INCORPORAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE DO SISTEMA
TRADICIONAL PELO SISTEMA INSTITUCIONAL

CARMELITA PINTO RABELO

TESE DE DOUTORADO APRESENTADA À FACULDADE
DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO, DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE
PÚBLICA, PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE "DOUTOR
EM SAÚDE PÚBLICA".

ORIENTADORA: DRA. MARIA DE LOURDES RODRIGUES

SÃO PAULO

1985

TRABALHO DEDICADO A NILZA DE ANDRADE
RIBEIRO PELO APOIO MORAL E ESPIRITUAL
E TRABALHO DE DATILOGRAFIA.

"OBRIGADO SENHOR, POR TODOS OS SONHOS
QUE JÁ TIVE E QUE NÃO FLORIRAM.PELOS
SONHOS QUE HOJE TENHO E QUE, TALVEZ,
IRÃO FLORIR..."

ALBERTO J.F. FALCÃO

AGRADECIMENTOS

A Dra. Maria de Lourdes Rodrigues, orientadora, pelos estímulos, incentivos dados, sacrificando os seus dias de descanso para nos receber e orientar.

Ao Professor Evaristo Manuel Pereira pela orientação contínua e permanente do trabalho e pela capacidade de se tornar disponível para encaminhar o desenvolvimento do mesmo.

A Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, Diretora da Escola de Enfermagem da UFMG pelo apoio dado durante a fase de datilografia.

À Universidade Federal de Minas Gerais, à Escola de Enfermagem e ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública pela oportunidade que nos deram para realização do Curso de Doutorado.

À CAPES E PICD pelo apoio financeiro dado, sem o qual não seria possível realizar este trabalho.

À União Espírita Mineira, Grupo da Fraternidade Irmã Sheila, Hospital Espírita André Luiz, Centro de Umbanda São Sebastião e Igreja Pentecostal "Deus é Amor", que nos permitiram coletar dados em suas dependências para realização deste trabalho.

Ao Centro Metropolitano da Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Saúde da Prefeitura, Órgãos Hospitalares, INAMPS, LBA e Fundo Cristão para a Criança, pelas informações dadas em relação às unidades de saúde.

À Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, seu corpo docente e administrativo pela oportunidade dada para a realização do curso de doutoramento.

A Marie Azuma Rodrigues, Nilce Piva Adami, João Pinto Rabelo pelo apoio, estímulo e pelos incansáveis trabalhos de colaboração na parte de seleção do material bibliográfico.

A Norma Lúcia Horta Neves, pelo trabalho de revisão de português.

A Dayse Noronha, pelo trabalho de revisão Bibliográfica.

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

- INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica
da Previdência Social
- LBA - Legião Brasileira de Assistência
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Socorro à Infância
e à Criança Escolar
- SMSA - Secretaria Municipal de Saúde
- CMS - Centro Metropolitano de Saúde
- SES - Secretaria de Estado da Saúde
- SEI - Secretaria Especial de Informações
- SEPLAN - Secretaria de Planejamento
- PLAMBEL- Superintendência do Planejamento Urbano da Região
Metropolitana de Belo Horizonte
- SAM/SUCC-Serviço de Assistência Médica de Urgência

RESUMO

O presente trabalho realizou estudos sobre a ~~incor~~poração das práticas de saúde da Medicina Tradicional Comunitária pela Medicina Institucional. Foram levantadas as Instituições Tradicionais Comunitárias que desenvolvem atividades de cura em Belo Horizonte e as Instituições Oficiais que dão assistência à população na área da saúde. Seis Instituições Tradicionais Comunitárias, foram selecionadas para identificação das práticas de saúde utilizadas e para estudar a população que se serve das fontes do sistema tradicional comunitário segundo os problemas de saúde e as características individuais de idade, sexo, renda familiar e instrução. Durante o estudo identificamos que, a população que tem mais acesso ao sistema tradicional comunitário é aquela situada na faixa etária de 40 anos e mais, do sexo feminino, com renda familiar de 0 a 3 salários mínimos, exclusive, e grau de instrução no nível primário; identificamos ainda que, o problema de saúde que mais levou a população às referidas instituições foi "Ataque de Nervos", e o "Passe" foi a prática tradicional mais indicada para a população solucionar o seu problema de saúde. No campo das Instituições Oficiais selecionamos 100 das 234 existentes para identificar a participação dos praticantes tradicionais nos programas oficiais de saúde.

RESUME

The present work realizing studies about the incorporation of the practices of health of Community Traditional Medicine by the Medical Institution. The Traditional Institutions that were raised (elevated) that desenvolved activities of cure in Belo Horizonte and the Official Institutions that give assistance to the population in the area of health. Six Traditional Community Institutes, were chosen to identify the practices of health utilized and to study the population that serve the source of the Traditional Community System according to the problems of health and the individual characteristics of age, sex, family income and instruction. During the study we identified that, the population that has more access to the Traditional Community System and that situated in the fase of 40 years (forty years) and more, of the

feminine sex, with a family income of (0) zero to (3) three minimum salaries, regardless of their educational level of instruction in the primary fase; we identified Yet that, the problem of health that eked out a miserable existence to the population, which took them to the refered Institutes was "The Attack of Nervos", and the "Pass" was a Tradicional practice more indicated to solve for the population and the problem of health. In the camp of the Official Institutes chosen 100 of the 234 exist to identify the tradicional practicers in the official programs of health.

Í N D I C E

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. PROPOSIÇÕES E OBJETIVOS.....	11
3. O SISTEMA TRADICIONAL DE SAÚDE	
3.1. Considerações Gerais.....	12-32
3.2. A Medicina Tradicional.....	33-52
3.3. Concepções sobre a doença e suas origens.....	53-59
3.4. Curandeirismo.....	60-75
3.5. Experiência de Integração da Medicina Institucional com a Medicina Tradicional.....	76-83
3.6. Fatores que dificultam a Integração das Medicinas Institucional e Tradicional.....	84-86
4. METODOLOGIA	
4.1. Descrição Geral da Técnica.....	87
4.2. Estudo e Documentação do Material Bibliográfico....	87
4.3. Levantamento das Instituições Executoras de Práticas Tradicionais para solução de problemas de saúde....	87-88
4.4. Observação dos fatos em algumas Instituições Tradicionais Comunitárias.....	88
4.5. Levantamento das Instituições Oficiais de Saúde...	88-89
4.6. Elaboração das variáveis de estudo.....	89-94
4.7. Cálculos da Amostra.....	94-95
4.8. Elaboração do Instrumento.....	95
4.9. Coleta de Dados.....	96-97
4.10. Análise dos Dados Coletados e Sistematização.....	97

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1. Descrição da Comunidade Pesquisada.....	98-106
5.2. Assistência Tradicional Comunitária em Belo Horizonte.....	106-108
5.2.1. União Espírita Mineira.....	
5.2.1.1. Histórico.....	108-109
5.2.1.2. Dados Coletados.....	109-116
5.2.2. Grupo da Fraternidade Irmã Sheila	
5.2.2.1. Histórico.....	117
5.2.2.2. Dados Coletados.....	117-124
5.2.3. Hospital Espírita André Luiz	
5.2.3.1. Histórico.....	124-125
5.2.3.2. Dados Coletados.....	125-129
5.2.4. Centro de Umbanda São Sebastião	
5.2.4.1. Histórico.....	129-130
5.2.4.2. Dados Coletados.....	130-136
5.2.5. Igreja Pentecostal "Deus é Amor"	
5.2.5.1. Histórico.....	136
5.2.5.2. Dados Coletados.....	136-142
5.2.6. Clínica Mens Sana.....	142-145
5.3. Resultados Globais da Pesquisa.....	145-156
5.4. As Três Práticas de Saúde Tradicionais mais Indicadas.....	156-157
5.5. Curas Espirituais.....	157-159
5.6. Incorporação dos Praticantes Tradicionais pela Medicina Institucional.....	160-161
CONCLUSÕES.....	162-163
SUGESTÕES.....	164-165
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	166-175
ANEXOS.....	A1-A10

1. INTRODUÇÃO

Segundo HORWITZ, (36) a saúde, que hoje norteia as nossas idéias, reflete um ideal, um símbolo que desejamos para todos os habitantes do mundo, objetivando, mais que a simples ausência de doença, o completo bem-estar físico, mental e social.

Este é um conceito que tem profundas raízes na História, na cultura e na vida das sociedades, considerando o homem como uma entidade biológica, com corpo e espírito, em idéias e ações, e um ser social, objeto, medida e fim de todas as coisas.

Com esta conotação é de nossa responsabilidade colocá-la em prática, numa época em que os valores econômicos prevalecem sobre os espirituais, em que a produção e a produtividade sombreiam, em certas ocasiões, o decoro e a dignidade e em que o homem é esquecido, embora seja o elemento vital e a força do progresso pela sua capacidade de criar, produzir e consumir.

Na realidade o que observamos, no momento atual, é que a situação, no cenário mundial, evidenciada em termos de oferta de serviços de saúde à população, é inaceitável, principalmente nos países em desenvolvimento (04).

Fenômenos mundiais, a "chocante desigualdade entre a saúde dos pobres e a dos ricos, a carência total ou parcial de serviços essenciais para talvez cerca de quatro quintos da população mundial", a par da concentração abusiva e excessiva sofisticação do atendimento aos mais privilegiados, preocupam as elites de todos os países e são considerados inaceitáveis, frente ao postulado ético do discurso universal da saúde bem-estar como direito humano universal (54).

São notórias as dificuldades que impedem o setor saúde de se desenvolver satisfatoriamente de modo a deixar de ser um grande consumidor dos recursos sociais da comunidade. Sua produção não atingiu um nível compatível com o desenvolvimento econômico e social dos países, de um modo geral, o que tem concorrido para que não seja considerada devidamente ou até mesmo relegada a segundo plano, no contexto geral do planejamento (25).

Entretanto, é pacífico que a contribuição do setor saúde para o desenvolvimento está relacionada à produção e à produ-

tividade gerais (54), Não pode haver produtividade e produção numa população que adoecer com frequência, nem saúde com uma economia estática (86). É que saúde, além de significar um " fim " expresso em bem-estar físico, deve ser compreendida como um " meio " para a conservação desse bem-estar e como condição para que o desenvolvimento nacional se processe de forma harmonica (53). O desenvolvimento econômico de um país é problema exclusivo de seu povo e não pode depender de generosidade de terceiros (86).

A idéia aceita de o setor saúde ser participante do processo produtivo nacional e a consciência de que "todo gasto destinado à saúde deverá produzir um benefício", indica a necessidade de ser racionalizada sua produção. Por outro lado, a limitação de recursos, conflitando com o crescente volume de necessidades, mostra a urgência com que esta problemática deve ser encarada, de modo a que todos sejam participantes do "bem-estar físico, mental e social a que se tem direito" (54).

De acordo com RIVAS (89), a saúde é um direito que deve ser conquistado e defendido; na maioria das sociedades contemporâneas já não se aceita que a saúde seja uma dádiva divina que se recebe de forma caritativa, mas um direito que exige satisfação plena englobando, contudo, o dever de serem todos responsáveis pelo seu exercício e dele participarem ativamente.

A Assembléia Mundial de Saúde tem reiterado, em várias ocasiões, que a saúde é um direito humano fundamental e uma meta social em todo o mundo. Ainda que esse princípio não requeira demonstração, sabe-se que o desenvolvimento sanitário pode ser um fator de primeira importância para o desenvolvimento social e econômico. Até agora muitos teóricos do desenvolvimento e muitos economistas consideravam que o setor "saúde" consumia essencialmente recursos pouco abundantes e não contribuía por si mesmo para o desenvolvimento econômico do país.

Para MAHLER (58), este conceito mudou durante os últimos anos e já se compreende muito melhor que se conseguirá pouco ou nenhum desenvolvimento real se não se centra basicamente no homem. Além disso, há necessidade de disponibilidade de uma força de trabalho produtiva e devidamente capacitada como condição "sine qua non" do dito desenvolvimento sócio-econômico.

ACUNA (03) coloca ainda que constitui a essência do desenvolvimento sócio-econômico melhorar a qualidade de vida

através de mudanças na estrutura da sociedade e mediante um aumento apoiado e irreversível dos recursos, a fim de satisfazer mais equitativamente as necessidades dos grupos que compõem essa sociedade. Isto implica não somente um incremento dos recursos senão também sua melhor utilização e sua distribuição equilibrada para satisfazer àquelas necessidades que se consideram mais importantes e urgentes.

Até data muito recente existia certa tendência em crer que, se se concentra o desenvolvimento em um rápido crescimento econômico, consegue-se não somente uma evolução econômica, senão também a participação de toda a comunidade, a redução da pobreza - que é o problema crítico do subdesenvolvimento - e outros resultados desejáveis. ACUNA (03) informa que isto não tem ocorrido e reafirma que, para se conseguir o desenvolvimento, é preciso efetuar mudanças nas instituições, nos sistemas, assim como nos indivíduos mesmos, a fim de que possam assumir suas novas funções e responsabilidades e ao mesmo tempo melhorar sua eficiência para serem elementos propulsores de seu próprio desenvolvimento. E tudo isto pode ser conseguido capacitando a sociedade e seus componentes na tarefa de identificar e planejar as mudanças estruturais nos sistemas e subsistemas sociais e institucionais que são básicos para o desenvolvimento.

O planejamento enfocado dentro deste contexto, deste marco conceitual, está orientado primordialmente a introduzir mudanças nas atividades e valores da sociedade em um processo de interação dialética, que se levaria a cabo em forma simultânea com as mudanças de sistemas e instituições cujo funcionamento depende dos indivíduos.

Em essência, este processo implica a educação dos indivíduos e da sociedade com o objetivo de incrementar a capacidade da população para identificar e resolver seus próprios problemas, mediante a participação consciente e deliberada da comunidade.

Apesar de esforços feitos no decorrer dos anos por muitos Governos, pela OMS e pela UNICEF para organizar, aumentar e adaptar as suas políticas e não obstante o fato de os serviços de saúde terem sido reforçados em muitos países em desenvolvimento, as necessidades básicas de saúde de suas populações ainda não estão sendo atendidas de maneira satisfatória.

Acredita-se que em muitos países menos de 15% da população rural e de outros grupos menos favorecidos, tais como moradores de favelas, nômades e indivíduos de regiões distantes, tem acesso a serviços de saúde. Esta situação torna-se ainda mais séria quando se observa que as populações menos favorecidas não somente estão expostas, como também são muito propensas às doenças. Um meio ambiente hostil, pobreza, ignorância das causas das doenças e das medidas de amparo, falta de serviços de saúde e incapacidade de procurá-los e utilizá-los, são fatores que podem associar -se para causar esta terrível situação.

A fim de satisfazer efetivamente as principais necessidades das populações menos favorecidas, que representam 80% das populações dos países menos desenvolvidos, os serviços de saúde deveriam envidar esforços para identificá-los, conhecer suas necessidades, amparando-as, tratando-as e educando-as. Infelizmen-te a estratégia utilizada até agora por muitos países em desenvolvimento, modelando os seus serviços de saúde de acordo com os dos países desenvolvidos, tem falhado por não ter contribuído para suprir as necessidades acima descritas. De uma maneira geral isto tem favorecido a criação de serviços relativamente sofisticados, com a presença de pessoal qualificado, quando a sua exposição deveria se processar gradativamente, à medida em que os reursos aumentassem, até que toda a população fosse atendida. Com isso não ocorre, em consequência, os serviços tornam-se predominantemente dirigidos para a parte urbana, na maioria de natureza curativa e acessíveis principalmente a uma pequena e privilegiada parte da população.

Nos países em desenvolvimento, o padrão de vida tende a ser baixo para a massa do povo e a manifestar deficiências específicas de quantidade e qualidade, tais como alimentação insuficiente ou errada, más condições de moradia, saúde precária, serviços públicos e privados inadequados de higiene e assistência medica, meios de comunicação e transporte e educação insuficiente ou incapacidade de adaptação dos sistemas educacionais e de treinamento às necessidades da população.

Em inúmeros distritos rurais, há muita gente isolada e dispersa; assim sendo, a prestação de serviços públicos do tipo convencional, incluindo serviços de saúde, é difícil e dispendiosa. O isolamento que separa a comunidade do mundo exterior destrói as comunicações e retarda o melhoramento do padrão de vida.

A dispersão e o isolamento são também grandes obstáculos à educação, treinamento e emprego de mão-de-obra qualificada.

Durante as duas últimas décadas tem havido um enorme aumento do número de pessoas que vivem em favelas e bairros pobres nos países mais carentes do mundo. Este crescimento continua e poderá acelerar-se. Atualmente, cerca de 1/3 das pessoas que vivem em cidades dos países em desenvolvimento moram em favelas ou bairros pobres e esta proporção tende a aumentar, influenciando grandemente o meio ambiental dessas cidades.

A razão principal para o crescimento das favelas e bairros pobres nas periferias urbanas é que grande número de pessoas provenientes de áreas rurais está se mudando para as cidades, à procura de trabalho e uma vida melhor.

Observa-se ainda em todo mundo que, devido à falta das mais simples medidas de assistência à saúde, grande número de pessoas está morrendo de doenças evitáveis ou curáveis, frequentemente associadas à má alimentação, ou estão sobrevivendo com danos físicos ou intelectuais.

Uma outra problemática observada está relacionada à tecnologia moderna de saúde que não é apropriada ou não diz respeito às necessidades imediatas do povo nos países em desenvolvimento. Além do mais, devido ao alto custo dos equipamentos sofisticados, ela tende a obsorver, para benefício de uma minoria da população, uma parte substancial daqueles recursos limitados que, em vez disso, deveriam ser usados para beneficiar toda a população (82).

Na América Latina, como aliás em todas as partes do mundo, a saúde das populações, em geral, vem sendo continuamente objeto de estudo e cuidados assistenciais por parte dos organismos oficiais. Porém os países em desenvolvimento condicionam a oferta de recursos para a saúde à identificação e priorização das necessidades; à medida, contudo, que as populações do mundo se interessam cada vez mais por problemas de saúde e buscam soluções apropriadas para eles, aumentam proporcionalmente os recursos nacionais a ela destinados (74).

