que discuti no primeiro capítulo sobre a produção e legitimação do conhecimento. Aqui, novamente, observo o olhar subalterno sendo imposto à medicina tradicional, a descrença em um sistema ancestral se mantêm frente à construção epistemológica elaborada pela ciência

moderna e ocidental. Daí surge o questionamento, tolerância ou desconfiança?

A desconfiança na biomedicina é verificada em parte dos pacientes quando observo a busca de tratamento, principalmente, por meio da medicina tradicional, como primeira alternativa. Além disso, relatos coletados por Viegas (2010), em centro de medicina tradicional de Viana, apresenta claramente esta desconfiança, conforme podemos observar nesta entrevista:

“Esses médicos do hospital não olham para o doente, receitam só. E não querem saber o que tem o doente, que doença tem. Mas o nosso curandeiro conversa, fala conosco, procura onde saiu a doença, se é mal de inveja ou outra coisa. Quando vê qual é a doença, ele dá medicamentos até ficarmos bem” (VIEGAS, 2010, pg. 124).

O relato acima ilustra muito do que foi apresentado no primeiro capítulo referente aos conceitos de saúde, medicina e doença. Nesse extrato, o paciente não parece querer ser tratado a partir de uma análise das partes, mas sim em consonância com uma perspectiva mais holística do seu ser, isto é, não entende que sua doença seja puramente física, mas que ela faz parte de um contexto global, mental e espiritual. Nesta mesma linha, Helman (2009) observa, assim como foi relatado no capítulo anterior, que os curandeiros, xamãs, ngangas possuem como metodologia de tratamento a inclusão das famílias e comunidades, enquanto que os médicos ocidentais buscam como tratamento o foco físico da ausência de saúde.

Já no tocante à desconfiança, em relação à medicina tradicional, surge novamente a discussão referente à falta de catalogação das plantas utilizadas, além da ausência de comprovação científica, visto que sua validação acontece por vezes de maneira empírica. Sendo interessante lembrar que por ausência de olhar mais abrangente da medicina científica, tem surgido um movimento da medicina comunitária, amplamente ensinada em Cuba e na Colômbia e atualmente aplicada no Projeto Mais Médicos no Brasil, conforme já foi observado.

Nesse sentido, a desconfiança parte dos dois lados. Logo, seria a tolerância e o

redimensionamento dos dois modelos de conhecimento dentro da saúde pública uma alternativa possível para o SNS angolano? Quais os entraves que ainda precisam ser superados para que a medicina tradicional possa tomar seu espaço de direito oficialmente no SNS. Apresentarei a seguir alguns países africanos, como o Benin e Mali, que já apresentam um trabalho mais integrativo entre a medicina tradicional e a biomedicina no sistema oficial de saúde.

Gradualmente, a medicina tradicional tem buscado seu espaço, seja por seu grande alcance de atendimento, seja por demandas externas, como as pressões da OMS, seja pela impossibilidade da medicina ocidental atender de forma satisfatória toda a população angolana. Neste sentido, seria a tolerância entre as duas não uma escolha, mas sim, a única alternativa viável? Observamos, claramente, que a população acredita na medicina tradicional como alternativa para tratamento de cura. Quais seriam então os outros níveis que precisam ser alcançados para que a mesma seja legitimada? Seria o âmbito político? Como fazer as autoridades compreenderem a importância não só em termos de tratamentos para a sociedade angolana, mas também em termos sociais? Para responder a estas perguntas, acredito ser necessário entender o espaço subalterno que esta medicina ocupa para assim podermos desconstruir os modelos impostos.

“Temos a tendência de nos comportarmos como amnésicos procurando copiar de maneira infantil o que os outros fazem, em vez de procurarmos no nosso passado, no nosso patrimônio histórico, cultural e político as soluções mais adaptadas às nossas necessidades. Ao correr sempre atrás dos outros, ficamos sem fôlego e caímos.”

Alioune Blondin Beye

CAPÍTULO III: AS MEDICINAS EM ANGOLA, UM MODELO MAIS INTEGRATIVO

Diante do exposto, acredito ser importante refletir sobre a herança histórica, cultural e política da medicina tradicional angolana, para assim entender o seu atual papel. No que tange a saúde e conforme já foi apresentado, é preciso entender o amplo campo, que a mesma abrange, a partir de uma perspectiva cultural. Para autores que que desenvolveram trabalhos de campo em Angola, os “problemas de saúde é não ter dores numa determinada parte do corpo, é ter uma aflição na totalidade existencial do sujeito”. (VIEGAS; VARANDA, 2015, pg. 202).

A doença no espaço cultural de Angola abarca não só o corpo físico, ela ocupa o mundo natural (vírus, micróbios), o mundo social (família e comunidades) e o mundo sobrenatural (espíritos, forças mágicas, divindades). E é neste sistema complexo, que o angolano se depara com o que Viegas (2010) chama de intermedicinas, isto é, encontramos em Angola um pluralismo médico, nesta sociedade são utilizadas diferentes tradições médicas (medicina tradicional e medicina ocidental). Aparentemente, o modelo pode se apresentar de forma funcionalista e até mesmo integrado. Porém, na realidade, isso não se verifica. Como explicitarei anteriormente: no cotidiano angolano, as duas medicinas coexistem, porém não trabalham de forma integrada. Essa situação ainda se agrava quando apenas a medicina ocidental é reconhecida dentro do SNS.

3.1 Da cultura ao fortalecimento do *self* angolano

Iniciarei as discussões com o que acredito ser a peça principal deste quebra cabeça, o africano, e mais especificamente o angolano. Como se pode observar, trabalhei durante todo o texto a importância da cultura como fator determinante para entender o papel da medicina tradicional em Angola e no mundo. Observei que enquanto reproduzimos os conhecimentos hegemônicos deixamos de lado as produções locais, e que, muitas vezes, as reproduções dos projetos hegemônicos ao invés de beneficiar uma certa população, por vezes, acabam por agravar uma negativa

condição da mesma. Desse modo, o que gostaria de explorar doravante é o conhecimento milenar da medicina tradicional angolana frente aos atuais modelos de saúde e desenvolvimento. Entender o local que a medicina tradicional angolana ocupa no mundo pode ser um dos caminhos para entender o espaço que a mesma ocupa em Angola.

Para tanto, me valho das construções conceituais de Mignolo (2003). Em primeiro lugar, procuro deixar clara a dificuldade da medicina tradicional angolana emergir como único conhecimento no universo de Angola, uma vez que não há mais espaço para construções históricas unilaterais, como afirmou o autor. Para que a medicina tradicional pudesse ser integrada verdadeiramente no sistema de saúde oficial, seria necessário um projeto global, que conforme a minha análise, deve se apresentar multifacetado, isto é, composto por várias histórias locais: a medicina tradicional angolana precisa emergir não como única alternativa, mas sim como um composto que deve ser trabalhado em conjunto com a biomedicina. A resposta, por assim dizer, deve partir de um processo de complementariedade, aceitação, compreensão. Logo, a questão que me surge é: quais os caminhos que a serem traçados para alcançar essa referida medida de complementariedade?

Acredito que para que esse movimento possa traduzir-se em realidade, ele deverá passar por um fortalecimento do lugar de sujeito do próprio africano no mundo. Trata-se do que Mbembe (2001) chamou “a auto inscrição do self africano”. Tornar possível o projeto de soberania e autonomia demanda um processo de descolonização do conhecimento, não apenas uma descolonização sócio-histórica como apresenta Mignolo (2003) ao afirmar que essa não produz uma forma crítica de pensar. É necessário desconstruir o sistema de domesticação que pervaga os três momentos históricos: escravidão, colonização e apartheid. A partir da ótica economicista e radical “Os três vetores deste processo de domesticação eram a conversão ao cristianismo, a introdução à economia de mercado e a adoção de formas de governo racionais e iluministas” (MBEMBE, 2001, pg. 180). Já na perspectiva nativista, a domesticação estava estritamente vinculada a identidade cultural, difundida por três vetores: pertencimento à condição humana (igualdade), valores autóctones (tradição) e a ideia

de raça.

Mbembe (2001) apresenta fortes críticas a esses projetos de (re)construção do self quando esses se desenvolvem dentro de um paradigma racista, de uma inversão dos discursos dominantes, de onde são retiradas suas características principais e construídos discursos de oposição. Esses discursos possuem elementos dicotômicos que podem ser observados a partir da confrontação cultural entre civilizados e selvagens, ou ainda diferença racial entre brancos e negros, entre outros.