Apesar do desenvolvimento econômico e mundial que se vinha observando e de recursos consideráveis investidos em saúde, muitos países não conseguiram ampliar a cobertura de assistência à saúde a toda a população e outros especialmente por carecerem de recursos, não conseguiram expandir os dispendiosos serviços governamentais (91).

Na América Latina e no Caribe estima-se que somente 63% da população total estão cobertos com pelo menos "serviços elementares mínimos de saúde" e observa-se que esta cobertura é menor à medida que diminui o tamanho das localidades (22).

Em relação à situação particular do Brasil, VILAS BOAS, em 1975, citado por MATOS (63), relata que o país possui uma população rural aproximadamente de 42 milhões de habitantes e uma população urbana de 53 milhões, distribuídas em cidades e vilas, das quais 68,8% têm menos de 2.000 habitantes e 15,8 % entre 2 a 5 mil e faz as seguintes considerações:

- "... grande parcela da população urbana vive em localidades que sofrem a deficiência ou inexistência de condições urbanísticas como, por exemplo, ausência de casas de alvenaria, de áreas calçadas, drenagem de águas pluviais, luz, esgotos sanitários domiciliares.

Assim, cerca de 50% da população do país vivem em pequenas comunidades tipicamente rurais;

- forte movimento migratório para os grandes centros urbanos, explicado não só pelo processo de industrialização e pela mecanização da agricultura, mas também pela crescente demanda da população rural por uma qualidade de vida mais satisfatória, inclusive com assistência à saúde;
- população rural brasileira relativamente jovem;
- observa também que 50% da população total do país é representada pelos menores de 5 anos;
- os menores de 15 anos ultrapassam 40% e os indivíduos até 24 anos de idade representam 61% do total da população;
- a natalidade relativamente alta, com coeficiente de aproximadamente 36 por mil habitantes e a esperança de vida considerada inferior à média nacional, que é estimada em 59 e 64 para homens e mulheres, respectivamente;
- mortalidade geral e infantil elevadas, sendo que 50% dos óbitos ocorrem no grupo de menores de 5 anos, provocados, principalmente, pelas doenças infecciosas e parasitárias;

- grande parte da população não recebe benefícios da saúde e do saneamento por impossibilidade financeira ou por inexistência ou insuficiência de serviços;
- 40% da população dos municípios brasileiros não dispõe de qualquer estrutura de saúde".

Segundo MACEDO (54), a dívida social que a sociedade brasileira tem acumulado no campo da saúde tem sido extensamente demonstrada por manifestações que se expressam na subalimentação, na precoce e elevada mortalidade, o que implica a perda, evitável em nosso estágio de desenvolvimento, de mais de 400 mil vidas brasileiras, cada ano, na inexistência, insuficiência ou inadequação de serviços de saúde, na marginalização de grandes contingentes populacionais de qualquer assistência.

Essa marcante desigualdade que existe no nível de saúde dos povos, provocada por fatores condicionantes da mais variada natureza e caracterizada de modo peculiar em cada sociedade, faz com que os governos, as organizações internacionais e a comunidade mundial tenham como preocupação primordial metas e políticas de saúde, como atividades de planejamento e execução de ações da saúde que visem a um melhor padrão de vida. As comunidades de baixo poder aquisitivo e de classe social baixa constituem prioridade e requerem atenção maior dos interessados na saúde da população. Por outro lado, o problema deve ser situado também no âmbito da própria comunidade para que ela participe na busca de soluções de seus próprios problemas, tornando-a responsável no que diz respeito à melhoria de suas condições sócio-culturais, econômicas e sanitárias (23).

Um outro fator que dificulta a cobertura da população pelos serviços de saúde é a distribuição desigual de profissionais de saúde. Este fato, aliado a outros fatores, está intimamente ligado à educação profissional, que não os prepara psicológica, social e eticamente para trabalhar a nível comunitário (91).

Formar mais profissionais parece não resolver o problema de "deficit" de mão-de-obra, nas áreas menos desenvolvidas, pois este decorre da concentração de profissionais nos grandes centros, advinda de vantagens aí oferecidas, o que é agravado pelo distanciamento em que se encontram as áreas carentes.

Os Ministros de Saúde das Américas (86), em sua III Reunião Especial celebrada em Santiago do Chile, em 1972, recomendaram que os países membros da OMS tomassem providências no

sentido de estabelecer, no decênio, mecanismos que viabilizassem atingindo a cobertura total da população pelos sistemas de saúde:

- em localidades com mais de 100.000 (cem mil) habitantes: cobertura de serviços básicos a toda a população e ampliação do campo de atividades especializadas para atender aos novos problemas criados pela urbanização;
- em localidades com 20.000 (vinte mil) a 100.000 (cem mil) habitantes: cobertura de serviços básicos de saúde a toda a população ainda não coberta;
- em localidades de 2.000 (dois mil) a 20.000 (vinte mil) habitantes: cobertura de serviços mínimos integrais de saúde a toda a população não coberta e paulatinamente completá-la com a dotação de serviços básicos;
- em localidades com menos de 2.000 (dois mil) habitantes: cobertura de serviços mínimos integrais de saúde a toda a população, executados por pessoal auxiliar integrado.

Para cumprir esta recomendação da OMS, um grande número de países tem realizado esforços incomensuráveis. "Porém em um bom número deles parece haver um consenso de que o ritmo de incremento da oferta de serviços vai aquém do aumento acelerado das necessidades de saúde para alcançar a cobertura universal" (74).

A falha da maioria dos sistemas de assistência de saúde do Governo consiste em não terem sido capazes de torná-los suficientemente acessíveis e aceitáveis para os que dela necessitam. A Assistência de saúde deve estar à disposição das pessoas onde elas vivem e a aceitação de muitas medidas pode implicar uma mudança de hábitos de vida, portanto a comunidade por si mesma deve decidir-se sobre as medidas e ajudar a executá-las e avaliá-las (82).

De acordo com RIVAS (89), os serviços de saúde, para serem eficazes, devem estar inseridos na própria comunidade, que por sua vez tem características sócio-culturais, econômicas e ambientais que determinam a existência de padrões próprios de conduta, de sistemas de idéias, de crenças e valores culturais e de organização.

Além disso, os programas a serem realizados, tanto nas comunidades rurais como nas urbanas, devem corresponder às necessidades reais das mesmas, as quais dependem basicamente do nível de saúde alcançado (89).

Para RIVAS (89), há também necessidade de existirem interrelações entre os organismos locais de saúde e a comunidade através de:

- existência de um sistema local de atenção à saúde;
- presença de uma equipe de saúde participante;
- atitude de respeito profundo pela comunidade;
- conexão com organizações comunitárias existentes;
- conexão com organizações oficiais e privadas a nível local.

Desse modo, reconhece-se que a comunidade não é somente objeto das ações de saúde, mas também sujeito atuante e para isso é necessário que pessoas do próprio meio recebam delegação para assumir responsabilidades específicas, porque a participação ativa da comunidade organizada nas ações de saúde é a maior garantia para obter êxitos reais no cumprimento dos programas de saúde integral (89).

Porém um exame da informação disponível sobre o aumento dos serviços de saúde em relação com as necessidades da população demonstra a urgência e a importância de considerar novos enfoques e estratégias para acelerar o processo de ampliação da cobertura dos serviços de saúde a toda a população, concedendo alta prioridade aos núcleos marginalizados e subatendidos nos meios urbanos e rurais (30).

Como o sistema institucional não possui infra-estrutura suficiente para assumir responsabilidades da extensão de cobertura dos serviços de saúde, surgiram como estratégias para a sua reformulação o cuidado primário de saúde e a participação da comunidade, tendo como base, entre outros princípios, a "vinculação do sistema tradicional ou comunitário com o sistema institucional" (87).

Atualmente o sistema tradicional tem sido objeto de estudos e observações por parte dos órgãos da saúde, especialmente pela OMS, tendo em vista que ele poderá ser um dos caminhos ou uma das alternativas para se atingir a cobertura de saúde a todas as populações, principalmente as das zonas rurais

e as marginalizadas e subatendidas das zonas urbanas, uma vez que são parte integrante da cultura e têm melhor aceitação pela comunidade.

Acredita-se, também, que as práticas de saúde tradicionais constituem, inclusive em algumas comunidades, o único recurso de que a população pode lançar mão para solucionar de imediato seus problemas de saúde; esta situação pode ser também observada nos centros urbanos, onde a população, levando em consideração as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e o descrédito nos serviços médicos, busca as práticas tradicionais para amenizar os seus problemas de saúde.

Como a problemática da vinculação do sistema tradicional com o sistema institucional vem adquirindo grande vulto e interesse no mundo e em nosso meio, achamos oportuno realizar uma investigação que possa apresentar alguma contribuição à matéria.

Ao mesmo tempo, os resultados das investigações poderão conter informações importantes a serem utilizadas pelo sistema institucional de saúde na reformulação de sua política, bem como pelos profissionais que trabalham junto à comunidade, no sentido de melhor compreender e orientar os indivíduos que buscam as práticas populares para solucionar seus problemas de saúde e estabelecer um bom relacionamento com os seus praticantes tradicionais.

2. PROPOSIÇÕES E OBJETIVOS

Este trabalho propõe-se a estudar as práticas de saúde do sistema tradicional comunitário, com especial enfoque à identificação de:

- suas fontes
- sua demanda
- as possibilidades de incorporação destas práticas pelo sistema institucionalizado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, segundo os problemas de saúde, as práticas de saúde do sistema tradicional comunitário na área metropolitana de Belo Horizonte.
- Estudar a população que utiliza as fontes do sistema tradicional comunitário segundo os problemas de saúde e as características individuais de idade, sexo, renda familiar e instrução.
- Estudar a incorporação de recursos humanos do sistema tradicional comunitário pelo sistema institucionalizado.

3. O SISTEMA TRADICIONAL DE SAÚDE

3.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Apesar de desmedido esforço no sentido de se organizar e melhorar a assistência sanitária, em muitos países do mundo ela continua sendo insuficiente, em quase todas as localidades, enquanto pequenos setores da população dispõem de serviços altamente diferenciados (05).

Os países em desenvolvimento não podem investir somas consideráveis para custear técnicas avançadas. Por outro lado, quando o fazem, é apenas para reforçar a estrutura dos serviços existentes, concentrados nos grandes centros urbanos, ficando de lado as populações rurais (72).

Mesmo nos centros urbanos, a maior parte dos orçamentos se destina a hospitais que promovem serviços a uma pequena parcela da população; além disso, o encarecimento dos serviços e medicamentos e a falta de alternativas de baixo custo dificultam cada vez mais o acesso da população - que cresce - à assistência à saúde.

Considerando-se que o acesso a cuidados de saúde adequados não só é um direito do homem, mas também um "objetivo nacional e internacional", que há distribuição inadequada e insuficiente dos recursos dessa área e a impossibilidade do sistema institucional em assumir toda a responsabilidade da extensão de cobertura da assistência à saúde, propôs-se um novo enfoque e um novo critério de serviços para produzir maior impacto na saúde da população (30).

Em 1975, a 28^a Assembléia Mundial de Saúde declarou que a atenção primária de saúde é o ponto onde o indivíduo estabelece contato com o Sistema Nacional de Saúde, do qual deve ser parte integrante; deve guardar estreita relação com os tipos de vida e as necessidades da comunidade a que serve, e deve estar plenamente integrado com os demais setores envolvidos no desenvolvimento da comunidade (02).

Os Ministros de Saúde dos países membros da OMS, reunidos em 1977 na IV Reunião Especial, em Washington, confirmaram o

propósito contido no Plano Decenal de Saúde para as Américas, de "intensificar os esforços no sentido de ativar o processo de ex ten são de cobertura dos serviços de saúde a toda a população , adotando como estratégias a assistência primária de saúde e . a participação da comunidade" na mesma, como componentes essenciais para se atingir essa finalidade (87).

Nesse mesmo ano a Assembléia Mundial de Saúde decidiu que a principal meta social dos Governos e da OMS deveria consis tir em alcançar para todos os cidadãos do mundo, no ano 2000, um grau de saúde que lhes permitirá levar uma vida social e econo micamente produtiva.

Em 1978 a Conferência Internacional sobre Atenção Pri mária de Saúde, celebrada em Alma Ata, URSS, declarou que a atenção primária de saúde era a chave para alcançar esta meta, cuja finalidade seria o estabelecimento de uma infra-estrutura do sistema de saúde para execução dos programas nacionais que beneficiassem a população (72).

Assistência primária de saúde com a conotação de medi das simples e eficazes quanto ao custo, técnica e organização fáceis e acessíveis, permitindo melhores condições de vida(110); fundamentalmente, assistência sanitária posta ao alcance de to dos os indivíduos e famílias da comunidade, por meio que lhes sejam aceitáveis, com plena participação e a um custo que a co munidade e o país possam suportar (23).

A atenção primária de saúde envolve, mais que uma sim ples extensão de serviços básicos, fatos sociais e de desenvol vimento e influi diretamente no funcionamento do resto do sistema (94).

Esta estratégia de saúde não é uma descoberta recente. Sempre se fez atenção primária à saúde, desde os primórdios da humanidade, de acordo com os recursos e conhecimentos disponíveis do povo. A revalorização deste conceito nada mais é do que a volta às origens. Em meio a toda a sofisticação de que se cer cou a Medicina, com inúmeros recursos técnicos desenvolvidos, a grande maioria da população mundial fica totalmente sem a míni ma assistência. Isto ocorre no maior estado da união, na perife ria dos grandes centros urbanos e nas cidades de porte médio e pequeno.

Está suficientemente comprovado e denunciado pela OMS que a Medicina atual, com todos os aspectos de que se revestiu

uns necessários e importantes e outros desnecessários, nocivos e onerosos, apenas vem servindo à minoria da população, enquanto grande parte dela nem mesmo chega a poder usufruí-la, ainda que em parte (18).

A assistência primária de saúde não é uma atenção barata; é muito mais cara e custosa do que o sistema corrente de atenção à saúde e tem sacudido a consciência dos acomodados e aberto os olhos dos desprotegidos (93). Baseia-se em cuidados essenciais de saúde, calcados em métodos e técnicas práticos com fundamentos científicos, de modo que os serviços desenvolvidos sejam acessíveis ao indivíduo, à família e à comunidade, mediantes uma conscientização da situação real, de seu potencial de auto-suficiência e auto-confiança, num processo de auto transformação dos indivíduos em função de suas próprias necessidades e da coletividade, contribuindo para o desenvolvimento da sociedade em que vivem, proporcionando bem-estar geral (68).

No documento elaborado pela Conferência Internacional sobre assistência primária de saúde, realizada em Alma Ata, em 1978, ficou evidenciado que o cuidado primário de saúde constituia chave para alcançar, em todo o mundo e num futuro próximo, um nível aceitável de saúde.

Nesse mesmo documento encontramos também os princípios de hierarquização e integração dos serviços, de regionalização, de utilização dos recursos disponíveis e da participação da comunidade, entendida não como mera utilização para atingir os objetivos das instituições de saúde, mas sua mobilização para que participe da responsabilidade de identificação dos problemas e trabalhe na solução dos mesmos (23).

Se levarmos em conta as condições habituais de vida das comunidades onde não existem serviços de saúde, a extensão isolada destes serviços significa uma solução temporária que se neutraliza pela pressão da pobreza, pela desnutrição, pelas condições deficientes do ambiente, pela habitação insalubre e pela falta de habilidade para aproveitar racionalmente os escassos recursos disponíveis.

Para que a população esteja em condições de participar de forma efetiva na extensão de cobertura dos serviços primários de saúde, é indispensável ter em conta, entre outros, os seguintes fatores condicionantes;

- organização da comunidade de maneira que se facilite o apoio consciente dos indivíduos, grupos e instituições, cujas atitudes, propósitos e estruturas devem adaptar-se às finalidades do programa;
- capacitação dos grupos comunitários que atuam, sejam como agentes de mudanças ou como receptores dos benefícios dos programas, para compreender melhor os próprios problemas e relacionar o melhoramento sócio-econômico do seu meio com o progresso de outras comunidades, e também assumir a responsabilidade de como elementos propulsores do desenvolvimento, criando neles uma motivação para poder resolver seus problemas comuns de saúde;
- fomento da coordenação multi-setorial das atividades que levam a cabo os organismos públicos, privados, nacionais, regionais e locais como um meio de criar sistemas integrais de ação conjunta para facilitar a cobertura do atendimento de saúde (23).

As experiências assinalam que as comunidades têm sido utilizadas comumente como meio para alcançar objetivos já estabelecidos pelo pessoal técnico dos programas de desenvolvimento, sem levar em conta as necessidades e aspirações das mesmas e passando por alto as atitudes e comportamento de seus membros, que são componentes essenciais para o melhoramento de suas condições de vida. O não cumprimento dos processos tem criado nas comunidades um sentimento de desconfiança e frustração, o que de ordinário é interpretado pelos peritos como indiferença ou apatia por parte das comunidades, frente ao progresso.

Convém recordar que os programas de extensão de cobertura de saúde com a participação da comunidade serão mais eficazes na medida em que se vincularem aos demais setores do desenvolvimento social e econômico, quer dizer, os esforços e recursos das comunidades devem-se somar aos dos Governos.

Na América Latina não é novo o conceito de participação da comunidade nos serviços de saúde às populações rurais. Apesar de enormes esforços dispendidos neste sentido pelos Governos, com a colaboração da OPS/OMS e de outros organismos internacionais, os resultados não têm sido satisfatórios, o que se deve, entre outros fatores, à adoção de métodos aplicáveis aos países desenvolvidos, que não guardam harmonia com as condições culturais, sociais e políticas dos países em desenvolvimen

to. As comunidades são utilizadas não só como instrumento para implantar serviços de saúde, mas também para levar à prática de programas experimentais destinados a corroborar a eficácia e eficiência de determinadas técnicas, sem levar em conta o fato de que o ser humano é sujeito e objeto do desenvolvimento (02).

Experiência vivida pela equipe de saúde Centro Regional de Montes Claros, Minas Gerais, num modelo de administração participativa, oferece a todo momento exemplos da conveniência de participação da clientela na produção das ações de saúde; foram criadas fórmulas que pudessem propiciar à clientela participação de planejamentos locais, refletir sobre os fatores condicionantes de seus níveis de saúde, eliminando-se, tanto quanto possível, a imposição de valores. Esta filosofia de trabalho foi adotada após reflexão sobre a prática então vivida, chegando-se à conclusão de que a participação do usuário (não no consumo) era decisiva no êxito dos programas.