A partir disso, observo, aqui o longo trajeto a ser traçado rumo a construção do self". Mbembe (2001, pg. 199) reconhece que este projeto de (re)construção do self só é possível frente as "diversas (e muitas vezes interconectadas) práticas através das quais os africanos estilizam sua conduta e podem dar conta da densidade da qual o presente africano é feito." Por sua vez, Kajibanga (2008) observa que essas novas construções podem surgir a partir de debates que já estão sendo realizados, os quais o autor divide em três tipos diferentes: o primeiro deles trata sobre a existência de uma filosofia africana; o segundo, sobre a drumologia, isto é, estudo dos tambores africanos falantes; o terceiro discute as problemáticas do universalismos e da indigenização. O debate que trata das teologias africanos dá lugar ao surgimentos das ciências sociais e humanas de reconstrução. Logo, não seria a medicina tradicional angolana uma dessas práticas observadas por Mbembe, ou parte dos debates apresentados por Kajibanga?

Estas observações me remetem a situações apresentados no início deste texto, em que é possível perceber a complexidade cultural e histórica na qual o africano está inserido. No tocante a problemática da saúde, observamos práticas modificadas a partir do entrelaço cultural provenientes, por exemplo, do processo de globalização. Autores como Rosa Melo (2008) e Fátima Viegas (2010) relatam sobre a utilização, de forma concomitante, dos dois sistemas de saúde: o biomédico e o tradicional. Os pacientes acreditam que algumas doenças não podem ser tratadas pelo sistema biomédico, ou ainda, que há males que precisam ser tratados a partir dos dois sistemas. Enquanto o biomédico é responsável pelo tratamento dos sintomas, o tradicional dará conta do fator causal e existencial da doença. Neste último caso os dois sistemas operam de forma

concomitante e unificada, onde o resultado do tratamento depende tanto de um, como de outro.

Friso, neste momento, que, apesar de ser corrente a utilização dos dois sistemas, o modelo tradicional não é ainda, em muitos países africanos inclusive em Angola, reconhecido como ferramenta de política pública. O que quero deixar claro é que ainda há um pensamento que sobrepuja o modelo político e econômico eurocêntrico, em detrimento do tradicional. Por isso a importância dos debates apresentados (KAJIBANGA, 2008; MBEMBE, 2001; HOUNTONDJI, 2010; MUDIMBE, 1988). Esses contribuem para o aprofundamento dos problemas endógenos, e particulares de Angola a partir de um olhar científico, em um movimento contrário aos exageros do ocidentalismo. Sabemos, no entanto, que ainda que os indivíduos quisessem optar pelo sistema científico eurocêntrico, os serviços mínimos de saúde da medicina ocidental não estão acessíveis para toda a população.

Portanto ao se pensar no caso angolano, o conceito do Mbembe (2001) da auto-inscrição do *self* angolano⁴⁰ significaria estar pautada na valorização histórica, cultural, social e política do universo vivido por Angola. A respeito disso, é importante ressaltar que o governo angolano já vem trabalhando no sentido de fortalecimento da cultura local, porém é preciso muita vontade política para implementar ações desse tipo, é preciso enfrentar fortes representações do capital internacional como grandes laboratórios multinacionais e corporações médicas, por exemplo.

Gostaria de ilustrar algumas práticas, como os mercados informais, (as zumgueiras e as ervanárias), nas quais transparecem espaços onde elementos dos saberes tradicionais estão fortemente representados em Angola. Eles são os exemplos de uma fusão da cultura local com a necessidade de fazer parte de um contexto globalizado. A prática cultural aqui pode ser lida como elemento de renovação, revestido de uma força criativa de reconstrução na sua inventiva maneira com o intuito de partilhar o seu espaço no mundo.

⁴⁰ Entendo este termo como a capacidade de o angolano de poder contar sua própria história a partir da sua história e do seu olhar, distanciando-se de uma perspectiva global, hegemônica e ocidental.

Com base nas minhas primeiras reflexões sobre a nação angolana tendo a pensar que as reproduções, de maneira exata dos modelos hegemônicos, não só enfraquecem a Angola de hoje, mas também reproduzem as relações de poder outrora construídas no período colonial. Isto é, observo uma África que ainda tem suas raízes presas em um passado recente que foi pouco discutido, porém bastante disseminado nas práticas culturais de sujeitos pertencentes às potências colonizadoras e imperialistas. É preciso contribuir para o questionamento da lógica da construção de saberes, onde ainda prevalece a ausência de repertórios culturais, locais, isto é, textos africanos, angolanos. Uma acumulação de conhecimento que é apresentada por Mudimbe (1988) como as bibliotecas coloniais, um corpo de conhecimento construído com o propósito específico de traduzir e decifrar fielmente o objeto africano, ou seja, as experiências culturais dos subalternos, dos povos colonizados. As suas construções culturais já foram em muito relegadas a um segundo plano, rotulado como “saber local”, que a tradição filosófica ocidental não considera relevante.

Enfim, os conhecimentos endógenos não são específicos de África, mas assumem neste continente uma importância muito grande. Enquanto os conhecimentos endógenos das sociedades dominantes se impõem espontaneamente e assumem-se como “normais”, os das sociedades dominadas são marginalizados, desmantelados, extintos neste mundo globalizado. Porque eles são constitutivos da identidade dos povos, porque eles são importantes para a construção do futuro, exigem um trabalho específico de explicitação, reconstrução e defesa. É o facto dos conhecimentos endógenos em África serem marginalizados – quer pelas outras sociedades quer pela ocidentalização e uniformização das próprias sociedades africanas – que faz com que aqui estejamos reunidos a estudar os conhecimentos endógenos, especificamente em África. (PIMENTA e KAJIBANGA, s.d. .pg. 7)

Hountondji (2010) constrói uma crítica baseada na constatação de que embora haja em África, um campo institucional de produção de conhecimento, este não evoluiu o suficiente no sentido de formular problemáticas endógenas, baseada nas experiências locais. O mesmo acredita que o conhecimento desenvolvido por africanos deve ter como ponto de partida um objetivo mais amplo. “É necessário conhecer para transformar”. Defende que a produção deve buscar frutos efetivos para o desenvolvimento local, deve ser produzida para África e partilhada com quem vive em África

Os pesquisadores africanos envolvidos nos estudos africanos deverão ter uma outra prioridade: desenvolver, antes de mais nada, uma tradição de conhecimento em todas as disciplinas com base em África, uma tradição em que as questões a estudar sejam desencadeadas pelas próprias sociedades africanas e a agenda de pesquisa por elas direta ou indiretamente orientada (HOUNTONDI, 2010, p. 158).

Outra questão a ser observada é que, de acordo com relatos de pacientes angolanos, há os que afirmam que algumas doenças são desconhecidas pela medicina ocidental, logo a única alternativa é recorrer a medicina tradicional angolana para evitar a morte.

“Aqui temos uma doença, chamam *ongando* ou *olongado*, em Malange chama-se mikila. Aquilo não é doença que passa ao outro, não é, só que no hospital não acusa nem tuberculose, nem paludismo. Então vamos a um curandeiro ou curandeira que sabe. Eles cortam e metem medicamento que passa, essa doença se chama *makulo*⁴¹, se não se tratar, mata a pessoa. Os médicos nos hospitais não conhecem o modo de curar essa doença, só no tradicional.” (VIEGAS; VARANDA, 2015, pg. 206)

Que as duas medicinas coexistem dentro do espaço social de Angola é uma realidade. Sendo assim, se faz legítimo pensar na possibilidade de se construir um projeto que integre e articule esses dois modelos de produção de saúde, um Sistema Integrativo de Saúde Pública de Angola, onde a medicina tradicional deve ser plenamente reconhecida, tanto na prestação de cuidados, quanto na política nacional de medicamentos, no registro de seus produtos, regulamentação de suas práticas e também criação de hospitais de medicina tradicional, ou centros de medicina tradicional dentro das estruturas já existentes. A inclusão deve também alcançar os campos de educação, incluindo o estudo da medicina tradicional dentro do sistema educativo, como as universidades. Essa inclusão passaria, portanto, por uma aqui chamada “institucionalização da medicina tradicional angolana”. Quais seriam então os procedimentos necessários para tal institucionalização?

⁴¹ A doença, trata-se de um inflamação no ânus.