Para se atingir esta forma de trabalho, alguns obstáculos foram sendo detectados e removidos:

- "o desrespeito ao padrão cultural da clientela. Como exemplo, pode-se citar a influência negativa que exerce sobre a demanda dos serviços a adoção de modelos luxuosos para as sedes físicas das unidades sanitárias, que chegou a ser, em algumas cidades, uma afronta à miséria; as construções feitas com acabamentos refinados certamente seriam mais adequadas à conveniência dos prestadores de serviços do que às comunidades;
- as dificuldades de comunicação. De um lado estão os técnicos de saúde com a linguagem rebuscada e misteriosa, com comportamento e maneiras elitistas, perfeitamente identificados com os riscos e do outro lado a clientela, com sua forma de expressão simples, carregada de símbolos, envergonhada de sua miséria, de seus hábitos freqüentemente expostos à visita domiciliar;
- a incoerência entre o que se fala e o que se faz; fala-se em participação, admite-se sua necessidade, buscam-na de várias maneiras, mas não se pratica".

A equipe de saúde de Montes Claros conseguiu chegar a um modelo: uma agência integrando as funções de ensino e de

prestação de serviços à saúde, administrada por um conselho local constituído em sua maioria por usuários com autoridade para ditar normas e conteúdo das ações e administrar pessoal, material e recursos financeiros (56).

Há muito tempo fala-se em participação de comunidade na produção e desenvolvimento de programas de saúde de forma crítica e consciente. No Plano Decenal de Saúde para as Américas "... a participação da comunidade tem sido uma resposta acertada a este novo enfoque da atenção à saúde e à doença, uma vez que a motivação, educação e organização das comunidades lhes permitem participar dos programas em benefício de sua própria saúde".

Na Resolução 23/61 da 23^a Assembléia Mundial de Saúde, "a educação para a saúde do público, a participação da população no desenvolvimento de todos os programas de saúde pública constituem uma expressão de responsabilidade individual e coletiva de todos os membros da sociedade para a proteção da saúde de todos os seres humanos".

Na 5^a Conferência Internacional de Saúde, "a participação da comunidade foi reconhecida como de vital importância para a realização dos programas de extensão de cobertura"(24).

No plano básico de ação sanitária de Minas, "coerente com a diretriz de se constituir numa ação participativa, a estratégia requer que se enfatize e estimule a efetiva e consciente participação comunitária nos programas de saúde, visando a que a população assuma responsabilidades crescentes no equacionamento e na solução dos problemas relacionados à promoção de sua saúde e à melhoria de sua qualidade de vida".

A simples informação científica não é suficiente para provocar mudanças no nível comportamental; só mudamos os valores e atitudes das pessoas se lhes dermos condições de modificar seu ambiente, suas relações com o meio; isto quer dizer que devemos criar canais institucionais de participação que possibilitem ao indivíduo, no nível da sua comunidade, modificar suas relações com o ambiente".

Os técnicos de saúde é que devem promover a participação de verdade mas, ao contrário, eles a rejeitam, porque fazem parte do grupo restrito que "detém os conhecimentos adquiridos pela humanidade" e é contra seus interesses quebrar o monopólio do saber, consequência inevitável da participação efetiva.

"Não acreditamos na população, somos impregnados de preconceitos de que todo o saber se encontra na Universidade; acreditamos que o povo é ignorante, incapaz de decidir sobre as suntos que lhes interessam, esquecendo que na sua vida ele a to do momento decide sobre coisas de vital importância para sua so brevivência (56)".

No processo de participação, os profissionais de saú de devem conter suas tendências de inculcar na população as suas verdades quanto aos interesses populares, as prioridades e os caminhos pelos quais a população deveria livrar-se dos so frimentos e injustiças, porque tudo isto já está sendo apurado pela população, seus líderes e organizações populares (95).

Em movimento de Educação de Base, como modelo partici pativo, existente em algumas cidades brasileiras, a metodologia habitualmente empregada se caracteriza pelo seu caráter anti-pa ternalista, isto é, leva os envolvidos no processo a tomarem suas próprias decisões e tentarem resolver seus problemas, dando ênfase ao caráter grupal das reflexões e decisões (88).

As sociedades atuais se caracterizam por sua desigualda dade, com o poder e a utilização dos recursos concentrados nas mãos de uma minoria, deixando a grande maioria sem meios para satisfazer as necessidades básicas, incluindo uma alimentação adequada; a injustiça social, manifestada pela disparidade no nível de alimentação das diferentes classes sócio-econômicas , propicia que se perpetue esta desigualdade, observando-se tam bém que, nos lugares mais pobres, a doença e a desnutrição des troçam a vida das crianças em sua idade precoce (13).

MAHLER (57), em relação a esta desigualdade, afirma que "é escandaloso que em um país ou em uma região do mundo a gente morra jovem, enquanto que em outros podem contar que viram seus netos crescerem. É indigno que em um bairro de uma cidade sejam freqüentes as doenças por carências nutricionais, enquanto que em outro a preocupação seja a de se comer demasiado".

Os governos das Américas, em um compromisso solidário, têm estabelecido como objetivo principal a extensão da cobertura de serviços de saú de a toda a população do hemisfério. E pa ra alcançá-lo, decidiram estabelecer serviços mínimos de saú de devidamente coordenados com outros níveis de atenção de maior complexidade, dentro dos sistemas nacionais de saú de, de mane ira que se possa atender mais eficazmente às necessidades priori tárias de todos os habitantes com a máxima utilização dos recur

soz disponíveis, sendo essencial a participação da comunidade.

Os serviços de saúde, concebidos para assegurar uma cobertura máxima da população nas zonas rurais e urbanas da América Latina e do Caribe, deverão outorgar prioridade aos seguintes programas:

- reduzir a mortalidade e a morbidade causada por doenças transmissíveis prevalentes, sobretudo a malária e as que podem ser controladas mediante vacinação;
- dar atenção de saúde às mães e crianças consideradas como grupo mais vulnerável e o componente crítico da unidade da família;
- deve focar-se até a redução, dentro do marco de políticas nacionais de alimentação e nutrição, da desnutrição proteico-calórica, considerada como causa principal, associada ao problema das enfermidades infecciosas e parasitárias gastro-intestinais, em especial nos menores de cinco anos;
- proporcionar atenção de saúde aos pacientes em um nível primário, assim como a referência sistemática dos mesmos de acordo com suas necessidades, aos níveis de atenção especializados do Sistema Nacional de Saúde;
- fazer o saneamento básico do meio ambiente, em especial a previsão de água e a eliminação de excretos.

Para alcançar os objetivos assinalados, os Governos concordaram em formular e executar uma política de saúde realista, que tivesse alcance tanto setorial como intersetorial, o que serviria de guia para levar a cabo seus programas de saúde e em especial para incrementar sua capacidade operativa (02).

Vem ganhando aceitação nos últimos decênios o conceito intersetorial de saúde, inclusive admitindo-se que os gastos no setor constituem investimento de elevada rentabilidade social.

Esse enfoque influenciou marcadamente as modificações introduzidas nas formas de realizar a prestação de serviços de saúde, preconizando-se modelos de atendimento que respondam a uma realidade social, econômica e ecológica.

E dessa nova conceituação derivam, sem dúvida, observações recolhidas do desequilíbrio sempre existente entre neces

sidade e recursos, pois a capacidade para atender não aumenta com a mesma rapidez e surge o conflito entre as instituições que administraram os serviços, os profissionais que os prestam e a comunidade que os recebe. Daí o difícil problema de proporcionar efetivamente a quantidade e qualidade da assistência à saúde que a população merece, necessita, solicita e exige. "Temos que romper as cadeias que nos fazem depender de uma tecnologia de saúde de utilidade social discutível e excessivamente complexa, custosa, desenvolvendo outro tipo de tecnologia adequada, que esteja tecnicamente bem fundamentada, resulte aceitável culturalmente e seja factível do ponto de vista financeiro" (07).

Os Ministros de Saúde desenharam uma estratégia rural fundada nos traços culturais de nossas sociedades e em seu estilo de vida, com um enfoque racional e prático. Resulta de uma participação ativa e informada das comunidades, que vai da programação à execução. Inclui a transformação da medicina empírica em científica, por aquisição de determinados conhecimentos por parte de quem a pratica ancestralmente no meio rural. A auxiliar de saúde procedente da mesma localidade é o chefe das atividades preventivas e curativas, com responsabilidades cuidadosamente assinaladas (37).

Devido à variada natureza das comunidades, e, por fim, das possíveis opções para a solução de seus problemas, cada comunidade deve tratar-se por separado. Não obstante, a experiência obtida nas Américas indica que se deve tentar, de maneira sistemática, que as comunidades desenvolvam a capacidade de proporcionar serviços de saúde, devidamente respaldadas pelos sistemas técnicos e logísticos, incluída a capacidade programada da comunidade. Outro requisito consiste em assegurar que se tenha acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis, do sistema institucional (02).

A implantação do conceito de cobertura universal constitui um desafio, adquire uma magnitude maior, devido à urgência de acelerar as ações para atingi-la. Atualmente existe uma grande desigualdade entre a oferta de serviços e o volume e a complexidade cada vez maior das necessidades de saúde. A medida em que a sociedade se torna mais complexa, vão surgindo novas necessidades que não podem ser satisfeitas, porque não se conta com uma tecnologia apropriada e os recursos não aumentam proporcionalmente. Portanto, observaremos que, se

não se modifica esta tendência, a disparidade entre oferta de serviços e as necessidades de saúde da população irá se fazendo maior com as conseqüentes dificuldades que impedirão sua solução oportuna (30).

A extensão dos serviços de saúde para ampliar a cobertura deve responder harmonicamente aos interesses nacionais, regionais e locais e basear-se em uma política de saúde que oriente a formulação de programas de acordo com as características, recursos e possibilidades de cada país. Para garantir sua viabilidade, esta política de saúde deveria estar incluída no desenvolvimento global. Os programas assim concebidos assinalariam alta prioridade às necessidades de saúde dos grupos marginalizados e menos protegidos da população, que vivem em condições de pobreza, entendida esta como a combinação desigual de emprego e desemprego, baixo nível de educação, habitação insalubre, más condições de saneamento, desnutrição, deterioração da saúde, apatia social e sobretudo, a conseqüente ausência de vontade e iniciativa para contribuir e implantar melhorias (30).

Nas últimas décadas, uma atenção crescente tem sido dada às relações entre pobreza, níveis de saúde e uso dos serviços de saúde. A maioria dos estudos mostra que, embora os pobres se apresentem mais doentes, são eles que usam eficazmente os serviços de saúde. Os estudos que procuram explicitar os diferenciais de acesso aos serviços de saúde entre a população pobre e a rica estão relacionados com fatores sócio-culturais e econômicas. Entre os primeiros estão os estudos de caráter mais antropológico, que relacionam a busca de cuidados médicos ao comportamento do indivíduo frente à doença (97).

SUCHMANN (105), 1965, levantou a hipótese de que os indivíduos que pertencem a grupos relativamente mais homogêneos estariam mais propensos a reagir à doença e ao cuidado em termos de definição e interpretação por seu grupo social, mais do que pelo comportamento médico apropriado, em termos das prescrições formais e impessoais do sistema de tratamento médico oficial.

Testando esta hipótese, o autor referido usou as relações entre organização social do grupo e a orientação médica individual, ao concluir que a utilização de serviços preventivos e de seguro de saúde são mais uma função do "status" sócio-econômico do que da estrutura do grupo ou das atitudes de saúde.

Mais tarde SUCHMANN (106) procurou analisar a evolução do comportamento ante a doença em termos de tendências associadas à busca, encontro e prestação de assistência médica.

Para estudar as tendências, dividiu a sequência de eventos em cinco fases: aparecimento de sintomas, adoção do papel do enfermo, início da atenção médica, etapa do papel dependente do paciente e restabelecimento ou reabilitação; deu-se grande importância, em todas essas fases, ao que o indivíduo concebe como doença, sua aceitação do papel do doente, que o excluiria de suas responsabilidades normais, bem como sua relação com o médico, de quem passa a depender e a quem deve seus progressos em relação à saúde.

Autores que procuram associar a busca de cuidados médicos à reação do indivíduo diante da dor, como ZBOROWSKI E ZOLA, citado pela SECRETARIA DE PLANEJAMENTO (97), estariam nesta mesma linha, uma vez que esta reação é vista como influenciada pelo grupo ético e social a que o indivíduo pertence.

Uma outra explicação que em alguns pontos se superpõe e se complementa com as anteriores é a que vê na utilização pelos pobres da magia, do curandeirismo ou da "medicina primitiva", uma barreira à busca da medicina científica.

Esta explicação encontra maior expressão na teoria da cultura da pobreza, que é, em 1966, explicada por LEVIS (50). "Os pobres, inerentemente mal dotados em relação à saúde, seriam aqueles que, pela sua subcultura defeituosa, encontrariam maiores dificuldades para a obtenção de serviços médicos". Incapazes de perceber, inclusive pelo seu baixo grau de escolarização, as verdadeiras causas das doenças, utilizando-se de chás e raízes para tratar suas moléstias, mal equipados pelo seu baixo grau de informação para até mesmo se movimentarem no meio urbano, os pobres carregariam consigo todas as condições propícias para um mau acesso aos serviços de saúde.

Em contraposição a estes argumentos, outros estudos têm demonstrado que, embora as crenças relativas à magia ou à ciência possam determinar a via de tratamento a ser seguida, ambas podem também coexistir sem grandes contradições no sistema de crença do indivíduo (97).

SAUNDERS (96), analisando métodos de tratamento no sudoeste americano, mostrou que a população de língua espanhola ali residente, ao adotar novas idéias sobre as doenças, bem co

mo novos meios e técnicas para combatê-las, não abandona necessariamente todas as antigas idéias e métodos de tratamento .

Os novos conhecimentos e crenças se juntam simplesmente aos antigos e faz-se apelo a uns ou a outros, segundo as circunstâncias; a pessoa pode começar demandando a opinião ou conselhos de não especialistas que poderão lhe sugerir a procura de outros curandeiros, que lhe fornecerão cuidados ou conselhos ou então recorrer à medicina "científica" e não ter alívio para seus males, voltando-se, então, para os curandeiros tradicionais ou recorrer simultaneamente aos serviços da medicina "científica" e dos curandeiros, principalmente quando tem a impressão de que ninguém pode fazer nada por ela.

Por último, o indivíduo poderá estabelecer um movimento de vai-e-vem entre profissionais da medicina científica e curandeiros (96).

HOSTETLER (38) mostra que as crenças relativas ao binômio saúde/doença são as mais sensíveis a mudanças, e populações das sociedades ditas tradicionais podem adotar novas técnicas de tratamento tão logo estas se mostrem eficazes.

Em todos estes estudos realizados, observa-se que se retira do sistema político e econômico qualquer responsabilidade tanto acerca da doença adquirida quanto da recuperação física do doente; aqueles que procuram explicações para os diferenciais de acesso nos fatores sócio-econômicos têm demonstrado que, na realidade, é a classe social um dos principais determinantes da distribuição dentro da sociedade, tanto das doenças quanto dos serviços médicos.

SOMARRIBA (100) mostrou, na Inglaterra, que as taxas de morbidade e mortalidade das classes sociais mais baixas são significativamente superiores às das classes altas, enquanto, ao contrário do que seria desejável, aqueles grupos sociais mais propensos a adquirirem as mais variadas moléstias têm à sua disposição os menos eficazes serviços de saúde.

Para DUTTON (28) o baixo uso dos serviços de saúde pelos pobres pode ser fundamentalmente atribuído à inadequação do sistema de cuidados médicos, frequentemente usados por eles, notadamente nos hospitais de atendimento ambulatorial e de emergência.

Enquanto os pobres utilizam os serviços públicos e previdenciários, as classes de renda média e alta se servem de

recursos privados. Nos primeiros, problemas organizacionais são frequentes, e os pacientes manobram entre múltiplas clínicas para obter cuidados primários, e estes serviços são mais orientados para a área curativa do que preventiva.

SAN MARTIM, citado pela SECRETARIA DE PLANEJAMENTO (97), esclarece que o preventivo e o curativo são dois aspectos da medicina que não se podem separar, já que em ambos os casos o objeto de preocupação é o mesmo: o indivíduo.

Além das considerações acima, as instituições públicas e previdenciárias têm uma atmosfera frequentemente desumana, apresentando-se para os pacientes de baixa renda como terrivelmente maçantes e complexas, cheias e ocupadas. Enquanto os funcionários parecem frequentemente impessoais e bruscos, os médicos vão de paciente em paciente, gastando poucos momentos em cada um e os clientes, às vezes, têm que esperar durante longo período de tempo para serem chamados (104).

HART, citado pela SECRETARIA DE PLANEJAMENTO (97) estudando a qualidade e acessibilidade a serviços médicos na Inglaterra, assim se manifestou: "a disponibilidade de serviços tende a variar inversamente com a necessidade da população" Esta lei pode ser estendida aos países capitalistas subdesenvolvidos, onde os pobres, que estão mais propensos a adquirirem toda sorte de moléstias, têm à sua disposição as menores quantidades e os menos eficazes serviços de saúde.

Desta forma, a colocação de que os pobres têm pequeno acesso aos serviços de saúde, porque mesmo doentes se negam a admiti-lo e portanto a procurar tais serviços, se aproximaria muito mais da realidade se as relações de causa e efeito fossem invertidas, ou seja, os pobres se negam a admitir suas doenças provavelmente porque sabem muito bem a série de problemas a que estarão sujeitos caso admitam seus males e se proponham a tratá-los.

Esta desigualdade na distribuição de serviços médicos, longamente diagnosticada com relação às classes sociais, verifica-se também quando se desagregam os recursos de saúde segundo sua utilização pelos habitantes de diferentes setores das grandes cidades ou parte dos trabalhadores alocados em diferentes empresas (97).

Com relação à distribuição geográfica da população e dos recursos de saúde dentro das cidades, KADAT (45) menciona um estudo realizado na cidade de Cali, Colômbia, onde, apesar

de existir um médico para cada 900 (novecentos) habitantes, 17% das crianças que morrem não recebem em sua doença fatal qual quer tipo de tratamento.

Quanto às diferentes possibilidades de obtenção de serviços médicos dentro da classe trabalhadora, é elucidativo a colocação de HUGO MERCER, citado pela SECRETARIA DE PLANEJAMENTO (97): "na América Latina é claramente visível a diferença de atenção médica que recebem os trabalhadores de grandes indústrias, com uma forte concentração da força de trabalho, com salários relativamente altos, em relação aos setores operários das pequenas indústrias, sumamente dispersas na produção, atomizadas em múltiplas tarefas, com baixos salários e longas jornadas de trabalho".

De um modo geral, as grandes indústrias, utilizando-se de parte dos fundos destinados por elas próprias e por seus empregados ao Ministério da Previdência Social ou organizam internamente serviços de atendimento médico aos funcionários e seus familiares ou se conveniam com empresas prestadoras de tais serviços, assegurando, desta forma, aos seus empregados, atendimentos mais rápidos e eficientes, preservando a assiduidade ao trabalho. O mesmo não acontece com os operários das pequenas indústrias que, pelas suas condições de trabalho, só podem usufruir de serviços médicos gratuitos, proporcionados pelo Estado e estão sujeitos a uma conhecida série de entraves que retardam ou obstaculizam totalmente a obtenção de cuidados médicos. A baixa utilização de serviços médicos seria vista, neste caso, como uma resposta natural à múltiplas experiências negativas que a população teria em relação a estes sistemas.

Esta desigualdade em relação à obtenção de cuidados médicos não é um fenômeno isolado; ela se prende à desigualdade na distribuição das moléstias que, por sua vez, tem como causas as desigualdades de moradia, alimentação, serviços sanitários básicos, trabalho, educação e renda (97).

KADAT (45) afirma que "nenhuma ação isolada no campo da saúde pode neutralizar os efeitos de tais mecanismos básicos." A classe social é importante porque, se as pessoas melhoram suas condições econômicas, é possível que o mesmo ocorra com seu estado de saúde.

As desigualdades sociais, aliadas à distribuição de recursos, atuam por outro lado como fatores determinantes, definição teórica da demanda que nem sempre retrata com fidelidade a procura por serviços médicos.

Ao tomarem como indicador de demanda o uso pela população dos serviços disponíveis, os planejadores da área podem chegar a resultados bem distintos dos reais, porque a quantidade de serviços demandados pode ser subestimada devido a uma variada série de fatores e entre eles:

- a desigualdade na renda; enquanto as pessoas mais ricas contam com recursos suficientes para, sempre que acharem necessário, utilizarem os serviços de saúde, os mais pobres, ainda que recebam gratuitamente tais serviços, precisam arcar com custos de medicamentos e transportes, além de prováveis perdas de remuneração em outras atividades, o que implica conceitos mais elásticos acerca das necessidades de serviços médicos;
- a localização destes serviços em relação ao local da residência do doente influencia fortemente na busca de cuidado de saúde porque, quanto mais distantes dos eventuais clientes, menor a demanda pelos serviços;
- a existência de uma demanda insatisfeita que se refere à má utilização do serviço devido à existência da oferta ou a incapacidade dos recursos disponíveis em atenderem a toda a clientela ou ainda ao tempo gasto pelos doentes em filas, salas de espera, o que leva a projeções da demanda por serviços de saúde que se situam aquém dos valores reais.

Além disso, a própria oferta pode criar uma demanda artificial quando "sob orientação médica, se proporciona ao "consumidor" um tipo de atenção centrada no hospital, altamente sofisticada e que inclui cuidados médicos individuais, quando tudo isto não é, em rigor, imprescindível" (45).

Os efeitos cumulativos do fator social, distribuição geográfica da população, trabalho, definição de demanda acabam por levar, na prática, a um não acesso aos serviços de saúde, ou a um acesso precário, justamente por parte daqueles que, devido às suas condições de vida, mais necessitam utilizar eficazmente os serviços de saúde(97).

A acessibilidade dos serviços de saúde constitui uma condição essencial para que se atinja a cobertura universal e para que a população satisfaça suas necessidades de saúde. Ela deve conter uma oferta contínua e sistemática de serviços pro

porcionados por um conjunto de recursos combinados e situados geográfico, econômico, cultural e funcionalmente ao alcance das comunidades.

Devido à série de dificuldades que a população de baixa renda enfrenta para obter serviços médicos, não é surpreendente verificar que, ainda quando esta população declare não precisar daqueles serviços, a medicina formal é buscada na figura do farmacêutico e de praticantes tradicionais, porque eles se encontram mais próximos em termos físicos e oferecem um atendimento mais rápido, desburocratizado, em linguagem acessível, apresentando ainda a grande vantagem de vender a prazo para aqueles que utilizam seus serviços.

No setor saúde, a medida mais importante para reduzir algumas destas flagrantes desigualdades que separam os homens é talvez a promoção da assistência primária de saúde concebida como um direito humano sem discriminação social ou econômico(57).

A proteção da saúde de uma população depende de ação social organizada, coordenada pelo Governo, com os seguintes objetivos:

- reduzir a pobreza, suprimindo as deficiências da alimentação, da saúde, da educação e da habitação;
- combater a poluição do pauperismo, corrigindo as carências de saneamento do meio;
- ampliar as oportunidades de emprego, as taxas superiores aos coeficientes do crescimento demográfico;
- qualificar a mão-de-obra, aumentando sua capacidade de geração de rendas;
- redistribuir a riqueza, seja em termos sociais, seja sob o ponto de vista geográfico (65).

Para muitos países em desenvolvimento a maneira mais prática para alcançar uma cobertura total da população com serviços de assistência sanitária fundamental é utilizar trabalhadores ou agentes de saúde da comunidade, os quais se pode preparar com breve prazo para desempenho e tarefas concretas.

Em quase todas as sociedades existem curandeiros e parteiras tradicionais. Segundo a cultura e as tradições locais em muitos lugares eles continuam gozando de grandes privilégios e consideração social, sendo-lhes permitido exercerem uma influência considerável sobre as práticas sanitárias da localidade.

Com o apoio do sistema formal ou oficial de saúde, esse tipo de pessoal pode constituir colaborador importante na organização de atividades para melhorar a saúde da comunidade. É possível que algumas coletividades para prestação de assistência primária a nível local tenham que incorporá-los, nessas atividades, dando-lhes treinamento adequado (22).

A OPS, através de grupos de trabalho reunidos em Washington, em abril de 1974, com referência ao papel do líder da comunidade que participa no programa de saúde, por delegação da própria comunidade e com treinamento que o sistema de saúde considera necessário, afirma o seguinte:

- representa o serviço de saúde ante a comunidade;
- estabelece comunicação com sua comunidade e defende os benefícios do sistema;
- identifica e mobiliza recursos formais e informais até a realização do programa;
- identifica, com sua comunidade, as necessidades de saúde e estabelece prioridades;
- orienta tarefas específicas sugeridas pelo programa;
- colabora com a prestação de serviços mínimos de saúde e defende, na comunidade, os programas alcançados na realização do programa, identificando os obstáculos encontrados que dificultam seu desenvolvimento (89).

Nos últimos anos, a literatura sobre cuidados de saúde no mundo em desenvolvimento vem atribuindo a curandeiros e curiosos tradicionais um papel cada vez mais importante. Entretanto os cuidados de saúde tradicionais e modernos são invariavelmente vistos como sistemas separados, sendo que ao sistema moderno "formal" atribui-se valor e eficácia superiores, dando-se pouca atenção à maneira como a população atendida encara esses dois sistemas (09).

WEAVER, citado por MANZANEDO (60), diz que os serviços profissionais são preferidos pela população mais jovem e mais instruída e o procedimento tradicional, o remédio caseiro e o uso de curandeiro são preferidos pelas pessoas mais idosas e de instrução mais limitada.

Sabemos que a formação e a utilização de recursos humanos constitui o ponto modal do desenvolvimento de serviços bási

cos de saúde; torna-se necessária, nesta área, uma nova postura funcional a ser adotada pela equipe de saúde, na qual se sobressai uma ampla utilização de pessoal de nível auxiliar e elementar, recrutado de preferência na própria comunidade. Aí ela atuará, sob supervisão, para resolver os problemas que não requerem a direta participação do profissional de nível superior(04).

O Plano Decenal de Saúde para as Américas, emanado da III Reunião de Ministros de Saúde, assinala que a solução dos problemas de saúde nos países em desenvolvimento requer a participação de profissionais, de auxiliares e da comunidade para a prestação de cuidados e um melhor aproveitamento desses recursos redundará em maior efetividade dos serviços (12).

O treinamento de pessoal em número e qualidade suficiente para oferecer uma atenção integral de saúde exige, portanto, uma orientação e o incremento de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e atitudes indispensáveis para o desempenho das tarefas assinaladas, uma vez que "tradicionalmente a formação de pessoal se ocupa mais em transmitir conhecimentos teóricos, do que em capacitar pessoas treinadas e orientadas na solução de problemas reais, com ênfase nas atividades curativas"(98).

No Brasil, a formação e utilização de recursos humanos para a saúde sempre estiveram basicamente determinados pelo mercado de trabalho no setor, ou seja, tem sido as modalidades, a extensão e as características dos serviços que determinam a produção de recursos humanos e sua utilização, com graus variados de desajustes.

Não importa que as instituições formadoras não tenham articulação com as instituições utilizadoras, porque elas são resultados de um mesmo processo gerador e respondem aos mesmos determinantes estruturais; as instituições formadoras tendem a se ajustar às características da demanda ou exigências de trabalhos dominantes das instituições utilizadoras.

No âmbito dos serviços de saúde é conhecida a natureza elitista dominante nas práticas de saúde que atendem principalmente às necessidades de grupos sociais de maior poder, concentrando-se nas áreas urbanas e com tendência marcante à sofisticação.

PEDRAZIANNI (77) informa que o conteúdo dos serviços de saúde no Brasil apóia-se em uma certa mistificação do conhecimento médico, cujo domínio está social e juridicamente asse-

gurado como monopólio de determinadas categorias profissionais, provido de mecanismos para promover a expansão desejada das necessidades de assistência médica pela medicalização crescen-te da sociedade.

Além disso, afirma PEDRAZANNI (77), os recursos humanos na área da saúde apresentam uma estrutura qualitativa; na composição profissional, respondem à natureza e às características da prática dominante que se reforça pela tecnologia sofisticada, aplicada à indústria da saúde, que não tem compromisso com a saúde da população, privilegiando a formação das categorias profissionais de mais elevado "status" e negligenciando a formação de auxiliares.

Observam-se também no Brasil sérias distorções na disponibilidade e na oferta das diferentes categorias de pessoal , em face das diretrizes políticas de extensão de cobertura dos serviços de saúde e de organização do sistema nacional de saúde (55).

Como a atenção primária de saúde tem que aproveitar plenamente todos os recursos disponíveis, é indispensável mobilizar todas as reservas de pessoal de que dispõe a comunidade, uma vez que a limitação de recursos humanos, materiais e financeiros é o principal obstáculo para resolver problemas de saúde.

A má distribuição dos médicos, a escassez de enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e sobretudo a falta de administradores profissionais tecnicamente treinados, ao lado de problemas para solucional-los, são outros fatores que têm contribuído para o fracasso dos intentos de se conseguir uma cobertura universal de serviços de saúde (85).

As características do pessoal auxiliar para a atenção primária de saúde variarão de um país a outro, em função das necessidades e dos recursos disponíveis para atendê-los, podendo englobar indivíduos pouco instruídos com preparação elementariz em assistência sanitária, "médicos descalços", ajudantes de medicina, enfermeiros práticos, médicos gerais, bem como curandeiros tradicionais (23).

O desenvolvimento dos recursos humanos em função da aplicação da cobertura dos serviços de saúde constitui o principal objetivo da OMS, nesta área; com relação à atenção primária, é o desenvolvimento de pessoal, principalmente em relação com a busca de novos tipos de trabalhadores de saúde, de acordo com

as necessidades da área rural e com as características próprias do país (01).

A extensão de cobertura na área rural exige a incorporação de um contingente importante de pessoal da comunidade, voluntário ou remunerado, em tempo integral ou parcial e com treinamento mínimo, e um bom número de pessoal polivalente com formação e treinamento adequados, para realizar a supervisão (78).

O reconhecimento da importância dos recursos humanos na produção de serviços de saúde é incontestável; sempre foram apontados entre os principais problemas do setor saúde para resolver seus problemas, superar suas limitações e deficiências e devem ser vistos não como mão-de-obra que flutua no mercado, mas também como agentes de mudança no processo (53).

O PIAS (81) prevê o cadastramento com orientação, controle e supervisão de parteiras leigas e o fornecimento de material mínimo para a assistência ao parto e ao recém-nascido a nível elementar das comunidades de 500 (quinhentos) a 2000 (dois mil) habitantes e o desenvolvimento de pessoal auxiliar recrutado na localidade.

Na América Latina, calcula-se que existem atualmente pouco mais de 310.000 (trezentos e dez mil) auxiliares e que este grupo se encarrega de 80% aproximadamente da atenção direta ao paciente, tanto nos hospitais como nos programas de saúde da comunidade. Pode-se afirmar que 60% destes auxiliares não receberam mais do que a experiência de aprendizagem em programas de ensino, durante o serviço (67).

Atualmente estes auxiliares estão sendo preparados para atender aos problemas básicos de saúde em zonas de difícil acesso, onde não se dispõe de profissionais de saúde em tempo integral.

O pessoal auxiliar deve estar preparado para atender a população através de rotinas, com uma fácil comunicação, com linguagem e hábitos próximos da população para se ter a chance de êxito do trabalho.

É interessante salientar que o estabelecimento de serviços sanitários para atender às necessidades da coletividade, e não a oferta profissional, foi visto como uma ameaça por muitos serviços médicos, tendo como argumento a idéia de que este tipo de filosofia de trabalho leva as comunidades a procurarem

outros serviços que não são os médicos (57).

"Recorrer à medicina tradicional é um tema polêmico : para que a assistência primária de saúde se ajuste às formas de vida da comunidade e se sirva dos recursos locais, humanos e financeiros, é necessário, para que ela não fracasse, aproveitar todas as energias disponíveis para a saúde, porque a confiança que a população, em muitos lugares, tem na prática médica tradicional, é algo que não deve ser contestado nem deixado de lado (57)."

3.2. A MEDICINA TRADICIONAL

As necessidades de saúde de uma comunidade habitualmente são atendidas por meio de:

- Sistema Tradicional Comunitário, estabelecido pela própria comunidade e utilizado pelos indivíduos segundo os costumes de auto-medicação ou pela procura de um membro da comunidade reconhecido como agente do sistema;
- Sistema Institucional de saúde composto por instituições do setor saúde, tanto públicas como privadas(30).

Muitas vezes em uma comunidade o sistema tradicional coexiste com o institucional, porém em outras é o único que atende as suas necessidades de saúde (30).

Qualquer que seja o seu grau de evolução, toda a comunidade tem tratado de encontrar a maneira de atender a seus problemas de saúde por este sistema, o qual conta com recursos e procedimentos que são próprios e funcionam de acordo com o estilo de vida da população. Este sistema enfrenta os problemas com limitações e tende a satisfazer quase exclusivamente às áreas de assistência às doenças e aos partos. Seus agentes recebem diferentes nomes segundo a complexidade local e o tipo de arte curativa que executam: parteiras, curandeiros, feiticeiros, rezadeiras, adivinhos, herbários etc (30).

Pouco se conhece acerca das características do sistema tradicional; sabe-se porém que está firmemente arraigado na cultura local e por conseguinte tem aceitação e apoio da comunidade(87).

Segundo MANZANEDO (61), o sistema institucional é aquele exercido por profissionais de saúde que praticam a medicina moderna, de base científica; já o sistema tradicional, comunitário, seria aquele que as pessoas praticam sobre uma base empírica, bem como as em que os indivíduos dizem utilizar a colaboração de forças sobrenaturais ou metafísicas.

Para os peritos da OMS (73), a medicina tradicional é a soma de todos os conhecimentos teóricos e práticos, aplicáveis ou não, utilizados para diagnóstico, prevenção e supressão de transtornos físicos, mentais e sociais, baseados exclusivamente na experiência e na observação e transmitidos verbalmente

ou por escrito, de uma geração a outra.

Na África, a medicina tradicional é definida como um conjunto de práticas, medidas, ingredientes e procedimentos de todo tipo, sejam ou não de ordem material que, desde tempos imemoriais, tem permitido aos africanos protegerem-se contra a doença, aliviarem seus próprios sofrimentos e promoverem sua cura.

Para SANTOS (94), a medicina tradicional, chamada por ele de Atenção Primária Informal ou Popular, é o conjunto de providências e atitudes baseadas na cultura popular, isto é, na experiência e conhecimentos acumulados e transmitidos através de gerações. Sua prática inicia-se nos indivíduos, nas famílias, vizinhos, amigos, etc. e continua com os curandeiros, parteiras populares, benzedadeiras etc.

Peritos da OMS (73) afirmaram que toda "medicina" é moderna, independente do tempo, lugar e da cultura em que se pratica, na medida em que está bem orientada para atingir o objetivo comum, que é a assistência sanitária.

No entanto, observa-se diferença entre os distintos sistemas, os quais, porém, não provêm somente dos objetivos ou processos, mas principalmente das culturas dos povos que os praticam. A medicina tradicional não é nova, porque tem sido parte integrante de toda cultura humana. Em alguns países sua tendência é estancar-se por não ter sido aproveitada, para o seu próprio progresso, pelos profissionais que tendem sempre a considerá-la em decadência e sem importância, esquecendo-se de que ela faz parte da cultura, que é dinâmica e primordial (73).

Em outros países, entretanto, a medicina tradicional, atenta ao processo de transformação cultural proveniente da aquisição de novos conhecimentos e da alteração do meio ambiente em que vive a população; tem de adaptar-se para sobreviver ou adquirir um novo equilíbrio vital, não perdendo de vista seu objetivo de atender às necessidades sanitárias da comunidade (73).