3.2 Emergindo das Sombras

Para Sambo (2003, pg. 8), o termo integração representa um aumento substantivo da cobertura do atendimento a saúde através da colaboração, comunicação, harmonização e parceria entre a medicina tradicional e a medicina convencional, sendo importante assegurar a propriedade intelectual e a proteção do conhecimento da medicina tradicional. O autor angolano acredita que este processo de integração além de aumentar o alcance do atendimento irá construir um respeito mútuo entre os dois conhecimentos visto que, a medicina tradicional terá mais conhecimento sobre a medicina convencional, assim como a convencional também construirá um entendimento maior sobre a medicina tradicional.

Apesar dos benefícios que podem ser gerados pela construção de um sistema integrativo, há muito desafios que precisam ser ultrapassados, dentre eles, podemos citar: a falta de vontade política para integração da medicina tradicional no SNS; falta de marcos regulatórios e legais para a prática da medicina tradicional; proteção inadequada dos direitos de propriedade intelectual e da biodiversidade; falta de mecanismos de registo de medicina tradicional; dados inadequados sobre a validação científica e clínica dos medicamentos tradicionais; e questões relacionadas à prescrição e comercialização de medicamentos tradicionais, e parceria com o setor privado.

Podemos ainda citar, entre os arranjos organizacionais necessários para a institucionalização da medicina tradicional em África, os seguintes pontos, de acordo com o Escritório Regional da OMS na África (2003):

- A criação de um órgão nacional multidisciplinar (por exemplo, o Comitê Nacional de Especialistas, Órgão de Administração, um Conselho Nacional) responsável pela coordenação da medicina tradicional; a formulação de uma política nacional para medicina tradicional, e estabelecimento de marcos legais e regulamentares sobre medicina tradicional, assim como o reconhecimento, regulação e desenvolvimento tanto a prática e os produtos (por exemplo, leis para a prática

- além de cadernos com orientações para o registo de medicamentos tradicionais);
- A alocação de recursos adequados; o desenvolvimento de estratégias e planos para melhorar o ambiente político, econômico e regulamentar para a produção local e uso racional de medicamentos tradicionais; e maior proteção dos direitos de propriedade intelectual e conhecimento médico tradicional;
 - A criação de organismos profissionais de medicina tradicional para melhorar a disciplina em áreas como a elaboração de um código de conduta e ética para garantir a qualidade dos serviços prestados; o desenvolvimento de normas e padrões; o estabelecimento de mecanismos para o reconhecimento oficial da medicina tradicional, incluindo a identificação, registo e credenciamento de profissionais qualificados.

Há de se reconhecer que um projeto desta magnitude requer não só vontade política mais também recursos financeiros, institucionais e de pessoal. Atualmente, sabe-se que as ineficiências do atual sistema nacional de saúde se encontra exatamente pela falta desses mesmos recursos.

No tocante ao processo de colaboração entre os dois conhecimentos, em áreas como encaminhamento de pacientes, estrutura de partilha de informações e interface entre os dois sistemas médicos, o Escritório Regional da OMS em África (2003) acredita ser necessário, a fim de se impulsionar a investigação e, no intuito de se alcançar mais segurança e eficácia, tanto nos tratamentos, quanto na distribuição dos medicamentos à base de plantas medicinais:

- Estabelecimento e estreitamento do diálogo entre médicos tradicionais e biomédicos;
- Construção de um espaço de confiança mútua entre os profissionais das duas medicinas com o objetivo de facilitar o diálogo;
- Desenvolvimento de um sistema legal;
- Construção de um sistema onde seja possível a troca de informações, seja por meio de seminários, workshops, reuniões, desta forma se construirá um espírito de abertura e transparências entre os profissionais das duas áreas;

- Incentivos para pesquisa com a finalidade de produzir evidências com relação a segurança, eficácia e qualidade das plantas medicinais;
- Construção de centros de medicina tradicional nos distritos com o objetivo de encorajar o diálogo entre as duas medicinas e ainda promover a utilização de medicamentos tradicionais;
- Garantir a participação de médicos tradicionais em eventos sobre saúde, tais quais, congressos, seminários, entre outros;
- Inclusão da medicina tradicional nos currículos acadêmicos da medicina ocidental;
- Incentivo à consulta simultânea de pacientes como já ocorre em países como Gana, Mali, Suazilândia, Senegal, com o objetivo de reforçar a colaboração entre os profissionais das duas medicinas;
- Maior recorrência na citação de nomes da medicina tradicional em revistas médicas.

Reconheço que os pontos acima não são fáceis de serem alcançados, eles representam uma profunda reorganização do sistema de saúde pública, o que está longe da situação dos sistemas de saúde africanos conforme observamos nos dados apresentados no segundo capítulo, especialmente no tocante à quantidade de médicos, hospitais, centros, maternidades entre outros. Sua implementação requer tanto investimentos financeiros, quanto a necessidade de um forte desejo político e social. Político quando tratamos das instituições públicas que precisam se dedicar a essas transformações e construir as bases estruturais do novo sistema integrativo. Social no sentido de que sem o apoio dos biomédicos e dos médicos tradicionais a construção de um novo modelo pode ser fadada ao insucesso. Além disso, deve-se atentar ao posicionamento da OMS, conforme já apresentei anteriormente, os organismos internacionais fazem parte de uma construção de conhecimento que em muito está vinculado as produções hegemônicas.

De forma ainda muito incipiente e pautados por projetos em estruturação nos países africanos, podemos olhar para medicina tradicional como uma ferramenta importante, tanto para as políticas internas de saúde, quanto para as políticas externas.

A OMS apresenta a medicina tradicional como uma alternativa possível e viável para região, capaz não só de construir outra forma de desenvolvimento, como também unir os estados da região. Neste sentido, o Escritório Regional da OMS em África acredita ser necessário promover suas diretrizes e ferramentas para implementação de um sistema integrado de saúde pública.

Apesar das sugestões apresentadas pela OMS pouco se observa em termos de implementação direta. Espaços de discussões sobre o tema ainda se fazem presentes como é o caso Fórum da Medicina Tradicional em Angola, o qual o mais recente ocorreu em 31 de janeiro a 3 de fevereiro de 2015, na localidade de Calumbo, município de Viana, na capital do país, com a participação de terapeutas provenientes de todas as províncias. Outra informação que representa uma grande vitória é a divulgação da construção de um hospital de medicina tradicional, decisão proveniente do Fórum de Medicina Tradicional de Angola. O encontro também recomendou a construção de três fábricas de medicamentos tradicionais angolanos nas províncias de Malange, Uíge e Kuanza-Sul, bem como de um instituto de pesquisa de plantas medicinais e de escolas superior e técnica de laboratório e farmácia para medicina tradicional. O mesmo conselho, participante do fórum, também acredita ser importante a criação de uma base de dados para registro de plantas medicinais investigadas e elaboradas para a sua divulgação, bem como a criação de jardins botânicos e estufas.

Diante disso, fica claro que 13 anos depois das sugestões da OMS, Angola trabalha ainda a passos curtos para a implementação de medidas que tornem a medicina tradicional parte do SNS, seja por meio de medidas menos dispendiosas como políticas de legalização dos médicos tradicionais no país, ou por meio de altos investimentos financeiros como a construção de hospitais de medicina tradicional.

3.3 Empirismo ou sucesso?

Apesar dos estudos científicos sobre a eficácia da medicina tradicional ainda caminharem lentamente, há alguns países africanos como é o caso da Nigéria, que

têm feito pesquisas nesse âmbito para tratamentos de anemia falciforme, ou de Burkina Faso que tem utilizado a medicina tradicional como uma alternativa para tratamentos de HIV/AIDS. Apresentarei esses casos no intuito de indicar que os tratamentos com medicina tradicional surtiram efeitos positivos no tratamento dessas doenças, o que vem a fortalecer o argumento de que a medicina tradicional possui conhecimentos relevantes na cura e tratamento de doenças.

A anemia falciforme é uma doença causada pela desordem sanguínea, e afeta principalmente pessoas africanas, do oriente médio e de origem asiática. (GAMANIEL, 2003). Seus principais sintomas incluem fadiga, falta de ar, dores nos ossos e nas juntas, fraqueza no corpo e suscetibilidade para infecções. Pacientes com anemia falciforme podem sofrer do que é comumente conhecido como crises, são ataques que além dos sintomas já mencionados agregam icterícia, febre e vômito, as crises normalmente levam a internação do paciente e em alguns casos chega a ser necessário a transfusão de sangue. Quando as crises são recorrentes podem causar danos no fígado, pulmão e rim além de outras condições médicas grave. Não há cura para a doenças, porém a mesma pode ser administrada com utilização de medicamentos e constantes check up, o paciente pode levar uma vida relativamente normal, em alguns momentos de crise serão necessários afastamento de suas atividades normais.