Os serviços de saúde são precários e insuficientes para atender às demandas da população, devido às limitações quantitativas na capacidade instalada e à deficiência na integração e direção das atividades. Fundamentalmente atendem aos aspectos curativos, realizando poucas ações de prevenção de doenças ou de promoção e educação para a saúde. O cuidado de saúde em sua

maior parte se apóia no sistema informal criado pela própria comunidade, mediante o empirismo e, em uma pequena proporção, em medicina curativa simplificada que poucas vezes se vincula a serviços de um nível melhor estruturado (15).

Se dissermos que o processo saúde/enfermidade depende do lugar e do momento em que se apresenta, podem afirmar que, nas zonas rurais, os danos à saúde da população seguem padrões de subdesenvolvimento. Baseando-se neles, tem-se tentado solucionar o problema mediante a formação de indivíduos de diversos níveis de capacitação em medicina comunitária, o que tem resultado em esforços falidos, em uns casos por falta de orientação e, em outros, por falta de continuidade (15).

A eficiência no atendimento médico não depende exclusivamente das iniciativas empreendidas no sentido de ampliar e elevar a qualidade desse tipo de atendimento, porque fatores culturais podem vir a constituir em obstáculos ao sucesso da ação estatal, na medida em que a população visada não é receptáculo passivo das políticas ditadas a nível ministerial.

A ação do Estado - que nesse campo tem sido a de reforçar a "medicina científica - teria como "concorrente" a "medicina popular" responsável em grande parte pelo insucesso de tais políticas. Com efeito, este tipo de medicina parece gozar de maior prestígio junto às populações de baixa renda, tanto no que diz respeito ao diagnóstico quanto no tratamento das doenças. Quando uma prescrição médica não é cumprida, na maioria das vezes não é exclusivamente a falta de recursos econômicos do paciente que está por trás dessa prática, mas uma crença popular, uma visão do mundo, do organismo e da saúde em grande parte incompatível com aquelas subjacentes à "medicina legítima da pelos cânones da ciência".

Da incompreensão deste fato decorrem tentativas de solução do problema através de medidas drásticas, como a perseguição dos agentes vinculados à "medicina popular" quando a rigor trata-se não de reprimir, mas de compreender a sua função social (52).

Este fato em parte é reconhecido pelo próprio Estado brasileiro, que não só admite a existência da "medicina popular" no país, como também que ela serve de desafio ao sistema oficial, na medida em que dá cobertura a uma parcela considerável da população que a rede privada de saúde não atende e que a previ

dência social não atinge ou - por suas deficiências já por de
mais conhecidas - não tem condições de assistir (52).

A realidade nos mostra que o maior volume de ações de
atenção à saúde em nosso país é a resultante de uma mescla da
informal com a formal e o "saber" formal, na época atual, em
grande parte é distorcido porque serve mais para justificar a
venda maciça de medicamentos, exames de laboratórios, e interna
ções hospitalares, do que para contribuir realmente no combate
às doenças e aumento do nível de saúde da população. Este tipo
de saber misturou-se, através da intensa publicidade, à cultura
popular, e assim a atenção primária informal praticada maciça
mente hoje no nível familiar e nos balcões das farmácias é uma
resultante onde a verdadeira "cultura popular" encontra-se qua
se sempre camuflada ou distorcida (94).

Cabe aos institutos e escolas de saúde, e também à es
trutura de serviços, rever o atual saber, completá-lo cientifi
camente com conhecimentos e práticas voltados realmente para os
interesses da população e reconhecer e aceitar a "cultura popu
lar" numa convivência construtiva (94).

A V Conferência Nacional de Saúde afirma que "no campo
concreto da saúde o que existe são dois subsistemas de saúde - um
subsistema que se desenvolve graças a ações empírico-místicas ,
sem respaldo institucional legal, medicina de folk, curandeirism
o, etc, e um subsistema que se desenvolve graças às ações empí
rico-científicas e com respaldo institucional legal. O conheci
mento desta dupla realidade sistêmica, com suas múltiplas rela
ções de comunicação e controle, pode levar a idéias simplistas
de que a superação do primeiro subsistema seria alcançada por
uma simples ação de "política sanitária"; se isto fosse de rea
lização rápida e eficiente, o resultado seria uma tal sobrecar
ga no sistema empírico-científico que o desqualificaria de ime
diato, provocando, cessada a ação repressiva, o reaparecimento
do sistema empírico-místico (24).

O reconhecimento explícito da existência da "medici
na popular" - e implícito de sua eficácia - não conduz, entre
tanto, a um desdobramento no sentido de conhecê-la e legitimá
la, ou a algumas de suas práticas. A condenação de uma
atitude repressiva face às práticas médicas populares consti
tui, sem dúvida, um avanço; mas ela é posta mais como estraté
gia para ganhar tempo -até que o subsistema oficial possa dar
conta por si só do problema - e não como ponto de partida para

o esboço de uma política que procure incorporar ao sistema oficial os conhecimentos da "medicina popular" (52).

A persistência da "medicina popular" nos grandes centros urbanos demonstra que ela não é exclusivamente fruto do isolamento geográfico e da falta de atenção médica; ela é, além de uma alternativa possível às longas filas do INPS e às receitas inacessíveis dos médicos oficiais, uma reação a esta prática autoritária da "medicina científica" (52).

O maior ou menor uso que se faz do sistema tradicional ou institucional, ou de ambos em igual medida, depende da situação educacional ou sócio-cultural da população e das características do sistema institucional.

Segundo CECÍLIA DONANGELO, em artigo da FOLHA DE SÃO PAULO (107), a medicina popular, depois de permanecer fora do cenário entendida, até certo ponto, como algo desprezível, vem sendo legitimada por setores não tão populares na sociedade brasileira e, a nível de organização do serviço de saúde, vêm sendo frequentes as propostas do seu aproveitamento nos programas de assistência médica convencional.

MÁRIO SPORATI (107) afirma que a medicina existe para que as pessoas busquem nela um tratamento para curar a sua doença e a busca de recurso varia de acordo com vários aspectos e, dentre eles, um de grande importância é o cultural.

Na prática, o que se observa é que nenhuma medicina é absoluta. A medicina formal serve para resolver uma boa parte das doenças e recuperar a saúde, mas não resolve, também, outra boa parte de patologias, de outros estados de alteração da saúde, que outras alternativas talvez permitirão resolver.

Muitas vezes se encontram na medicina popular soluções que a medicina oficial não oferece; por isso seria interessante que se indagasse sobre o que pode se propor a medicina oficial percebendo suas limitações, necessitando, para isso de englobar novos conhecimentos, novas práticas, para ampliar sua capacidade de ação.

Segundo GERALDO GIOVANI (107), o que existe à disposição da população, quando procura resolver seus problemas, seja de manutenção ou de recuperação de saúde, é um mosaico de formas de cura que são dominantes, o que se chama medicina oficial, enquanto formas restantes são "marginais", "alternativas", cunhadas com a rubrica de medicina popular. Na verdade a oposição

entre uma medicina e a outra existe mais a nível do discurso daquelas instituições que praticam a medicina oficial e muito menos nas práticas de conjunto da população que procura resolver seu problema de saúde.

Do ponto de vista do consumo de saúde e das alternativas de cura que são colocadas à disposição da população diz GERALDO GIOVANI (107) que a utilização de uma forma de cura especial ou não oficial depende muito mais de uma estratégia desenvolvida pelos vários grupos sociais que compõem a população. Essa estratégia, ao ser definida, parte de vários pressupostos, como se segue:

- a utilização da medicina popular é determinada, principalmente, pela incapacidade do sistema que oferece a medicina oficial em resolver os problemas de saúde da população;
- a medicina oficial é altamente capitalizada e sua prática sofre, comumente, interferência de variáveis poderosas, como as multinacionais;
- os custos elevados da medicina oficial apresentam-se a um ritmo constantemente ascendente;
- a oferta dos serviços oficiais é gerada pela própria produção capitalista;
- a medicina oficial não é para todos, é destinada prioritariamente a alguma parcela da população um pouco mais privilegiada.

Considerando estas colocações, pode-se indagar: como as classes trabalhadoras resolveriam seus problemas de saúde, se a medicina oficial está parcialmente ou totalmente fechada para elas? Observamos, na prática, que procuram resolver seus problemas com a adoção de estratégias, constituídas de formas de curas que estão à sua disposição a partir de uma medicina oficial combinada a "n" outros elementos fornecidos pelas medicinas marginais.

Há realmente necessidade de se começar a pensar na articulação da medicina popular com o conjunto das formas de curas que é ofertado à população; na verdade, é o modo oficioso como aqueles que têm problemas de saúde tentam resolvê-los(107).

Falando das práticas utilizadas pela grande maioria da população, MARIA DA CONCEIÇÃO (107) diz que, uma vez que os servi

ços de saúde prestados pelo Estado são precários (além de precários, altamente elitistas), o consumo da medicina popular, está diretamente ligado às condições de vida da maioria da população. Assim, a medicina popular vai prover assistência às necessidades que o Estado e a medicina privada não suprem; contribui para a manutenção da saúde da população a um custo menor, uma vez que o faz sem encargo do Estado e das empresas privadas, contribuindo para o barateamento da assistência.

Na imaginação popular existe uma diferença mais ou menos marcada entre as diversas categorias de enfermidade: existem algumas que podem ser curadas com remédios caseiros, buscando-se o curandeiro, e outras que somente o médico pode curar.

As superstições, crenças e práticas populares relacionadas com a saúde e a doença exercem influências que pesam muito sobre a vida de um povo e afetam o êxito de um serviço de saúde. Para ganhar a simpatia e confiança da população, o primeiro passo é reconhecer estas práticas populares para melhorar os serviços de saúde prestados (34).

Na atual campanha para ampliar a cobertura dos serviços de saúde, a medicina moderna deve reconhecer que não está malhando um vazio; toda sociedade humana conta com pessoas que se encarregam de combater as doenças. Quando os Governos falam em estender os serviços de saúde, o que na realidade querem dizer é que vão introduzir outro sistema.

Até há pouco tempo, as autoridades de saúde haviam tolerado ou mesmo condenado - porém sobretudo ignorado - a medicina tradicional nas Américas. No geral sabem pouco acerca da mesma, mas esta situação está mudando; em alguns países os programas de extensão dos serviços de saúde capacitam os praticantes tradicionais para que trabalhem em suas comunidades dentro do sistema nacional integrado de saúde. Os profissionais de saúde consideram atualmente a medicina tradicional e seus praticantes com renovado interesse, atitude essa que deveria ser estimulada.

Uma das características que se sobressaem na medicina tradicional é que, em grande maioria, combina elementos de magia e religião com elementos racionais como as ervas, e os pacientes não sabem distinguir entre estes elementos, utilizando às vezes, sem discriminação, ervas de comprovada eficácia e outras ineficazes, utilizadas como elementos mágicos ou com fim racional (113).

A medicina tradicional na África tem sido praticada desde tempo imemorial; a medicina ocidental só foi introduzida no século XVII pelos médicos que acompanhavam as expedições e as missões religiosas na África e atendiam os funcionários de governo e outros expatriados e seus familiares; gradualmente esta assistência médica foi-se fazendo extensiva à população indígena. Mas mesmo com a presença da medicina moderna, recorria-se aos curandeiros até para o tratamento das doenças mentais e organizavam-se cursos para treinamento de parteiras tradicionais (08).

Em relação à medicina tradicional da África, a própria OMS sugere que ela seja reconhecida e respeitada tanto quanto a medicina ocidental (70). De modo geral, as instituições ligadas à medicina e a OMS têm incentivado o estudo detalhado dos efeitos e práticas da farmácia dos curandeiros (27).

Desde que o homem existe que tem sido confrontado com problemas de saúde; sabe-se que a sua atitude em tais situações foi sempre recorrer ao que a natureza ou a sociedade lhe ofereciam, com vista a encontrar algo que o ajudasse a resolvê-los.

Entre outros materiais que o homem utiliza, encontram-se preparados feitos à base de plantas, porque o povo possui um vasto conhecimento no domínio das plantas medicinais, embora empírico e não sistematizado.

Durante o tempo colonial nunca foi definida uma política em relação à medicina tradicional; o que ocorreu foram iniciativas individuais de investigação científica sobre a medicina tradicional que, por serem isoladas e não enquadradas em qualquer programa, conseguiram poucos resultados e seus trabalhos não tiveram continuidade; um outro fenômeno surgido foi o da perseguição dos praticantes da medicina tradicional ou a sua estimulação, conforme as conveniências do momento. No sistema colonial, quando se acha que a medicina tradicional constituia forte concorrência à medicina privada, a estimulação verificava-se quando era necessário desviar a atenção da população dos problemas fundamentais da sociedade e ao mesmo tempo dar campo para um novo tipo de exploradores.

Em Moçambique, durante a Armada de Libertação Nacional nas zonas libertadas (64), novas situações surgiram e com elas novas solicitações, entre as quais a resolução de problemas de saúde em locais onde a ajuda dos meios que a ciência põe à disposição do homem nem sempre era possível; foi necessário, então, utilizar os conhecimentos populares sobre plantas medicinais existentes para reconhecer muitos problemas de saúde. Mais tarde, com a criação do Ministério da Saúde e da definição de seus atributos,

buições, é que foi definida uma política em relação à medicina tradicional e foi então criado um grupo de estudos com as seguintes tarefas:

- fazer a colheita sistemática de todas as plantas usadas com fins curativos e profiláticos utilizados pelos praticantes de medicina tradicional e pela população em geral;
- proceder estudos bibliográficos, laboratoriais e clínicos de modo a depurar esses conhecimentos de todas as idéias obscurantistas de que geralmente se encontram impregnados e assim promovê-los a conhecimentos científicos e utilizá-los em benefício de todo o povo para se tornarem patrimônio da humanidade;
- proceder à troca de informações com instituições estrangeiras que se dediquem a estudos do mesmo tipo, de modo a tornar mais rentável a investigação.

O grupo de estudo em medicina tradicional recolheu mil quinhentos e duas amostras de plantas com alegadas propriedades medicinais e, com base nas informações e materiais colhidos dessas diferentes fontes, mostrou a vastidão das possibilidades da medicina tradicional que, como qualquer outro valor da nossa cultura, importa valorizar e investigar (64).

Na maioria dos países em desenvolvimento, pessoal com treinamento ocidental em saúde é escasso, e os esforços feitos por vários governos para introduzir assistência médica "ocidental" está longe de se equilibrar com a demanda das populações em rápido crescimento. É conhecido também que curandeiros tradicionais, que vivem e trabalham nas comunidades rurais, formam o núcleo básico de assistência primária de saúde para 90% destas populações. Além disso, os curandeiros tradicionais são mais acessíveis e aceitos culturalmente em todas as localidades e sua importância na distribuição de assistência à saúde tem sido acentuada.

A situação acima é encontrada em muitos países em desenvolvimento, principalmente na Nigéria e em toda a África; por isso, a OMS enfatizou a necessidade de se desenvolver a medicina tradicional africana, para que as atividades verdadeiramente benéficas sejam mantidas e as perigosas e prejudiciais, descartadas.

É lamentável que, no presente, as informações sobre vários aspectos da medicina tradicional e seus praticantes sejam insuficientes. Assim a OMS adotou como uma de suas prioridades a coleta de toda informação disponível no que diz respeito aos praticantes da medicina tradicional, sem treinamento, a serviço da comunidade (11).

AMPOFO, citado por OYEBOLA (76), afirma que, para se conseguir qualquer sucesso no campo da medicina tradicional, primeiro tem-se que adquirir conhecimento vindo do próprio curandeiro.

OYEBOLA (76) acrescenta ainda que, enquanto alguns aspectos da medicina tradicional na Nigéria, relacionados com a Obstetrícia, assistência infantil e alguns procedimentos curativos tem sido mencionados em literatura, as características daquelas que a praticam são obscuras; além disso, desconhecem-se os motivos que levaram as pessoas a se tornarem curandeiros e os aspectos de sua prática. Nenhuma tentativa foi feita até hoje para se descobrir a estimativa de curandeiros e de suas capacidades no tratamento de várias doenças.

Estudos realizados na Nigéria entre 165 (cento e sessenta e cinco) curandeiros de 31 (trinta e uma) cidades e vilas e membros da General African Herbal Medical Organization Of Nigéria, sendo 138 (cento e trinta e oito) homens e 18 (dezoito) mulheres, demonstraram a seguinte situação:

- 109 (cento e nove) eram analfabetos e 34 (trinta e quatro) alfabetizados;
- 50% (78) trabalhavam em tempo integral e 48% (76) em tempo parcial; dos 80% dos que trabalhavam em tempo integral, 50,3% eram fazendeiros, 15,8% comerciantes e 3,9% eram sacerdotes religiosos;
- 53,87% (84) trabalhavam em sua cidade natal, 14,1% (22) fora da sua cidade e 27,6% (43) eram itinerantes;
- 27 (vinte e sete) praticavam a medicina tradicional por um período de 1 a 10 anos, 37 (trinta e sete) por 11 e 20 anos e 89 (oitenta e nove) por mais de 20 anos;
- 93,6% (146) receberam o treinamento por aprendizado formal e 6,4% (10) herdaram o saber de seus pais.

Normalmente, diz OYEBOLA (76), na Nigéria o herborista, para começar a praticar em um local onde não é conhecido, tem que estabelecer contatos com o curandeiro já estabelecido. A clientela dos curandeiros tradicionais vem virtualmente de todas as classes sócio-econômicas da sociedade nigeriana e os motivos de costume das diferentes categorias de pessoas para se consultarem são mal-estar (86,5%), encantamento (ou remédio) para se obter sucesso em seus empregos e profissões (18,6%), encantamentos para se protegerem contra força do mal (12,6%) e problemas diversos (9,6%).

Na pesquisa também foi constatado que:

- 29,5% (46) dos curandeiros praticam todos os aspectos da medicina, enquanto 70,5% (110) são interessados nas especialidades de obstetrícia, assistência infantil, loucura e divinação;
- para cobrar os honorários foram estabelecidos critérios tais como situação financeira, natureza da doença e custo das drogas que o paciente precisa;
- 57,7% (90) nunca fizeram encaminhamento para profissionais da área da saúde, e os que tiveram oportunidade de recorrer a eles foram por situações de cirurgia, acidentes, cólera, gonorréia, defeito de visão, fraturas, obstrução de parto e tuberculose.