Na Nigéria 2% da população sofre de anemia falciforme, enquanto 25% da população apresenta traços da doença. Estima-se ainda que 10% da mortalidade infantil é causada por complicações acarretadas pela anemia falciforme, por ano, em média 100.000 bebês nascem com anemia falciforme. (GAMANIEL, 2003). Aqueles que sobrevivem na infância, geralmente sofrem de crises dolorosas e são levados a morte através de infecções bacterianas, malária ou outras complicações causadas pela anemia falciforme, a expectativa de vida é de 40 anos.

Gamaniél (2003), observa que no continente não se conhece medicamento convencional para um tratamento de rotina da doença o que leva os pacientes a recorrerem para a medicina tradicional como única alternativa. Neste sentido, desde os

anos 90, anemia falciforme tem sido uma prioridade nas pesquisas do Instituto Nacional para Pesquisa e Desenvolvimento Farmacêutico, uma agência governamental instalada em Abuja. Em 1993, o instituto recebeu informações que P.O. Ogunyale, um médico tradicional, estava tratando pacientes com anemia falciforme, o Instituto contatou o médico tradicional e estabeleceu uma parceria de colaboração para pesquisa que se deu entre 1993 e 2001.

O estudo envolvia 20 pacientes que, durante seis meses usaram medicamentos tradicionais preparados pelo médico tradicional P.O. Ogunyale. A eficácia do tratamento foi analisada a partir do número de crises vivenciadas pelo paciente, da quantidade de transfusões de sangue que foram feitas e da ausência do paciente nas atividades regulares como ir a escola ou ao trabalho. A segurança do medicamento foi avaliada a partir da análise do funcionamento das enzimas do fígado e do rim, além de qualquer outro efeito reportado pelos pacientes. Os parâmetros foram medidos antes do início do tratamento e mensalmente, durante o tratamento. Os pacientes foram todos assistidos no Instituto, local onde o medicamento foi administrado semanalmente. Segundo Gamaniel (2003), os resultados indicaram que todos os pacientes foram beneficiados pelo medicamentos em todos os parâmetros definidos sem efeitos colaterais.

De acordo com os promissores resultados alcançados a partir do estudo clínico o Instituto Nacional para Pesquisa e Desenvolvimento Farmacêutico, batizou-se o medicamento de NIPRISAN. Definiu-se os parâmetros de qualidade da matéria prima, bem como de extração e produção. Através de estudos farmacológicos e toxicológicos foi indicado que NIPRISAN era segura e manifestava uma potente substância contra glóbulos vermelhos. Dando continuidade à pesquisa foram definidos os processos técnicos no que diz respeito à extração do componente químico, formulação e dosagem. Em seguida, cientistas no Hospital da Criança na Filadélfia, Estados Unidos, usando animais reportaram a eficácia e segurança do NIPRISAN.

Com o objetivo de proteger o direito sobre o novo medicamento, foi feito uma patente em mais de 46 países, espalhados pela África, Europa, América. O Instituto e o médico tradicional P.O. Ogunyale, possuem juntamente a patente do medicamento. Os

fundos para pesquisa e patente do produto foram providos pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Mesmo com os resultados positivos os estudos continuaram. Os grupos de pacientes foram submetidos a acompanhamento para análise de dados quanto a eficácia do medicamento que agora era feito em cápsula. Os resultados apresentaram dados muito próximos ao primeiro estudo, redução significativa das crises, nenhum dos pacientes apresentaram a necessidade de transfusão. observou-se também que não houve danos aos rins nem ao fígado.

O caso do NIPRISAN pode ser considerado de sucesso, onde uma cooperação entre governo, médicos tradicionais, biomédicos, cientistas, hospitais, clínicas e organização internacional alcançou um resultado positivo qual seja, o desenvolvimento de um novo medicamento aparentemente sem efeitos colaterais e produzido a partir de plantas medicinais e do compartilhamento de um conhecimento tradicional. Casos como esse podem ser o exemplo necessário para que a medicina tradicional ocupe espaço de maior prestígio, ou ainda, o espaço que é seu de direito. Não apenas por se tratar de uma cultura, mas também pelo que pode ser construído a partir desses conhecimentos.

Outro caso de sucesso pode ser exemplificado pelo Instituto Malagasy de Pesquisa Aplicada, em Madagascar. O instituto vem trabalhando na busca de plantas que possuam componentes medicinais. Com mais de 50 anos de história, o Instituto já documentou elementos medicinais em mais de 6.000 plantas e produziu cerca de 40 medicamentos a base de plantas medicinais (PURI et al, 2010). O trabalho do Instituto é feito por uma equipe multidisciplinar composta por médicos tradicionais, botânicos, químicos, biomédicos entre outros.

Em 1965, Albert e Susan Rakoto-Ratsimamanga observaram que médicos tradicionais estava utilizando um novo método para diagnosticar diabetes. Os médicos tradicionais solicitavam que os pacientes urinassem próximo a um formigueiro, e aguardavam a reação das formigas. Enquanto as formigas evitavam a urina de pacientes saudáveis, eram atraídas pela urina de pacientes com diabetes, visto que esta é rica em glucose o que é uma atrativo para os insetos. Como tratamento os

médicos tradicionais prescreviam ameixa para tratamento, fruta proveniente da planta *Syzygium cumini*. Os cientistas, diante dos fatos, resolveram estudar sistematicamente esta planta e analisar se havia de fato algum componente que tratava a diabetes. O Instituto se deparou com inúmeras dificuldades, a primeira delas foi tentar evitar o corte dessas árvores que era muito utilizada como combustível e construção. O segundo ponto era como coletar as sementes, que teoricamente possuíam o ingrediente medicinal, o tempo da colheita acontecia do pequeno período de tempo em que os frutos cresciam.

Com o apoio da população local, que recebeu treinamento, o Instituto conseguiu coletar cerca de 20 toneladas de sementes durante o curto período de colheita. Estudos clínicos foram feitos inicialmente em ratos e comprovaram a eficácia e segurança da droga. Mais tarde, testes clínicos foram feitos em Madagascar, Alemanha e Estados Unidos. Em dezembro de 1997, o Madeglucyl foi aprovado e licenciado em Madagascar, apesar de nos Estados Unidos, testes clínicos ainda estão sendo conduzidos e o Madeglucyl é comercializado apenas como ervas suplementares.

Estudos clínicos conduzidos pelo Instituto Malagasy de Pesquisa Aplicada, apresentaram a efetividade do Madeglucyl para o tratamento de diabetes Tipo I e Tipo II. No caso da diabetes Tipo I foi reportado a redução (mas não eliminação) da utilização de insulina. Apesar de o Madeglucyl ser atualmente, apenas vendido em Madagascar, ele foi recentemente lançado no Mercado internacional sob o nome de Glucanol Forte (PURI et al, 2010, pg, 3, tradução nossa)⁴²

O Instituto vem trabalhando na pesquisa das plantas medicinais para o tratamento de diversas doenças. Outro caso é o de pesquisas conduzidas para o tratamento da malária, utilizando o método da observação para dar início a suas pesquisas. Buscas nas comunidades em apoio com os médicos tradicionais e os líderes locais são feitas para entender melhor a finalidade de cada planta e poder catalogá-las para estudos posteriores. Apesar de parecer simples, a aproximação com os médicos

⁴² Clinical studies conducted by IMRA have shown Madeglucyl to be effective in helping to manage both Type I and Type II diabetes; in Type I diabetes, it reportedly reduces (but does not eliminate) daily insulin requirements. Although Madeglucyl is presently sold in mainly in Madagascar; it has been recently launched in the international Market under the name of Glucanol Forte. (PURI et al, 2010, pg, 3).

tradicionais e líderes deve ser feita de maneira cuidadosa, já que os mesmos são figuras importantes dentro da cultura local e desrespeitá-los pode gerar grandes problemas.

Assim como o NIPRISAN, o Madeglucyl é outro exemplo de componente medicinal extraído de plantas medicinais a partir do conhecimento de médicos tradicionais que através de pesquisas científicas obtiveram a comprovação da sua eficácia no tratamento das doenças. É importante frisar, que as pesquisas tiveram uma preocupação com a cultura local e com a biodiversidade. No caso do NIPRISAN, o médico tradicional responsável pela descoberta do tratamento também faz parte da patente do medicamento, mantendo seus direitos sobre o conhecimento compartilhado.

Diante disso, questiona-se: quantos outros componentes de grande relevância para a vida dos pacientes podem existir sem que tenham sido ainda cientificamente comprovados? Quantos deles podem contribuir para o tratamento dos diversos pacientes que não possuem outra alternativa de tratamento?

3.4 Aprendendo com os africanos

3.4.1 A situação do Mali

O aprendizado com outros países africanos pode ser um bom caminho, alguns desses países, além de desenvolverem pesquisas sobre a biodiversidade e os benefícios das plantas medicinais, estão trabalhando com o objetivo de construir um modelo mais integrativo de saúde pública. Nesses países, a medicina tradicional vem ocupando um espaço cada vez mais relevante dentro do sistema oficial de saúde, e médicos tradicionais trabalham em colaboração com médicos cientificistas para melhorar as condições de saúde da população.

Desde sua independência, Mali tem optado pela promoção da medicina tradicional no intuito de alcançar dois objetivos, inclusão da medicina tradicional no sistema nacional de saúde e atualização da produção local de medicamentos

produzidos a partir dos recursos naturais disponíveis (DIALLO et al, 2003). Essas atividades são coordenadas pelo Departamento de Medicina Tradicional do Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde Pública do Ministério da Saúde, em Bamako.

A integração da medicina tradicional no sistema nacional requer um trabalho de colaboração entre médicos tradicionais e biomédicos. Alguns princípios são necessários para que o projeto tenha sucesso, quais são: respeito mútuo, determinação dos limites de competência e voluntariado. Em Mali, médicos tradicionais são definidos como: “indivíduo reconhecido pelos membros de sua comunidade como qualificado para praticar medicina tradicional” (DIALLO et al, 2003, pg. 35). Cursos introdutórios de medicina tradicional são oferecidos para estudantes de medicina. Considerar os limites de cada um e suas competências é ponto importante no reconhecimento da medicina tradicional no Mali. Um médico tradicional que deseje ser oficialmente reconhecido pelo Departamento de Medicina Tradicional precisa ser avaliado. O médico convencional deve reportar ao Departamento de Medicina Tradicional sua opinião sobre o candidato, o que inclui desde sua avaliação sobre o profissionalismo, a número de casos acompanhados, resultados obtidos, bons, satisfatórios ou fracos, e ainda casos que não obtiveram resultados. Além dos relatórios, são enviados ao Departamento, pelo médico tradicional, medicamentos tradicionais para serem analisados. Os resultados das análises são de propriedade do médico tradicional que pode constituir um dossiê para obter a patente sobre o produto. Atualmente, já existem médicos tradicionais, em Mali, que obtiveram patentes de produtos medicinais produzidos por eles.

Além de todo trabalho para integração das duas medicinas, conforme descrito, são elaborados, pelo Departamento de Medicina Tradicional, seminários e *workshops* para os dois profissionais de saúde. O objetivo é facilitar a troca colaborativa para classificação e métodos de tratamento de doenças como malária, diabetes, asma e HIV/AIDS. Assim como existe o Departamento de Medicina Tradicional, dentro do Ministério da Saúde, como uma importante ferramenta para o processo de integração das duas medicina no sistema de saúde, foram também constituídas associações de médicos tradicionais que estabeleceram a Federação Malinesa da Associação de Medicina Tradicional, Praticantes e Ervanários. A colaboração entre médicos

tradicionais e médicos convencionais no Mali já apresenta seus frutos. Há uma conscientização tanto por parte dos médicos como do governo que cooperação gera melhorias no *status* da saúde da população em geral. Isso pode ser verificado na situação de Bandiagara, localizada a aproximadamente 300 quilômetros ao sul de Timbuktu. Nesta região a colaboração resultou na redução da taxa de mortalidade causada principalmente pela malária, de 5% em 1997 para 2% em 1998 (DIALLO et all, 2003). Esse tipo de trabalho conjunto é apenas um exemplo que serve de ilustração da relevância do impacto que a medicina tradicional pode ter quando bem aplicada ao sistema de saúde pública.

A proposta de colaboração entre as duas medicinas neste caso se mostrou possível e rentável, reconhecer a medicina tradicional e desenvolver programas de integração podem gerar melhor condição de vida para população, além de trazer inúmeros ganhos em termos de tratamento, inclusive para a medicina convencional. A integração pode também garantir que o trabalho feito pelos médicos tradicionais sejam incluídos nas estatísticas de saúde, fator importante para futuras análises. O caso do Mali, até o presente momento, é um exemplo e poderá ser seguido por outros países da região. Através do respeito pela cultura local e trabalho cooperativo entre governo, médicos tradicionais e médicos convencionais foi possível construir um novo modelo de desenvolvimento para a saúde no país.

3.4.2 A experiência de Uganda

Em 1992, Uganda foi considerado um dos países com uma das maiores taxas de HIV no mundo (KYEYUNE et all, 2003). Com o intuito de mudar esse quadro, duas ONGs em parceria com o Ministério da Saúde e da Comissão Nacional de AIDS lançaram uma iniciativa chamada: “Médicos Tradicionais e Convencionais juntos contra a AIDS – THETA. O projeto tinha como objetivo promover uma colaboração duradoura entre médicos tradicionais e médicos convencionais nas áreas de tratamento, cuidados, apoio e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS.

A primeira iniciativa da THETA foi um estudo clínico, feito a partir da colaboração entre os médicos tradicionais e os médicos convencionais, para avaliar tratamentos

com ervas para os sintomas do HIV/AIDS. Na fase inicial do projeto observou-se que havia poucas opções terapêuticas disponíveis em Uganda. Um primeiro desafio encontrado foi apresentado pelos médicos tradicionais que receavam discutir a AIDS com seus pacientes, com medo de perdê-los, pois tratava-se de um diagnóstico terminal, sem cura. Este primeiro desafio foi responsável pela segunda fase do projeto que tratava-se de um programa de capacitação para os médicos tradicionais. O objetivo era capacitá-los para fazer o aconselhamento e educação de seus pacientes sobre o HIV/AIDS.

O desempenho dos médicos tradicionais foi avaliado sistematicamente através de entrevistas com seus pacientes e membros das comunidades locais, testes orais e escritos, visitas regulares aos locais de trabalho dos curandeiros, entrevistas com pacientes, e sessões onde um treinador observava o médico tradicional educar e aconselhar seus pacientes. Observou-se que cada médico tradicional aplicou o treinamento recebido de diferentes formas, alguns usaram suas novas habilidades para educar a comunidade, outros para aconselhamento, e ainda iniciar grupos de apoio às mulheres.

Os projetos de educação das comunidades através dos médicos tradicionais provou ser interativo, cada médico tradicional apresentou seu próprio material de treinamento, desenvolvimento e utilização de abordagens únicas para transmitir suas mensagens através de contação de histórias, testemunho pessoal, música, dança, poesia e drama. Uma avaliação preliminar foi realizado um ano após o fim do programa de formação comparando três comunidades onde curandeiros tinham completado o currículo THETA.

Em uma comunidade nenhum médico tradicional recebeu treinamento. Os membros das comunidades com médicos tradicionais treinados mostraram um aumento do conhecimento sobre o HIV/AIDS e relataram aumento do uso do preservativo (50% vs. 17%, onde o médico tradicional não foi treinado) o que apresentou uma redução de comportamentos de risco. (KYEYUNE et al, 2003, pg. 31, tradução nossa).⁴³

⁴³ In one community no THP had been trained. The community members with trained healers showed increased knowledge of HIV/AIDS and reported increased condom use (50% vs. 17% where the THP was not trained), and reduced risk behavior (KYEYUNE et al, 2003, pg. 31).

Alguns médicos tradicionais dos alcançaram notoriedade local principalmente por causa de suas canções educativas, teatro e dança sobre a AIDS. Devido ao resultado positivo, a iniciativa da THETA foi expandida para sete distritos rurais de Uganda usando a estrutura desenvolvida no estudo piloto em Kampala. A avaliação participativa da THETA apresentaram dados significativos.⁴⁴

Em Kamuli, um distrito rural do Uganda, 100 médicos tradicionais foram entrevistados antes do treino, e 90 médicos tradicionais após o treinamento. O programa de treinamento envolveu 40 médicos tradicionais. Resultados das entrevistas apresentaram dados⁴⁵ que mostram a efetividade do projeto.