Os herboristas não aconselham levar o paciente ao médico em caso de loucura, icterícia, esterilidade, dores de cabeça muito severas, tétano, problemas causados por bruxas e feitiçarias, porque nunca melhoram; gostariam também que seus filhos conhecessem os dois sistemas de saúde, porque um pode ser usado como complemento do outro no tratamento de algumas doenças.

Entre os índios americanos, o homem do remédio usa modos tradicionais de cura que são curiosamente modernos e dos quais seus "irmãos" da medicina pós-tradicional podem aprender.

MARTIN (62) afirma que, para se entender as práticas tradicionais, precisa-se entender que seu contexto é a sociedade e a cultura. O índio acredita que tudo tem um espírito, e existe um sentido de irmandade em todas as coisas.

A terapêutica tradicional do índio vê com desconfiança o longo histórico recolhido pelo praticante pós-tradicional, e a orientação espiritual influencia a prática tradicional. O curandeiro índio nativo se preocupa com o relacionamento do paci

ente com o que está em sua volta e o ritual é a cerimônia central para a cura da doença porque, segundo a crença, a doença e o mal-estar são resultados de uma falta de harmonia ou equilíbrio entre o doente e o seu ambiente.

Ainda segundo MARTIN (62), os fundamentos da medicina nativa americana são:

- o bem-estar é baseado em uma harmonia ou equilíbrio de forças, incluindo as sociais e psicológicas;
- o curandeiro e o paciente partilham um sistema de crenças sobre a natureza do mundo e da doença;
- o estado doente do paciente coloca uma responsabilidade no paciente e na família de participar nos ritos de cura;
- o curandeiro concentra mais sua atenção no mal-estar em vez da doença, isto é, sua atenção está na reação do paciente, da família e outros, em vez de apenas na doença;
- o curandeiro traz participação de outros na cerimônia, rituais, canções e danças;
- o curandeiro dá mais do que uma pílula. Ele dá ambos: um remédio e um ritual;
- o curandeiro se cerca de ajudantes que lhe dão apoio nas cerimônias e aos pacientes;
- os ajudantes dão boas vindas ao paciente, ao mesmo tempo em que o escutam, respondem perguntas, explicam antes e depois da cerimônia;
- os ajudantes avaliam a crença do paciente no curandeiro.

Na medicina nativa americana, o paciente é tratado pelo curandeiro, dentro de seu sistema de apoio social.

Em entrevista com um curandeiro da medicina nativa americana, MARTIN (62) coletou as seguintes afirmações: é difícil para o curandeiro nativo compartilhar seus conhecimentos, porque ele foi exposto à arrogância racial e à crença de que não tem nada a oferecer; aos olhos da tribo, o "homem do remédio" é escolhido para o seu trabalho, ele está sempre em contato com os espíritos e tem seu espírito guardião pessoal. O importante

é o paciente acreditar no "homem remédio"; ele sabe avaliar o que tem no corpo através das mãos.

No Zaire existem dois sistemas de medicina, um moderno e outro tradicional, que é simplesmente tolerado pelas autoridades.

O sistema tradicional é composto por uma série de atos terapêuticos desempenhados por inúmeros praticantes de diferentes categorias - herboristas, curandeiros de ritual e curandeiros adivinhos. De um modo geral, os atos terapêuticos são baseados em conhecimentos herdados de anatomia, fisiologia, nosografia, etiologia, etc.

MUDIBANY (69), em seus estudos realizados sobre a medicina tradicional no Zaire, tece as seguintes considerações sobre as categorias existentes:

- a primeira praticada é "nganga mbuki", que é baseada em ervas e plantas administradas em forma de medicamento aos indivíduos; enfoca o corpo e as bases individuais e, como uma categoria particular de doenças de causa natural, aquelas que são supostamente causadas por Deus, particularmente doenças em crianças;
- a segunda é a de terapia em grupos, caracterizada pelo esforço feito pelo grupo sob a direção de um curandeiro especializado em resolver problemas de natureza social ou psicológica. Os pacientes são submetidos a terapia nos grandes ritos terapêuticos e o próprio paciente indica a causa de sua doença, trazendo à luz a razão de seu conflito; às vezes, o indivíduo explode em agressividade contra as pessoas do grupo, como se fossem os espíritos falando por ele, através de sua boca;
- a terceira categoria é caracterizada por sua ênfase no aspecto pessoal; a terapia dos praticantes é baseada mais no indivíduo que eles tentam proteger através de purificação, unção ou mesmo removendo-o de seu grupo social, dentro do qual ele se sente vulnerável, e iniciando-o em um novo grupo.

As três categorias de medicina tradicional atraem um número total de pacientes superior ao número de pessoas que usam o serviço oficial de saúde; com frequência observa-se que os pa

cientes tomam medicação dupla, o que pode ser muito perigoso. Torna-se necessário, para o bem dos pacientes, que se mantenham estruturas colaborativas entre os dois sistemas - tradicional e moderno. O Zaire possui um centro especializado para curandeiros que tem também a responsabilidade de testar novas formas de colaboração entre estes sistemas.

MUDIBANY (69) acha que a nova ênfase na medicina tradicional não quer dizer um passo para trás na ciência, mas uma maneira de resolver, no Zaire, como na maioria dos países africanos, as sérias dificuldades no campo da saúde. O Zaire é um território vasto, onde as comunicações com as áreas rurais são muito difíceis e caras. Do mesmo modo, a medicina moderna, para operar eficientemente, tem dificuldades por falta de equipamentos, pessoal e remédios.

Houve naquele país, por parte das autoridades, uma proposta de reconciliação entre a medicina ocidental, moderna e a necessidade de um estudo científico, objetivo, das práticas da medicina tradicional. Ambas têm efeitos diretos na prática das atividades profissionais na área da saúde pública.

No Paquistão, os sistemas médicos e formas de tratamento vão desde a medicina tradicional a curandeiros religiosos, dispensários homeopáticos, estabelecimentos médicos, hospitalares e clínicas especializadas, sendo mais comuns nas zonas rurais os curandeiros religiosos. A homeopatia é praticada mais como "hobby", sem ser cobrada, ou como serviços de taxas mais baixas, baseada na doutrina de "similia similibus curantur", que admite a doença poder ser curada por drogas que produzem os mesmos efeitos patológicos sistemáticos dessa doença em uma pessoa saudável.

RAHMAN (83) afirma que, no Paquistão, os sistemas médicos são restringidos aos aspectos curativos das doenças; 75% da população vive em áreas rurais e as pessoas recorrem a um tipo muito simples de medicina popular ou se voltam para os curandeiros religiosos e centros de saúde rurais. Estas práticas podem ser consideradas irracionais, mas a população ainda tem fé nelas, porque no contexto cultural as pessoas vêem as doenças dentro de um quadro filosófico e religioso; mesmo nas áreas urbanas, onde há disponibilidades médicas, a população urbana prefere a medicina tradicional; os praticantes deste sistema usam com frequência ervas locais, temperos, flores domésticas e selvagens, frutas e castanhas em suas prescrições e os tratamentos

são feitos por sintomas.

O contraste entre os dois sistemas de saúde no Paquistão é similar em muitos países asiáticos, isto é, são originados por alto crescimento populacional, baixos níveis de nutrição, serviços de saúde inadequados, falta de água apropriada para beber e altos custos (83).

Segundo FENDALL, (31) no Paquistão existem 45.000 (quarenta e cinco mil) praticantes da medicina tradicional, sendo que 3/4 trabalham nas zonas rurais, aplicam remédios à base de ervas medicinais e dão atendimento no setor privado e a domicílio.

Na Malásia existe também uma grande variedade de sistemas médicos; o paciente pode escolher uma combinação de medicina moderna e tradicional, que seja de acordo com suas necessidades e com as limitações impostas por sua situação econômica, geográfica, bem como pelos antecedentes culturais.

CHEN (20) acha que diversas forças têm contribuído para a aceitação e integração dos distintos sistemas médicos na Malásia: culturais, históricas, políticas, econômicas e influências exercidas em cada sistema pelos contatos com os demais. Como a falta de saúde se define de forma distinta segundo as culturas, o curandeiro tradicional está com frequência melhor preparado que o médico para ajudar o paciente a voltar a viver em harmonia com o seu universo; o doente normalmente pensa que a medicina moderna se limita a cessar as manifestações da doença e não chega à verdadeira causa do mal.

O tema "medicina tradicional" se aplica às práticas de atenção à saúde antigas e vinculadas às diferentes culturas que existiam; como sinônimos, cabe citar os de medicina indígena "não ortodoxa", diferente, popular, "marginal", não-oficial ou a de curandeiria. O termo resulta insatisfatório, porque supõe a existência de um conjunto de princípios, conhecimentos, e técnicas comuns a todas as variedades de medicina tradicional.

A medicina tradicional forma parte integrante de toda cultura, ainda que em alguns países o sistema de atenção de saúde e de prevenção talvez esteja menos desenvolvido que na China e em outros países asiáticos. Ela é praticada em maior ou menor grau, e baseia-se na cultura de cada povo.

Resulta em paradoxo que, em uma época em que a medicina científica moderna avança a passos gigantesco, a medicina

tradicional suscite tão grande interesse, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. Este fenômeno pode de ver-se até certo ponto ao "chauvinismo" dos dirigentes dos países em desenvolvimento e talvez, também, em maior ou menor grau, a um certo desencanto a respeito da medicina moderna, que se observa na população, em todos os países (11).

Deve-se salientar, além disso, que a medicina tradicional continua sendo a única fonte de atenção para muitos habitantes dos países em desenvolvimento, e que para eles "atenção primária de saúde" é sinônimo de medicina tradicional; toda sociedade, desde tempo imemorial, tem reagido frente às doenças com suas próprias crenças e práticas.

Os curandeiros tradicionais desempenham uma função importante no seio de suas comunidades, sobretudo em relação às doenças comuns e nos tratamentos mentais.

Para BANNERMANN (11), as pessoas que exercem a medicina tradicional podem ser agrupadas em quatro categorias:

- as que recebem uma formação plenamente integrada nos sistemas moderno e tradicional de medicina;
- as que têm recebido formação principalmente em medicina tradicional, porém possuem rudimentos da medicina moderna; exercem suas atividades nas pequenas comunidades rurais, utilizando em geral a medicina tradicional e alguns medicamentos alopáticos modernos, em situação de urgência;
- os que não receberam qualquer tipo de formação oficial, porém obtiveram diplomas por cursos de correspondência em algum sistema tradicional particular;
- os que exercem a medicina tradicional sem receber formação institucional nem diploma, mas que adquiriram conhecimentos teóricos e práticos graças a anos de aprendizagem com um curandeiro tradicional.

Durante observações realizadas, BANNERMANN (11) diz que, ao se integrarem esses agentes de saúde tradicionais no sistema oficial de atenção à saúde, a situação encontrada foi a seguinte:

- os primeiros não apresentam nenhum problema, porque utilizam as melhores práticas de ambos os sistemas;

- os segundos são fáceis de integrar do ponto de vista administrativo, porque trabalham quase que exclusivamente em zonas rurais; em alguns países asiáticos eles têm sido usados em clínicas estatais com resultados satisfatórios, têm trabalhado em alguns hospitais ao lado do médico, mediante formação no serviço, práticas de prevenção e de saúde da comunidade, com articulação fácil;
- os terceiros apresentam vários problemas, porque o curso por correspondência não oferece a formação prática que é indispensável para a ação sanitária; é necessário, antes de integrá-los, submetê-los a curso de orientação e treinamento;
- no quarto grupo estão enquadrados as parteiras tradicionais, que fazem a assistência materno-infantil e em algumas zonas atendem a 90% dos partos.

O curandeiro tradicional atua com autêntica competência e pode desempenhar na prática diversas funções, como as de botânico, farmacêutico, médico, psiquiatra, para tratar distintas doenças (21).

Além disso, a experiência prepara os curandeiros para diagnosticar e tratar numerosas doenças e, às vezes, para socorrer e encaminhar ao hospital doentes em situações graves (21).

Nas zonas rurais e urbanas, entre as populações africanas, já é conhecido que da medicina tradicional provém a maior parte dos cuidados médicos, e já se sabe que, enquanto a confiança em praticantes tradicionais varia num certo grau com os níveis de educação e categorias de ocupação profissional, a maioria da população consulta com ele. As razões são várias e incluem, entre outras, a facilidade de acesso dos praticantes tradicionais, sua familiaridade cultural com os pacientes e a facilidade dos praticantes tradicionais em alcançar sucesso suficiente para manter a confiança dos clientes (41).

Em 1974, a UNICEF e a OMS realizaram um estudo, em cooperação, sobre alternativa para resolverem as necessidades básicas de saúde nos países em desenvolvimento, e como resultado foi recomendado que vários tipos de praticantes tradicionais fossem treinados como provedores de assistência à saúde primária (11).

Esta recomendação foi mais tarde endossada pelo Conselho Executivo da OMS e posteriormente pela Assembleia Mundial, em 1975.

Em 1976, um grupo de trabalho da OMS foi organizado em Genebra com o propósito de coordenar as atividades relacionadas à medicina tradicional; no mesmo ano, o Comitê Regional para África da OMS teve a "Medicina Tradicional e seu papel no Desenvolvimento de Serviços de Saúde na África" como tópico para discussão técnica. A OMS também lançou um levantamento mundial com o intuito de colher "toda informação disponível relacionada aos praticantes da medicina tradicional, sem treinamento e serviços à comunidade, objetivando ajudar o desenvolvimento de programas de treinamento para praticantes tradicionais"(41).

Durante o decênio passado, a OMS, na perseguição dos seus objetivos na África, tem-se interessado de maneira particular pela prática da medicina tradicional nas zonas rurais e organizado várias conferências sobre este tema.

Cada país conclui que está se manifestando uma clara tendência em favor de uma melhor compreensão da medicina tradicional africana; deve-se fazer uma avaliação precisa da forma em que esta pode aplicar-se no mundo moderno, uma vez que, não obstante os esforços dos governos e das organizações internacionais, os serviços de saúde não têm podido atender às necessidades básicas da população no mundo em desenvolvimento.

Na África, os praticantes tradicionais são divididos em (06):

- os herboristas, que utilizam plantas;
- os espiritualistas, cujo emprego de plantas é limitado e seu tratamento é primordialmente metafísico;
- os grandes curandeiros espiritualistas, que não utilizam plantas, mas encantamento e ritos;
- os adivinhos, os herboristas que praticam adivinhações e são essencialmente especialistas em diagnóstico metafísico.

No momento em que a medicina ocidental é frequentemente atacada por excessivo custo, complicada tecnologia e enfoque baseado no hospital, tem crescido o interesse por essas outras formas de medicina.

A homeopatia, por exemplo, é um dos mais estendidos desses sistemas, especialmente na América do Norte, Europa Ocidental e no subcontinente Índio; possui muitos partidários em muitas partes do mundo, mas em outras apenas é conhecida e em algumas ativamente desaprovada.

VITHOULKAS (114) diz que a consulta da homeopatia após a obtenção da sintomatologia física deve estabelecer suficiente relação com o paciente para permitir uma maior investigação dos fatores mentais e emocionais, porque só depois que se traz à tona os sentimentos e temores é que se elege um remédio que estimula o mecanismo de defesa e produz a cura.

Para BOYD (14), a homeopatia não é um sucedâneo da medicina clássica, senão um sistema de terapêutica que amplia as perspectivas do médico e em muitas situações lhe facilita uma cura que não seria possível com os medicamentos usuais. É perfeitamente viável combinar a homeopatia com a medicina clássica em muitas situações, porém, com a crescente experiência, o médico irá utilizando menos os medicamentos paliativos e mais homeopatia, com a satisfação de curar seus pacientes.

Na Índia, a homeopatia foi aceita em 1810 como parte do patrimônio nacional, porque não foi um sistema imposto por potência estrangeira e sua doutrina e princípios foram vistos como um reflexo da própria cultura e crenças indianas.

As instituições homeopáticas se desenvolveram como escolas de medicina, compreendendo estudos de matérias básicas e afins necessárias à compreensão e tratamento geral das doenças (46).

KISHORE (46) considera o tratamento homeopático apropriado para as zonas rurais, dado que a infra-estrutura, o equipamento e os medicamentos necessários para a medicina clássica não podem ser facilitados.

Apesar de a prática homeopática não se apoiar em nenhuma prova científica, é permitido aos médicos do mundo ocidental realizar tratamentos através da homeopatia (102).

Em pesquisas realizadas na comunidade urbana e rural de Caruaru, Pernambuco, para levantar dados em relação ao conhecimento e utilização dos dois sistemas de saúde, MANZANEDO (60) encontrou a seguinte situação:

- da população rural, 40% conheciam a existência de uma unidade de saúde e 25% faziam uso dela;

- da população urbana, 99% conheciam a existência de uma unidade de saúde, e somente 75% utilizavam seus recursos;
- da população urbana e rural, 90% conheciam a existência da parteira leiga e do rezador;
- em relação ao médico, 25% da população rural tinham acesso aos seus cuidados, contra 98% da população urbana;
- da população rural, 77% utilizavam os serviços dos rezadores, contra 68% que não o faziam;
- da população urbana, 50% utilizavam os serviços da parteira leiga, e em proporção mais alta, no meio rural.

No que diz respeito às práticas espirituais, a situação apresentada foi:

- da população urbana, 78,3% conheciam e 22,3% utilizavam estas práticas;
- da população rural, 27,4% conheciam e 7,5% utilizavam práticas espíritas no tratamento das doenças.

Ainda como reforço da promoção da medicina tradicional, os peritos da OMS (73) citam as seguintes justificativas:

- constituir esta medicina um sistema de assistência sanitária emanado do povo e bem aceito por ele;
- integrar a cultura popular e ser eficaz na solução de certos problemas de saúde relacionados com meio cultural;
- contribuir para a medicina científica e universal;
- contribuir para a garantia do respeito devido à cultura e às tradições dos povos;
- considerar o homem e sua totalidade dentro de um aspecto ecológico: os problemas de saúde procedem de um desequilíbrio do homem em seu sistema ecológico total e não somente do agente causal específico e da evolução patogênica.

Do ponto de vista operativo, a razão de maior peso para o desenvolvimento e promoção da medicina tradicional é que ela participa na constituição dos meios mais seguros para se atingir, no ano 2.000 (dois mil), a cobertura total da população do mundo, mediante métodos de assistência sanitária aceitáveis e economicamente acessíveis (73).