Outros benefícios do treinamento incluem: melhor gestão dos pacientes através de encaminhamento, uma melhor higiene, manutenção de registros, diminuição de taxas de consulta, a iniciação de oito grupos de apoio aos doentes, oito associações de médicos tradicionais, e melhor colaboração com a medicina convencional. Além das atividades de formação, o projeto THETA realiza atividades clínicas e iniciou a criação de um centro de pesquisa para medicina tradicional e AIDS. Atividades clínicas incluíram um estudo para avaliar tratamentos com ervas, fornecidas por médicos tradicionais, para o tratamento de sintomas específicos do HIV e também treinamento

⁴⁴ 125 médicos tradicionais foram treinados durante 18 (dezoito) meses nos primeiros 5 (cinco) distritos selecionados e mais de 400 (quatrocentos) médicos tradicionais tinham sido treinados em todos os 8 (oito) distritos; Uma estimativa conservadora mostra que médicos tradicionais receberam cerca de 15 pacientes/mês e, portanto, cerca de 72.000 membros da comunidade são atingidos por ano, com melhoria dos serviços prestados por médicos tradicionais; 60% dos médicos tradicionais treinados em comparação com 9% dos médicos tradicionais destreinados reportam a distribuição de preservativos; Uma estimativa conservadora mostra que médicos tradicionais receberam cerca de 15 pacientes/mês e, portanto, cerca de 72.000 membros da comunidade são atingidos por ano, com melhoria dos serviços prestados por médicos tradicionais; 60% dos médicos tradicionais treinados em comparação com 9% dos médicos tradicionais destreinados reportam a distribuição de preservativos; 80% treinados médicos tradicionais em comparação com 40% médicos tradicionais destreinados reportam um trabalho de aconselhamento; 82% dos médicos tradicionais treinados em comparação com 42% médicos tradicionais destreinados reportam fazer um trabalho de educativo na comunidade sobre a AIDS; 97% dos médicos tradicionais treinados reportam encaminhar seus pacientes portadores do vírus HIV para médicos convencionais, clínicas ou hospitais. (KYEYUNE et al, 2003, pg.32)

⁴⁵ 55% antes versus 95% após o treinamento falam com seus pacientes sobre AIDS, desde o uso do preservativo, prevenção e encaminhamento; 63% antes versus 92% após o treinamento aconselham seus pacientes a fazer um teste de HIV; 49% antes versus 95% após o treinamento discutem o uso do preservativo com seus pacientes; 34% antes versus 69% discutem questões sexuais relacionados. (KYEYUNE et al, 2003, pg.32).

para médicos tradicionais no tocante ao tratamento de pacientes com AIDS.

Com o objetivo de concentrar todo o material produzido, foi criado no centro de pesquisa, uma livraria que possui material tanto sobre medicina tradicional quanto sobre AIDS. O centro ainda é responsável pela produção de dois vídeos e um boletim bianual, além de conduzir palestras e *workshops* onde são discutidos temas relevantes para a medicina tradicional e AIDS. Nesses espaços participam tanto os médicos tradicionais quanto os médicos convencionais. O centro de pesquisa também tem buscado construir uma iniciativa regional sobre medicina tradicional e AIDS. Em 2003, a taxa de HIV/AIDS em Uganda apresentou sua primeira queda para 6,5% da população, quando em 1992, os dados apresentavam valores de 18% da população era portadora do vírus HIV/AIDS (KYEYUNE et al, 2003).

3.5 Um futuro próximo

Os casos apresentados acima tratam de situações e modelos distintos de um início de integração da medicina tradicional nos sistemas nacionais de saúde pública. Apesar das sugestões da OMS, cada país deverá encontrar o que acreditava ser a melhor alternativa para atender suas demandas internas. O Mali, por exemplo, desenvolveu um sistema que aparentemente tem baixo custo, porém forte iniciativa do Estado. O trabalho neste país é sustentado por uma forte rede de confiança entre os médicos tradicionais e os médicos convencionais, uma vez que os dois são inicialmente obrigados a trabalhar de forma conjunta, esse trabalho feito com respeito e colaboração só gera frutos positivos para toda a população.

Os médicos tradicionais, pouco a pouco, são incluídos dentro do sistema oficial de saúde, os atendimentos e tratamentos se tornam mais seguros e novas possibilidades de medicamentos surgem, sendo importante frisar que a propriedade intelectual é garantida aos médicos tradicionais. Como nem os médicos tradicionais, nem os médicos convencionais recebem recursos para constituir a parceira, não há grandes custos para o Estado. Seria possível, no caso angolano, projetar-se numa alternativa dessas? Ou outras particularidades podem produzir outros caminhos para os saberes locais angolanos?

Outra questão que precisa ser vastamente discutida é a dos medicamentos tradicionais: controlar e regulamentar esses medicamentos é importante em termos de segurança. Construir um modelo que seja capaz de avaliar esses produtos, no entanto, ainda pode ser um problema em termos financeiros, uma vez que catalogar, colher e analisar essas plantas requer pessoal e equipamento especializado.

Acredito que, se de um lado, o projeto de harmonização entre as duas medicinas é de notória relevância, de outro, há que se considerar os seus altos custos financeiros, físicos e logísticos. A flora angolana é bastante vasta, e catalogá-la requereria muito tempo, além, é claro, da necessidade de se construir um diálogo com os médicos tradicionais para selecionar quais as plantas usadas para tratamento, por exemplo.

Ainda que seja um trabalho extensivo e que abrange diferentes campos, ele pode ser possível como se pode observar em outros países. O processo de integração pode começar de forma lenta e gradativa, com projetos de troca de informações e capacitação como é o caso de Uganda, que conseguiu ensinar a população como lidar com o HIV/AIDS. É preciso reforçar a ideia de que tanto a medicina tradicional quanto a medicina ocidental possuem limites, e que o trabalho colaborativo tende a fortalecê-las e minimizar as barreiras encontradas em Angola, sejam elas relacionadas às questões culturais, ou à falta de recursos e infraestrutura, como hospitais e clínicas.

Acredito que olhar para o futuro angolano rumo à integração entre suas duas medicinas deverá incluir uma aceitação das diferenças e o trabalho em prol de um modelo mais colaborativo, integrativo e que seja o espelho de Angola. Um modelo mais humanizado que leve em consideração a cultura local, o angolano de hoje. É preciso quebrar as barreiras e desatar as amarras do passado, para assim construir um modelo de desenvolvimento que atenda às necessidades locais e não apenas as demandas de um modelo hegemônico globalizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Afirmar no início deste trabalho que o objetivo fundamental era apresentar uma perspectiva global do papel da medicina tradicional angolana dentro do sistema de saúde pública. De forma geral, os resultados da presente pesquisa me direcionaram a observar o passado e a história da medicina tradicional em Angola. Observei que, tanto a medicina tradicional praticada no período colonial, quanto a praticada nos dias atuais possui um objetivo comum, que é a restauração social do indivíduo dentro de sua comunidade, bem como reconstituição do seu *status* espiritual e físico, cujo resultado final é a busca da cura.

Ao analisar os conceitos de doença, cura, saúde e medicina e suas implicações na vida dos indivíduos, observei como cada cultura é responsável pela construção do significado de cada um desses termos: a edificação dos mesmos baseia-se na experiência vivida por cada indivíduo, o que envolve, por vezes, as relações sociais, políticas e econômicas em que está inserido. Observei ainda, que esses sistemas de cura tradicionais fazem parte de um todo global, não estão presentes apenas em África, mas também no Brasil, na Colômbia, na China, em todo o globo. Seja por fazer parte integrante da cultura local, seja pelos movimentos de diáspora que foram capazes de transpor as barreiras físicas das fronteiras de cada Estado.

Nos meus estudos sobre Angola, verifiquei a existência de mais de um sistema de cura: coexistem uma heterogeneidade de práticas de tratamento de doenças, que dividem a medicina entre a tradicional, e a científica. Assim, pelos textos lidos sobre a realidade angolana, é possível afirmar que a medicina tradicional se constitui em uma prática de fatos, ou seja, o Estado reconhece a medicina tradicional porém não a tem de forma articulada dentro do sistema nacional de saúde, isto é, o seu reconhecimento legal. O que se pode inferir, portanto, é que de fato, a medicina tradicional funciona como um mecanismo compensatório das insuficiências da medicina científica, fato este ocasionado por seu alto custo, o que a torna inacessível à população como um todo.

Enquanto na medicina tradicional há uma relação de proximidade, mais humanizada, onde o cuidado e a preocupação com o paciente se desenvolve de

maneira mais holística e integrativa, na medicina científica, o olhar está voltado exclusivamente para a doença e o tratamento da mesma, não havendo uma preocupação com os padrões culturais e com o estado geral do indivíduo em sua totalidade (o que inclui o seu estado físico, mental, social e espiritual).

Constato, a partir deste trabalho de pesquisa, que a medicina tradicional em Angola ainda não alcançou seu espaço devido, merecedor de respeito e valorização. Trata-se de um bem cultural e social que, se melhor estruturado, pode trazer ainda mais benefícios para a população. Sua precariedade em equipamento técnico, infraestrutura, como hospitais, e até ausência de formação científica dos médicos tradicionais, denota sua condição. A sua aproximação da medicina científica poderia levar ao conhecimento mais preciso sobre a composição das plantas medicinais. Entender melhor seus componentes e as dosagens necessárias para tratamentos, pode ser elemento de grande valia para os tratamentos de cura (e para tanto, pode ser importante a formação técnica científica dos curandeiros tradicionais, bem como a capacitação sobre medicina tradicional dos profissionais de saúde da biomedicina).

Assim, o caminho que parte da mera coexistência de ambas as medicinas, rumo à uma medicina integrativa em Angola deve passar pelas trocas mútuas de aprendizagens e experiências. Os desafios a serem superados são vastos e devem incluir vontade política, elaboração de marcos regulatórios, proteção do direito intelectual, implementação de infraestrutura para medicina tradicional, respeito e trabalho cooperativo entre os médicos tradicionais e os profissionais de saúde.

BIBLIOGRAFIA

ABDULLAHI, Ali Azaeem. **Trends and Challenges of Traditional Medicine in Africa.** African Journal of Traditional Complementary Alternative Medicine, jul. de 2011, pg. 115-123.

ANGOLA. Decreto-lei n° 9/75, de 13 de dezembro de 1975. Estabelece lei de base do sistema nacional de saúde. Angola, artigo 2°, 1975.

_____. **Portal do cidadão,** 2015. Disponível em: <http://www.cidadao.gov.ao/VerPublicacao.aspx?id=1317>. Acesso em: 30 de jun. de 2015.

ARAÚJO, Lindenberg Medeiros. **Da prática médica à práxis médica: possibilidades pela Estratégia Saúde da Família.** Tese - Universidade Federal da Paraíba - UFPB, João Pessoa, Paraíba, 19 de out. de 2007, 292 pg.

BANCO MUNDIAL. **Angola Economic Update,** 2013. Disponível:

<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Africa/Angola/angola-economic-update-june-2013-po.pdf>. Acesso em: 20 de nov. de 2015.

BASTOS, Cristiana. **O médico e o inhamessoro: o relatório do goês Arthur Ignacio da Gama em Sofala, 1878.** In: A Persistência da História. Passado e Contemporaneidade em África, Lisboa, Portugal, set. de 2004, pg. 91 – 117.

BARROS, J. A. C. **Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico.** Revista de Saúde e Sociedade, volume 11 (1), 2002, pg. 67-84.

BRANDT, R. A. P. IN AMORIM, M. C. S; PERILLO, E. B. D. F. **Para entender a Saúde no Brasil.** São Paulo – LCTE. P. 11 – 40 2005. Disponível em: <http://www.allameda.com/www/saudebr/Para_entender_saude_no_BR3.pdf#page=10> Acesso em: 22 jan. 2015.

BRASIL. **Programa Mais Médicos/Depoimentos.** 2016. Disponível: <http://maismedicos.gov.br/depoimentos#navigation>. Acesso em: 19 de abril de 2015.

CAMAROFF, J. **Medicine and Culture:** some anthropological perspectives. Social Science and Medicine Journal, vol. 12b. Inglaterra, 1978, pg. 247-254

CAMAROFF, Jean; CAMAROFF, John. **Teoría desde El Sur: o como los países centrales evolucionan hacia África.** 1° Ed Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 2013.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel. **A Biomedicina**. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, 15(Suplemento), 2005, pg.177-201.

CARVALHO, Lázaro Messias. **Doença e Cura em África: Medicina Tradicional e Pastoral da Saúde no Povo Chuambo uma Questão de Inculturação**. Ed. Roma, Lisboa, 2003.

CASTELO, Cláudia. **“Novos Brasis” em África: desenvolvimento e colonialismo português tardio**. Belo Horizonte, vol. 30, no 53, ago. de 2014, p.507-532.

CESNIK, F. S.; BELTRAME, P. A. **Globalização a Cultura**. Barueri, São Paulo: Manole, 2005, entender o mundo, v.8.

CHAKRABARTY, Dipesh. **Postcoloniality and the Artifice of History: Who Speaks for "Indian" Pasts?**. In: Representations, No. 37, Special Issue: Imperial Fantasies and Postcolonial Histories , 1992, pp. 1-26.

CUNHA, Manuela Carneiro. **Cultura com Aspas e Outros Ensaios**. Ed. Câmara Brasileira do Livro, São Paulo, 2009.

DIALLO et all. **Collaboration between Traditional Health Practitioners and Conventional Health Practitioner: The Malian Experience** In. African Health Monitor, jan./jun. de 2002 3.

FALOLA, Toyin. **The Power of African Cultures**. University of Rochester Press, New York, 2003.

FIALHO, José. **A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde**. Cadernos de Estudos Africanos. Lisboa, 2003, pg. 121-134.

FONTES, Breno. **Sistema de Atenção a Saúde Mental em Angola: Entre a Tradição e a Modernidade**. XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais: Diversidade e (Des)Igualdades. Salvador, ago. de 2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. São Paulo, Ed: Edições Graal LTDA, 2011.

GAMANIEL, Shingu. **Evaluation of Traditional Medicine for the management of Sickle Cell Anaemia in Nigeria**. In. African Health Monitor, jan./jun. de 2003.

GEEST, Sjaak. **Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for community perspective**. Tropical Medicine and International Health Journal, volume 2, nº 9, set. de 1997, pg. 903-911.

GOLÇALVES, A. C. **Tradição e Modernidade na Reconstrução de Angola**. Ed. Afrontamento, Porto, 2003.

GROSFOGUEL, Ramón. **Para descolonizar os estudos de economia política e os estudos pós-coloniais**: Transmodernidade, pensamento de fronteira e colonialidade global. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 80, mar. de 2008, pg. 115-147.

HARDING, Sandra, G. **Is Science Multicultural? postcolonialism, feminism and epistemologies**. Indiana University Press, USA, 1998.

HAVIK, Philip. **A África e a Inquisição Portuguesa: Novas Perspectivas**. *Revista Lusófona de Ciência das Religiões – Ano III*, nº 5/6, 2004, pg. 21-27.

HOUTONDJI, Paulin J. **Conhecimento de África, conhecimento de Africanos: Duas perspectivas sobre os Estudos Africanos**. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 80, Março de 2008, pg. 149-160.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IDEHEN, C. O. e OSHODIN, O. G. **Insights into Benin Traditional Methods of Disease Prevention**. *The Journal of Pan African Studies*, vol.1, nº 8, jun. de 2007.

KABUNDA, Mbuyi. **La cooperación sur-sur en África: el caso de los países emergentes**. Mbuyi KABUNDA (Coord). *África y la Cooperación con el Sur desde el Sur*. Catarata, 2011, p.19-71.

KYEYUNE et all. **The Role of Traditional Health Practitioners in increasing access to HIV/AIDS Prevention and Care: The Ugandan Experience**. In. *African Health Monitor*, jan./jun. de 2003.

LANGDON, Jean E. **A doença como experiência**: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Revista Etnográfica*, vol. 5, pg. 241-260.

LATOUCHE, Serge. **Entre mondialisation et décroissance: L'autre Afrique**. Collection La ligne d'horizon, 2007.