3.3. CONCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA E SUAS ORIGENS

Como todo sistema aberto, o sistema sócio-cultural segundo BUCKLEY citado por TOLEDO (108) é uma organização complexa, adaptativa, que "procura continuamente mapear a variedade de seu meio externo através da ciência, da técnica, da magia e da religião, e o seu meio interno através da compreensão, dos símbolos, das expectativas, das normas e dos valores comuns".

Diante do fenômeno universal da doença e da morte, diz MALINOWSKY, também citado por TOLEDO (108), o sistema procura, então, desenvolver certas explicações e atitudes que lhe fornecerão, senão um certo controle, pelo menos alguma compreensão dos fenômenos, o que talvez possibilite a seus membros desenvolverem um certo grau de segurança.

Se tomarmos, então, os dois extremos do "gradiente" dos tipos de sociedades, não como fenômenos estáticos, mas como formas de soluções adaptativas dos sistemas ao meio em geral, podemos notar que nas chamadas sociedades de "folk", por suas condições de isolamento, relativa constância dos fenômenos naturais e estabilidade do meio social, o mapeamento que o sistema desenvolve é do tipo mágico religioso; assim, as maneiras de expliação do universo tomam formas sagradas e tradicionais (108).

No outro extremo do "gradiente", afirma TOLEDO (108), encontramos sociedades abertas, as chamadas sociedades de civilização, quase sempre com grande número de indivíduos, grande variedade de problemas, as quais desenvolvem um mapeamento do meio não mais de caráter tradicional e sagrado, mas sim com uma visão baseada na correlação entre causas e efeitos naturais.

As concepções sobre a doença e sua origem fazem parte da concepção mais ampla da cultura, ligando-se às formas culturais de visão do universo.

Assim, nas sociedades primitivas, a doença é entendida como a maioria dos outros fenômenos: tem origem sobrenatural, ao passo que, nas sociedades de civilização, é interpretada como resultante da combinação de certos fatores naturais, que nas suas interrelações produzem a situação anormal.

Claro está que, dependendo da forma pela qual se concebe a origem da doença, as atitudes e as normas socialmente aprovadas de como tratá-las, ou de como se portar diante delas vão variar.

Se a doença é definida culturalmente como causada por forças sobrenaturais, a forma de agir perante a mesma será pautada por normas mágico-religiosas; se for concebida como resultante de causas naturais, a maneira de agir é orientada por normas que enfatizam a pesquisa das causas, e a ação sobre elas se fará por meio de outros elementos naturais que possam eliminar as condições específicas que determinam tal estado.

Teoricamente pode-se estabelecer duas formas de concepção que explicariam a origem da doença: uma é baseada em princípios de crença e a outra, em princípios cognitivos.

"As doenças baseadas em princípios de crenças teriam 2 (duas) explicações: a primeira, ligada às "Crenças Animistas" , que concebem todos os seres animados, inanimados, os eventos, inclusive a própria doença, como possuidores de "força", "vontade" e "espírito" próprios que podem atuar e atuam sobre outros seres, desde que tenham vontade mais forte ou desde que sejam convenientemente invocados por indivíduos de "vontade forte".

Neste caso, diz HERSKOVITS, citado por TOLEDO (108), os indivíduos ficariam à mercê destas forças, sem qualquer possibilidade de defesa, não fosse o fato de que os sistemas que desenvolvem esta forma de explicação também desenvolvem um mecanismo típico de controle sobre estas mesmas forças, que é a magia; nos rituais mágicos, desde que sejam corretamente desempenhados, estas forças são necessariamente colocadas sob controle e podem ser conjuradas para o bem e para o mal. A noção animista da doença é a de um evento pessoal, pois as forças sobrenaturais agem particularmente sobre a pessoa, que pode ou não ser merecedora deste sofrimento.

A segunda explicação está ligada às Crenças Religiosas, que atribuem a um Ser Supremo, que não deseja nem faz o mal gratuitamente às criaturas, mas que determina ou permite a doença, bem como outros males, pôr à prova a fé, a constância ou a perseverança dos indivíduos, para fazê-las crescer em merecimento, para purificação ou castigo pelo mal que praticaram.

A vontade do causador da doença, neste caso, é superior, mas a doença é enviada para o bem do indivíduo, e além da aceitação do estado, o que se pode fazer é orar, pedindo a clemência do Ser Superior diretamente ou através de "medianeiros", mas a oração pode ser atendida ou não.

O que caracteriza as concepções da origem com base nos sistemas de crenças é que o efeito, natural e visível, é explicado por meio de causa sobrenatural e tanto a causa como a relação jamais poderão ser provadas. A questão é aceitar ou não a explicação e, a partir daí, orientar o comportamento de acordo com as normas e valores estabelecidos, sem ter a possibilidade de provar cientificamente a eficácia das atitudes e comportamentos adotados.

A concepção da doença baseada em elementos cognitivos, afirma TOLEDO (108), é caracterizada pela explicação do efeito natural - doença - por meio de causas naturais. Esta relação pode ser estabelecida empírica ou cientificamente e pode ser verdadeira ou falsa. O resultado normativo para efeito do comportamento configura-se da mesma maneira: agir sobre as causas que criaram a situação ou evitá-las, de tal forma que o efeito, ou não pode ser estabelecido, ou deixará de existir na forma como se apresenta.

Se a relação é falsa e o resultado procurado não é alcançado, a tendência é procurar a relação correta para a eficácia da ação; de acordo com a maneira de se estabelecer a relação serão desenvolvidos dois tipos de atitudes: a leiga e a científica, que se cristalizarão em padrões normativos, papéis e posições no sistema.

A atitude leiga não implica que o resultado da ação nela baseada seja insatisfatório, mesmo porque, se o fosse, outras formas de ação seriam procuradas. O que caracteriza a explicação e a atitude leigas é que elas são estabelecidas sem os cuidados científicos na observação e sem o controle científico dos resultados da ação. A concepção e a atitude científica são caracterizadas pela observação ou experimentação controladas, procurando-se as causas da situação de doenças e formas de agir sobre elas de modo eficiente para trazer seu desaparecimento.

Na prática, observa-se que os diversos tipos de atitudes podem coexistir em um mesmo sistema sócio-cultural, estejam eles relacionados a doenças diferentes ou à mesma doença, em indivíduos diferentes ou em um mesmo indivíduo.

Não é raro encontrar indivíduos que, usando recursos científicos, fazem suas orações e vão ao "curandeiro"; isto representa uma das formas adaptativas que o sistema elegeu para responder às exigências do meio.

As sociedades tradicionais, em contraposição às orientadas até a medicina moderna, relacionam as causas das doenças a fatos sobrenaturais: a Deus, aos deuses ou aos espíritos, porém consideram, também, que as pessoas podem causar doenças intencionalmente por bruxarias ou sem querer, por mau-olhado ou atribuem as doenças a causas tais como a introdução de objetos estranhos no corpo, perda da alma, provocada por um susto ou "espanto", violação de um tabu, desequilíbrio no sangue ou em certos órgãos e a ruptura do equilíbrio emocional ou entre o frio e o calor, que devem prevenir-se ou bem diagnosticar-se e tratar adequadamente (113).

O Bambara tradicional tem um elaborado sistema de crenças nas causas de doenças, muito modificado hoje pela muçulmanização e ocidentalização. Essencialmente eles acreditam em causas naturais e sobrenaturais. As causas sobrenaturais incluem bruxarias, feitiçaria, espíritos e fantasmas. Tratando com esses males na sociedade toda, há homens praticantes videntes, anti-feiticeiros, médiuns espíritas responsáveis pela cura das doenças provocadas pelas causas sobrenaturais. O herborista, além de atender às doenças provocadas por causas sobrenaturais, atende preferentemente às de causas naturais (41).

As tendências para explicar muitos males em termos de calor ou frio não correspondem precisamente à temperatura, que é qualidade inata das substâncias.

A pneumonia, por exemplo, se classifica normalmente como mal de "frio", e febre tifóide é considerada quente. Da mesma forma, os alimentos, as ervas e os remédios se classificam como "quentes" ou "frios". Como alimentos quentes temos: açúcar, mel, aguardente, café, leite humano, alho, cebola e sal e como alimentos frios: arroz, espaguete, batatas, carnes, legumes, frutas, café com leite e chocolate. A lista de alimentos quentes e frios difere de acordo com cada povo, não existe acordo unânime sobre o que poderá ser quente ou frio, porém existe a idéia de que um mal quente requer remédios e alimentos frios para curar-se.

Outra crença comum é que poderíamos chamar de estômago limpo, que é a limpeza periódica do estômago e intestinos, mediante fortes purgantes, considerada essencial para a saúde. Esta crença aparece associar-se à idéia de que o fígado é fonte abundante de doenças e de que a purificação do sangue é imprescindível para a recuperação e manutenção da saúde. A preocupação das

pe^{so}as pelo estô^mago e de explicar grande número de remédios "herbáceos" chamados "estomacais" utilizados para lavar o estô^mago, é frequente em pessoas com transtornos digestivos.

Existem alguns conceitos populares da doença como:

- frio anormal como causa da doença respiratória, cujo fator etiológico é o ar, "mal de ar"; contrai o mal de ar quem sai de casa com o corpo quente ou se res^{pi}ra o ar mais frio que o que respirava dentro de ca^{sa}. Toda infração das regras que proíbem alimentos quentes ou frios, assim como daqueles que ordenam o uso de remédios frios ou quentes, pode também classi^{fi}car-se como norma etiológica empírica, quando essa infração causar doenças. A doença ou o dano que re^sultam de causas empiricamente determinadas são con^{si}deradas como naturais. As mais comuns são os res^{fr}izados, a gripe, o sarampo, a varíola, a diarréia da dentiçã^o, a sarna, os parasitas intestinais, a tu^{ber}culose e o reumatismo;
- a ação mágica da medicina popular está ligada à uti^{li}zação de elementos que estão fora dos conhecimentos físicos ou empíricos e não podem ser comprovados em^{pi}ricamente.

O mal-de-olho ou mau-olhado têm certos indivíduos, ao fazer com que crianças adoeçam só em olhá-las ou lisonjeá-las com palavras. Este mesmo indivíduo tem a faculdade de evitar que o mal-de-olho tenha efeito, só com o tocar ou pegar a criança. Se não ocorrer este fato, tem-se que recorrer ao curandeiro ou aos remédios caseiros.

Alguns "sustos" são de etiologia mágica, pois um espí^{ri}to maligno ou fantasma se apossa do sujeito, espanta-o e tor^{na}-o enfermo. A bruxaria que consiste em empregar bonecos ou imagens representativas da vítima para pinchá-los com alfinetes ou causar-lhes outros danos é uma forma mágica da doença.

A causa psicológica é o reconhecimento que a pessoa ou torga ao fato de que as emoções intensas, como uma grande decepção, um forte desgosto são causas das doenças. O "susto" cai sempre nesta categoria, interpretada como doença mortal, causa da pelo despreendimento da alma ao corpo, como consequência do impacto da comoção ou do susto recebidos. A epilepsia é conside^{ra}da, às vezes, como a sequela do ressentimento ou da ira.

As enfermidades empíricas são aquelas em que mais se utilizam as ervas medicinais e as de etiologia mágica e psicológica; embora curadas com ervas medicinais, são atacadas com muito mais frequência com massagens, cataplasmas, banhos e orações mágicas, por curandeiros. Estas doenças são precisamente as que se acredita o médico não poder compreender e muito menos curar; portanto, não vale a pena ir ao médico.

Na imaginação popular existe uma diferença mais ou menos marcada entre as diversas categorias da doença, entre as quais estão algumas que podem curar-se com remédios caseiros e acudindo-se ao curandeiro e outras que o médico pode curar (34).

Nas sociedades tradicionais, as doenças e seus tratamentos envolvem tanto o paciente como a sua família. Isto acontece quando a doença é considerada como um castigo por alguma má ação realizada por um membro da família; as doenças, então, representam uma sanção social, sendo importante a coesão de um determinado grupo (113).

No que diz respeito à saúde, é um estado tido como "normalmente saudável", definido principalmente como disposição para o trabalho e apetite; é sempre confundida com a idéia de força de trabalho que o alimento mantém e estimula.

A sensação mórbida, por outro lado, é sempre descrita como um estado de fraqueza, daí a importância que assumem os fortificantes entre as classes populares.

A maioria das pessoas pensa que a saúde é o inverso da doença e que a doença está nas mãos dos médicos e dos hospitais para a cura ou para a morte. Este conceito deu aos médicos o poder de manejar vidas e criar uma tecnologia médica cada vez mais sofisticada que consome recursos.

As indústrias médicas nascidas do progresso científico, uma gestão hospitalar irracional, a intervenção das multinacionais na indústria farmacêutica mundial, a doença transformada em mercadoria de consumo são mecanismos que contribuem para fabricar doentes numa sociedade submetida a uma economia inflacionária (49).

Observa-se uma atração crescente pela mágica da tecnologia médica moderna, trombeteada pelos meios de comunicação de massa que, em consequência, criou a demanda pública para curas milagrosas como se a meta de saúde para o ano 2.000, proclamada pela OMS, pudesse ser cumprida por uma programação de "trans

plante cardíaco".

"Na realidade a ciência médica, os doutores e os hospitais podem salvar algumas vidas, à custa de enormes dispêndios com retornos precários em matéria de saúde". "Criou-se o mito da ciência médica que deu aos doutores maior credibilidade da nova sociedade industrializada, que acena com as banesses da cura para todas as doenças dos homens, esmagados pela tecnologia industrial, através da qual os médicos e as indústrias de equipamentos e de drogas lutam por lucros crescentes"(49).

Acrescenta LANDMANN (49) que as grandes causas das doenças são a miséria, a falta de saneamento básico, a poluição industrial, a própria indústria, através dos produtos que fabrica e o desemprego, que é a grande enfermidade desse fim de século.

Na América Latina, a ciência médica de ascendência azteca se caracteriza por ter fundamentação emocional e mística, com clara interação de elementos mágicos e supersticiosos, e contar com um acervo de conhecimentos que permitiram elaborar múltiplos e complexos medicamentos de positivo valor curativo ou preventivo. Para os Aztecas, as doenças eram provocadas pela ira controlável dos deuses, intervindo portanto forças divinas no diagnóstico e tratamento. A doença era um castigo de Deus, como consequência da desobediência aos tabus, aos mandados das divindades, do enfraquecimento dos deveres religiosos, e os homens com poderes para curá-la tinham que possuir atributos de sacerdotes (32).

3.4. O CURANDEIRISMO

A arte de curar é tão antiga quanto a história e, desde os primórdios da sua existência, a pessoa responsável pela cura das doenças recebia o nome de "curador"; utilizando métodos tradicionais, baseados na superstição, ele oferecia ao paciente simpatia e compaixão, qualidades que transmitiam paz, além de autoridade e tranquilidade. O afã do homem de curar e de confortar seus semelhantes é uma das características humanas e o alívio que supõe o compartilhar a dor e os temores é quase universal (10).

As plantas foram as primeiras drogas curativas do homem sendo que em alguns casos sua seleção foi correta; porém em outros foi uma ilusão, e atualmente o continuam sendo, em algumas comunidades; a medicina popular é muito rica no número de espécies vegetais às quais se atribuem propriedades benéficas(26).

Freqüentemente escutamos que cerca de 40% da população da América Latina e do Caribe carece de serviços básicos de saúde. Com efeito, 120 milhões de habitantes do nosso hemisfério jamais terão visto um médico, enfermeira ou outro representante da profissão médica moderna; porém, não seria correto afirmar que esta população não é atendida, posto que a maioria consulta alguém quando adoece.

Desde tempos imemoriais, as sociedades tradicionais têm dado consideração especial ao curandeiro. Na atualidade estes são comuns nas culturas indígenas e afro-americanas em nosso continente e o mesmo acontece em outros grupos que de uma ou de outra maneira estão isolados da sociedade moderna (113).

Nos últimos anos, a literatura sobre cuidados de saúde no mundo em desenvolvimento vem atribuindo a curandeiros e curiosos tradicionais um papel cada vez mais importante; entretanto os cuidados de saúde tradicionais e modernos são invariavelmente vistos como sistemas separados, sendo que o sistema moderno, "formal" atribui-se valor e eficácia superiores, dando-se pouca atenção à maneira como a população atendida encara esses dois sistemas - se realmente os considera sistemas distintos(09).

Pesquisas realizadas (52) demonstram que um dos méritos principais que os membros das classes populares reconhecem

nos "curandeiros" é que utilizam uma linguagem que é imediatamente acessível aos membros das camadas de baixa renda; o que é mais importante aos olhos destas camadas - além de ser um especialista qualificado que sabe curar - é que ele pertence às classes populares da qual compartilha os modos de vida e pensamentos.

Mas as crenças na eficácia das técnicas civilizadas pelo "curandeiro" são vistas como absolutamente autogênicas. A desconfiança que as classes populares têm na medicina moderna se exerce mais sobre os médicos e suas manipulações do que sobre o médico propriamente dito, porque este não consulta o objeto de reflexão erudita para aquelas camadas.

Dados de pesquisa em Nova Iguaçu (52) evidenciaram, além do mais, que aos olhos dos membros das camadas de baixa renda que recorrem normalmente aos seus serviços, o "curandeiro" não é somente o "médico" que pertence a sua classe social, fala sua linguagem e compartilha com ele sua visão do mundo e suas representações sobre a doença e a saúde; ele é sobretudo aquele que o aborda em sua totalidade, ou seja, aquele que procura auscultar além de seu corpo, também sua alma. Em outras palavras, aquele que procura dar conta, além dos aspectos físicos, dos aspectos espirituais e psíquicos da doença.

A população pesquisada em Nova Iguaçu, mesmo reconhecendo a legitimidade da "medicina científica", não deixa de recorrer ao "curandeiro". E ainda quando a consulta ao médico passa em primeiro lugar, costuma reforçar o tratamento prescrito pelo médico com aquele recomendado pelo "curandeiro".

O curandeiro, por sua vez, apoiado num conhecimento profundo dos problemas da população, com a qual partilha a mesma situação de classe, recorre a técnicas que têm por finalidade mobilizar no doente sua capacidade de auto curar-se, mesmo quando no seu receituário constam ervas, raízes, inclusive alguns produtos da medicina científica que devem atuar sobre a doença orgânica. Essas técnicas de eficácia simbólica são consideradas pela medicina científica como atos de magia não passíveis de comprovação científica.