LOURENÇO, L., Dankzuc, R., Painazzer, D., Junior, N., Maia, A., & Santos, E. **A Historicidade filosófica do Conceito Saúde**. *Revista da Associação Brasileira de Enfermagem*, nº 1, vol. 3, 2012, pg.17- 35.

MBEMBE, Achile. **As Formas Africanas de Auto-Inscrição**. *Revista Estudos Afro-Asiáticos*, Ano 23, nº1, jun. de 2001, pg.171-209.

_____. **Sair da Grande Noite: Ensaio sobre a África descolonizada.** Edição/reimpressão, 2014. Editora Pedagogo, abril de 2014, pg. 200, Coleção: Reler África.

MELO, Rosa. **Para lá da Manipulação dos Espíritos. Crenças e Práticas de Cura.** Dakar, CODESRIA, 2008, 100 p.

MENESES, Maria Paula G. **Medicina Tradicional, Biodiversidade e Conhecimentos rivais em Moçambique.** Departamento de Arqueologia e antropologia da UEM Maputo, 2000.

_____. **Epistemologias do Sul.** Revista Crítica de Ciências Sociais, nº 80, 2008. Out. de 2008, pg. 5-10.

MIGNOLO, Walter D. **Histórias locais/Projetos globais: Colonialidade, saberes subalternos e pensamento liminar.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2003.

MINAYO, Maria Cecília. **Abordagem Antropológica para Avaliação de Políticas Sociais.** Revista Saúde Pública, nº 25, 1991, pg. 233-238.

MONTEIRO, Nicole M. E WALL, J. **African Dance as Healing Modality Throughout the Diaspora: The Use of Ritual and Movement to Work Through Trauma.** The Journal of Pan African Studies, vol.4, nº 6, set. de 2011.

MONTENEGRO, G. A. **O uso de Psicotrópicos na América Pré-Colombiana a partir de uma perspectiva religiosa.** Revista Ameríndia, Volume 2, nº 2, 2006.

MUDIMBE, Valentin Y. **The invention of Africa: gnosis, philosophy, and the order of knowledge.** Bloomington, Indiana University Press, 1988.

NASCIMENTO, L. M. F. **Uso de matrizes naturais em pediatria.** 2013, Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal, 2013, pg. 86. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9690>>. Acesso em: 30 de nov. de 2015.

NUNES, Berta. **O saber médico do povo.** Lisboa, Ed.: Fim de séculos edições LDA, 1997.

NUNES, João Arriscado. **O resgate da epistemologia.** Revista Crítica de Ciências Sociais, nº 80, mar. de 2008, pg. 45-70.

OCDE. **Perspectivas Econômicas na África 2004/2005: Angola,** 2005. Disponível:

<http://www.oecd.org/countries/angola/35350793.pdf>. Acesso em: 30 de nov. de 2015.

OMS. **Institutionalization of Traditional Medicine in Health Systems**. In. African Health Monitor, jan./jun. de 2003.

_____. Revista Observatorio Africano da Saúde, Publicacao do Escritorio Regional Africano da Organizacao Mundial de Saúde, Vol. 4 N 1 , jan./jun. de 2003.

_____. **Estratégia da OMS de Cooperação com os Países: Angola 2002-2005**, 2003.

Disponível:http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/countries/angola_2002_2005_portuguese.pdf. Acesso em: 17 de nov. de 2015.

PANTOJA, Selma. **Inquisição, degredo e mestiçagem em Angola no século XVIII**. Revista Lusófona de Ciência das Religiões. Ano III, 2004, nº 5/6, pg. 117-136.

PEDRO, Verônica Chivela. **Cultura e saúde na prática antropológica**. Revista Angolana de Ciências Sociais, nº 1, vol. 1, maio de 2011, pg. 123-148.

PIMENTA, F. T. **O Estado Novo português e a reforma do Estado colonial em Angola: o comportamento político das elites brancas (1961-1962)**. Revista História, São Paulo, v.33, n.2, jul./dez. de 2014, p. 250-272.

PIMENTA, Carlos e KAJINBANGA, Victor. **Epistemologia dos Estudos Africanos**. Porto, s.d. Disponível em: http://www.fep.up.pt/docentes/cpimenta/textos/pdf/EEA_V2.pdf. Acesso em: 25 de jan. de 2015.

PINTO, P. G. H. da R. **O Estigma do Pecado: A lepra durante a Idade Média**. Physis. Revista de Saúde Coletiva, vol. 5, nº1, 1995, pg. 132-144.

PURI et all. **Harnessing biodiversity: The Malagasy Institute of Applied research**. In. BMC International Health and Human Rights, 2010.

QUEZA, A. J. **Sistema de Saúde em Angola: Uma Proposta à Luz da Reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal**. 2010, p. 80. Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, 2010.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidad del Poder y Clasificación Social**. In: Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder. Ed. CLACSO, 2014

RENCKENS, Cees N. M. e DORLO, Thomas P. C. **Please, let not Western quackery replace traditional medicine in Africa.** *Tropical Medicine and International Health Journal*, volume 18, no 2, fev. de 2013, pp 242–244.

RODRIGUES, Cristina U. **Recomposição Social e Urbanização em Luanda.** Centro de Estudos Africanos – CEA, Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa – ISCTE, Lisboa, Portugal, 2003.

SAMBO, Luis G. **Integration of Traditional Medicine into Health Systems in the African Region - The journey so far.** In. *African Health Monitor*, jan./jun de 2003.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal.** *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 80. out. de 2008, pg. 11-43.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde.** *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, vol. 17, nº1, 2007, pg. 29-41.

SEGRE, Marco; e FERRAZ, Flávio Carvalho. **O Conceito de Saúde.** *Revista de Saúde Pública* vol. 31 nº. 5, pg. 538-542. São Paulo, out. de 1997.

SERRANO, Alan Índio. **O que é medicina alternativa.** São Paulo, Ed. Abril Cultural: Brasiliense, 1985.

SAID, Edward. **Orientalismo: o Oriente como invenção do Oriente.** São Paulo, Companhia das Letras, 1990.

SILVA, Kelly Cristiane. **As Nações Desunidas: Práticas da ONU e a estruturação em Timor Leste.** Belo Horizonte, Ed. UFMG, 2012.

SILVA, J. P. B. M. **A História da anatomia e sua importância no desenvolvimento das ciências farmacêuticas.** 2014, p.47. Dissertação de mestrado – Universidade Lusófona de humanidades e tecnologias, Lisboa. 2014. Disponível em: <<http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/5282/Disserta%C3%A7%C3%A3o%202014%20Ci%C3%A2ncias%20Farmac%C3%AAuticas%20Jo%C3%A3o%20Pedro%20Borges%20Mo.pdf?sequence=1>> Acesso em: 28 out. 2015.

TAYE, Oyelakin. **Phenomenal Consciousness: An Alternative Healing Method for Mental Illnesses** .*The Journal of Pan African Studies*, vol.3, nº10, set. de 2010.

TORRES, Nelson Maldonado. **A topologia do Ser e a geopolítica do conhecimento. Modernidade, império e colonialidade.** *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 80, mar. de 2008, pg. 71-114.

UNFPA. **Avaliação VI Programa UNFPA: Angola (2009-2014)**, 2014. Disponível:

web2.unfpa.org/public/about/oversight/evaluations/docDownload. Acesso em: 5 de dez. de 2015.

VARANDA, Jorge. **Angola na passagem do tempo**. Etnográfica, Volume 9, Número 1, fev. de 2015, p. 123-138.

VIEGAS, Fátima. **A gestão da doença e o espaço sócio cultural urbano de Luanda, os curandeiros tradicionais e os neotradicionais**. Faculdade de economia da Universidade De Coimbra, 2005.

_____. **Saberes e Práticas terapêuticas tradicionais à margem do sistema nacional de saúde. O caso dos curandeiros tradicionais em Angola**. Revista Angolana de Sociologia, nº 5 e 6, jun./dez. de 2010, pg. 117-130.

WAMBEBE, Charles. **Accelerating local production of Traditional Medicines in Africa**. In. African Health Monitor, jan./jun. de 2003.

WHO. **General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine**, 2000. Disponível://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf?ua=1. Acesso em: 15 de out. de 2015.

WISECUP, K. & JAUDON, T. W. **On knowing and not knowing about obeah**. Journal of Atlantic Studies, vol. 12:2, 2015, pg. 129-143.

ZAMPARONI, Valdemir. **Sobre doenças, terras e gentes de Angola: um olhar setecentista**. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, São Paulo, jul. de 2011.