É necessário, pois, pensar a relação ciência/não ciência e o lugar que cada uma dessas formas de conhecimento ocupa na estrutura social e que torna possível substituir a categoria ciência pela categoria magia. Não se trata de negar as conquistas da medicina moderna ou reduzir a eficácia da medicina popu

lar aos aspectos psicossomáticos da doença ou muito menos de substituir um sistema pelo outro. Trata-se, isto sim, de no plano técnico repensar a função social desta distinção; no plano prático, de integrar as contribuições das duas medicinas, articulando-as como medidas de ordem prática, econômica e social(52).

As conclusões da Conferência de Alma Ata salientam que os praticantes da medicina tradicional fazem parte integrante da comunidade, da cultura e das tradições locais e, em muitas localidades, continuam a manter alta posição social, exercendo considerável influência sobre as práticas sanitárias (24). Apesar das técnicas modernas mais efetivas, parece que as pessoas recorrem assiduamente a estes praticantes da medicina tradicional, devido a fatores tais como (91):

- a possibilidade escassa de serem atendidas em centros assistenciais institucionais;
- os curandeiros proporcionarem o apoio moral que os médicos de família proporcionam a seus pacientes e que o profissional de um consultório institucional não está em condições de dar, já que dispõe de poucos minutos para tratar "não com a pessoa, mas com a sua condição ou estado de saúde";
- escasso poder aquisitivo da população que não pode pagar os honorários requeridos pelo pessoal profissional; e
- a falta de recursos financeiros para custear o transporte até a sede de serviço de saúde mais próximo, para aqueles que precisam obter serviços a baixo custo gratuitamente.

Existem muitos tipos de curandeiros que empregam variadas combinações de métodos empíricos e mágicos de tratamento e se especializam como ervários, massagistas, rezadores, parteiras etc. De acordo com padrões culturais de uma determinada sociedade, "adivinhos" e sacerdotes também podem presidir cerimônias de curas. Entre as atividades destes especialistas podem contar-se também alguns rituais mágicos. Os curandeiros podem ser homens ou mulheres, ou trabalhar em duplas que, com frequência, se ocupam de algo maior além dos problemas de saúde. O curandeiro geralmente pertence ao grupo étnico e social dos pacientes; veste-se igual a este e, à parte sua vocação como praticante da medicina tradicional, seu trabalho cotidiano também é similar.

Isto não significa que o curandeiro seja igual a todos os demais membros da comunidade; na realidade, é uma das personalidades mais importantes da área, seus vizinhos confiam nele e o admiram. O curandeiro é uma pessoa em geral honesta e se encontra em uma categoria muito distinta da do vendedor de medicamentos que promete que suas fórmulas "secretas" podem curar qual quer mal - desde a dor-de-cabeça até o câncer; além disto, em muitas sociedades, os curandeiros não exigem honorários elevados: os pacientes e seus familiares, em geral, recompensam-nos com pequenos presentes, de acordo com suas possibilidades.

Podem existir curandeiros, especialmente nas zonas rurais, que se aproveitam das ansiedades e da ingenuidade da população; normalmente é muito difícil distinguir entre "os falsos" e os "verdadeiros" praticantes da medicina tradicional, principalmente quando existe semelhança entre os métodos de trabalho que aplicam.

A figura do curandeiro tem sido motivo de vários estudos e assuntos para muitas produções literárias, porque existem pessoas que o consideram criatura benéfica e digna de aplausos e louvores. Além do mais, nos lugares afastados, onde a ação do médico escasseia ou falta completamente, por contingentes vários, esse conceito talvez se justifique pela boa prática do curandeirismo.

Mas focalizando os fatos e passando em revista a ação nefasta dos contraventores, "os poderes públicos" do país não poderiam de qualquer forma tolerar a figura do curandeiro, por dever garantir aqueles que se adestram em largos cursos científicos (112).

Para VASCONCELOS (112), curandeiro é todo aquele que cura sem título, nem conhecimentos médicos, não se enquadrando na definição "os receitadores" que passam dos milhões, pois "de médico e de louco cada um tem um pouco".

Em SOWETO (70), subúrbio negro de Johannesburg, cidade do sul da África, existem 1.000 feiticeiros e pajês, sendo que estes gozam de grande prestígio entre a população, em consequência dos resultados positivos que conseguem em seus métodos na turalistas e mágicos de tratamento.

Em Zulu, também existem muitos curandeiros e pajês que vivem e trabalham em benefício da humanidade e são treinados em escolas tradicionais.

Os misteriosos rituais dos pajês e seus poderes ainda hoje têm um lugar importante na vida da população negra da África do Sul, bem como na de alguns brancos que os procuram para consultas e tratamentos; entre eles, políticos, altos funcionários do Governo e até Ministro da Defesa.

Os ritos e as receitas dos pajês são transmitidos, de forma tradicional, há centenas de anos e cada tribo tem um nome especial para o seu curandeiro. Aquele que utiliza seus conhecimentos mágicos para lesar alguém, ou então cobra pelos serviços prestados, é considerado inimigo pessoal de todos (70).

PAUL LEWERT BRENTZ, citado por NIETSCH (70), disse que 70% dos feiticeiros africanos são cristãos nominais, mas apesar disso, o culto dos ancestrais, a crença e o relacionamento das pessoas com a magia continuam inalterados. A bruxaria e a magia ainda têm papéis importantes na vida do povo, nem que sejam proibidas por lei e as bruxas e os bruxos processados. É uma crença que continua viva não somente entre algumas camadas sociais, mas até mesmo entre os acadêmicos.

HERMAN G. SCHUTTE, também citado por NIETSCH (70), declara que mesmo os médicos africanos acreditam na medicina mágica e alguns exercem papéis de feiticeiros-chefes.

Observa-se também que americanos e europeus fazem viagem de turismo ao continente africano para cuidarem de sua saúde com médicos e feiticeiros; estes, para darem o toque final no tratamento. É uma situação válida tanto do ponto de vista financeiro, como do lado mágico, porque o tratamento na África do Sul é mais barato do que na Europa e América e os feiticeiros se contentam com uma modesta soma para o pagamento dos serviços prestados.

Entre os Zulus existem feiticeiros que trabalham com cascas de árvores, raízes e partes do corpo de animais; eles são chamados quando se trata de doenças provocadas pela magia, com a tarefa de descobrir os meios usados para fazer a pessoa adoecer e então curá-la, e os meios usados para tratamento variam de acordo com o tipo do feitiço (70).

Muitos são os que não acreditam na feitiçaria e na magia negra; para eles, não passam de folclore primitivo ou sugestão mental. Mas existem outros, como biólogos, psicólogos, para psicólogos, que acham importante estudar o assunto para descobrir se a feitiçaria realmente existe e, na hipótese de sua

existência, ser comprovada como funciona.

Um destes estudiosos é o biólogo LYAL WATSON, citado por DUBUGRAS (27), que em seu livro THE ROMEO ERROR relata a história da magia negra, mostrando como é praticada nos diferentes lugares do mundo, quais são os sintomas que as vítimas podem apresentar e como alguns destes sintomas foram constatados em laboratórios e hospitais. As vítimas da magia não tardam a adoecer e nem todos os tratamentos e remédios recomendados pelos médicos têm conseguido salvar suas vidas.

Afirma que a magia negra e a feitiçaria não são apenas credices populares: funcionam - bem ou menos bem - conforme o atributo mágico dos que a praticam e a capacidade defensiva da vítima. Esta afirmação está baseada em estudos de diferentes cientistas de vários países que acompanham casos de pesoas, que, em aparente estado de saúde, agonizaram e morreram em virtude do poder da magia contra elas, sem que os médicos conseguissem descobrir e isolar o vírus ou a causa que provocou o declínio ou a morte dos pacientes.

A magia negra só pode ser aliviada e curada pela magia branca, executada pelos centros espíritas, espiritualistas e outras entidades que auxiliam o homem em suas dificuldades espirituais (27).

KRAMER (47) afirma que a bruxaria, ao longo dos séculos, foi considerada uma sinistra e horrível realidade, uma ameaça aterradoramente nefasta, muito ativa e perigosa. Alguns podem considerar esses mistérios, cânticos e inovações como meras velharias e pantominas, mas se pode questionar que seu efeito psicológico foi incalculável e pernicioso ao último grau, no que se pode chamar, em linguagem moderna, de "guerra de nervos".

JEAN BODIN, famoso jurisconsulto, citado por KRAMER (47), esclarece que a bruxaria existia na França sob forma de organização, imensamente rica, de potencialidades quase infinitas, muito inteligentemente capitaneada, utilizando espionagem em todas as terras, com membros ocupando altas posições nas cortes e humildes servidores na criadagem. Além disso, mantinham guerra incessante e brava contra a ordem e o sistema estabelecidos.

PIRES (80) informa que o curandeirismo está entre os males que atestam nossa ignorância e nosso atraso; para ele, curandeiros não são somente aqueles indivíduos inescrupulosos, que, aproveitando-se da ingenuidade do nosso povo, se arvoram em mé

dicos que curam todas as doenças, mas também todos aqueles que, não tendo habilitação e competência, estão prontos a dar uma indicação terapêutica, mesmo para quem não a solicita.

Quando não se dispõe de centros de saúde e de médicos, é natural que as pessoas consultem um curandeiro, mas quando existem hospitais e o tratamento é gratuito ou barato, a relação entre a medicina tradicional e a moderna resulta mais complicada. Em muitas zonas urbanas, os curandeiros coexistem com os médicos e algumas vezes os primeiros são preferidos considerando as razões relacionadas às causas das doenças.

Alguns tratamentos aplicados pelo curandeiro dão bons resultados, já que a maioria das doenças desaparecem por si só, com ou sem tratamento. O paciente se sente também aliviado pelo efeito psicológico do tratamento, porque o curandeiro lhe assegura que o mal foi extraído do seu corpo; é importante salientar que alguns diagnósticos falsos, por parte de um curandeiro, podem produzir consequências desastrosas.

O desafio com que se defronta a medicina moderna consiste em desalentar estas práticas nocivas e, ao mesmo tempo, aproveitar a boa vontade dos curandeiros.

Qualquer esforço para integrar os praticantes tradicionais aos serviços de saúde deve reconhecer que a teoria e as práticas relacionadas com as doenças dependem, em grande medida, dos padrões culturais de cada sociedade (113).

Na medicina popular intervêm basicamente dois agentes que participam na cura das distintas doenças: o curandeiro e as pessoas adultas que receberam em forma oral a informação do processo curativo através da "medicina caseira". Mesmo que o médico tenha sido consultado no atendimento das doenças, ele não tem papel significativo, porque desconhece a existência das doenças populares e quando o médico trata estas doenças de forma sintomática, quase sempre "falha"; no caso do espanto, por exemplo, o curandeiro, com uma simples massagem e uma beberagem, pode obter ótimo resultado (59).

No Brasil, vários fatores concorrem para o desenvolvimento do curandeirismo:

- credulidade do povo, pela falta de cultura científica;
- pobreza do povo que, não podendo pagar uma receita, tem que procurar outros recursos caseiros;

- ausência de fiscalização por órgãos oficiais, que toleram o exercício ilegal da medicina (80).

Além disso, o Brasil é um país "enfermo", perde mais de um milhão de vidas por ano; a metade da população está afetada por deficiências nutricionais e se dá o paradoxo de que no país coexistem as enfermidades das regiões em desenvolvimento com os problemas de países desenvolvidos. No setor saúde, os recursos disponíveis são consumidos por um sistema de prestação de assistência, cuja finalidade tem sido desvirtuada, que está muito concentrada, é excessivamente complexa, não responde à necessidade do país e está orientada basicamente aos produtores de serviços, de equipamentos e de outros bens sanitários. A indústria da enfermidade absorve os recursos disponíveis e se estende e adquire cada vez mais força, à medida que se desenvolve. Concentram-se seus esforços, mais de 90% dos recursos disponíveis, em facilitar a recuperação da saúde perdida da maneira mais complexa e custosa possível, visto que é a doença, e não a saúde, a "mercadoria" que lhe serve de sustentação (54).

Tem-se comprovado experimentalmente que as "necessidades da população brasileira em matéria de saúde são simples e poderiam ser satisfeitas com os recursos e técnicas da atenção primária de saúde. Essas necessidades constituem 90% da demanda total dos serviços de saúde e um terço delas podem ser atendidas sem a intervenção direta dos médicos" (54).

As necessidades sanitárias da comunidade brasileira caracterizam-se pela magnitude dos problemas que se apresentam sob dois aspectos: multiplicidade e extensão (99).

A multiplicidade pode ser evidenciada por:

- elevada morbi-mortalidade, predominante no grupo infantil e no grupo inserido na fase economicamente ativa;
- prevalência de grandes endemias como a malária, esquistossomose, tuberculose, febre amarela, doença de chagas, bócio endêmico, etc;
- ocorrência de doenças controláveis por vacinação: poliomielite, difteria, coqueluche, tétano, sarampo e tuberculose;
- desigualdade existente no estado de saúde das comunidades das diferentes regiões;

- precariedade de recursos humanos, quer do ponto de vista numérico, quer do de qualidade e distribuição;
- tendência dos serviços a atender somente à demanda, impedindo a antecipação de necessidades de saúde e a sua solução precoce, refletindo-se numa inversão de assistência eminentemente curativa em detrimento da preventiva;
- elevado crescimento demográfico de 2,7% ao ano;
- predominância de tabus culturais que influenciam negativamente na ação educativa e nas reformas dos programas do setor saúde;
- restrições de ordem financeira;
- pulverização de recursos, devido à inadequada utilização, ocasionando significativa inflação assistencial;
- sistema de informação deficitário, implicando diagnóstico e programação deficientes;
- defasagem de ordem técnica, institucional ou administrativa entre a política nacional de saúde preconizada e a operacionalização das ações desenvolvidas na realidade;
- deficiência de modelos estruturais de forma operacional, simplificada e adequada às diversas regiões, com estratégias e táticas enfatizadas pelo Plano Nacional de Saúde.

Toda esta gama de problemas assume vulto suntuoso, quando visto sob o aspecto de extensão como:

- tendência à propagação das grandes endemias;
- grande demanda assistencial;
- elevados gastos em assistência;
- repercussões bio-psico-sócio-espirituais sobre o indivíduo, família e comunidade;
- influência nefasta no desenvolvimento sócio-econômico e cultural dos grupos sociais, comunidade e população;
- implicação na produção e, conseqüentemente, na economia;

- persistência de baixos níveis de saúde da comunidade brasileira, causando desperdício econômico e social.

Como no momento o sistema médico oficial é frequentemente atacado pelo excessivo custo, complicada tecnologia e enfoque baseado no hospital, tem crescido o interesse por "outras formas de medicina, como o pentecostalismo, o espiritismo, a benzederia, as práticas caseiras à base de raízes e plantas".

Entre os membros da seita Pentecostal, a doença é considerada como um castigo de Deus em consequência dos pecados cometidos, que expõe os indivíduos aos germes causadores de moléstias, ou obra do Diabo; neste caso, a medicina oficial nada pode fazer frente a certas moléstias, a não ser que Deus permita que a cura se realize. O gozo de saúde é tido como uma recompensa para os que andam no caminho certo, determinado pela Igreja de Jesus. O recebimento de dons, especialmente o de cura, confirma, no entender da comunidade religiosa, a certeza de santificação completa que cabe aos eleitos de Deus (101).

O notável crescimento do Pentecostalismo, que demonstra uma funcionalidade como instituição orientadora de conduta, se deve a certas características, tanto no conteúdo doutrinário como na organização da coletividade religiosa.

Do ponto de vista sociológico, o que torna mais significativo é explicitar os aspectos de religião pentecostal que se mostram adequados e capazes de competir com outras instituições, na orientação da vida.

A moral puritana, preconizada pela liderança e reforçada através dos mecanismos de coesão grupal, fornece à comunidade religiosa indicações precisas sobre modos de agir e relacionamento social para todas as ocasiões.

Os pentecostalistas afirmam que a procura do médico ou a tomada de medicamentos são situações vergonhosas, tidas como meio de que se vale Satanás para enfraquecer a fé na cura de Jesus (101).

Exerce a cura funções análogas às que ocorrem nas religiões mediúnicas, constituindo a principal causa das conversões. Acreditam os pentecostais que os procedimentos praticados a fim de restaurar a saúde fundamentam-se doutrinariamente na convicção que "só Jesus cura".

As práticas de curas mais freqüentes entre eles são:

- imposição das mãos acompanhadas de oração;
- unção com azeite, seguida de oração, o que é o mais comum;
- acordo entre duas pessoas unidas em oração;
- bênçãos de peças de roupas e objetos.

Estas práticas só podem ser executadas pela pessoa que recebeu de Jesus o "dom de cura".

A adesão ao espiritismo, seja ao Kardecismo ou ao Umbandismo, tem aumentado com o passar dos anos, motivada primordialmente pela esperança de cura. Em São Paulo, observa-se que este fator é preponderante em mais de 60% das pessoas que buscam tratamento no espiritismo. Esta preponderância, sobretudo em alguns aspectos culturais, poderia ser explicada pelos seguintes fatores:

- existência em São Paulo de uma tradição terapêutica social que, valorizando a "medicina de ervas", considera também aspectos espirituais e mágicos da etiologia e terapêutica das moléstias;
- as dificuldades operacionais da medicina oficial brasileira, cujas técnicas implicam um custo excessivo para o trabalhador de classe média (16).

No entanto, não se deve exagerar a importância do fator econômico, pois esses trabalhadores são também inclinados, em grande escala, à procura dos recursos de práticas mediúnicas para fins terapêuticos. A eficácia demonstrada pela cura sem caráter experimental e também seu significado moral, em termos de minoração de sofrimentos humanos, constituem poderosos elementos de convicção. A função que se atribui às religiões de práticas mediúnicas é a de constituírem uma alternativa possível no processo de adaptação das personalidades às exigências da vida humana (16).

Na área espírita, observa-se que as doenças provêm de desequilíbrios que assolam o homem em seu ambiente.

A explicação espiritual da etiologia das doenças, comum a muitas culturas, parece revelar a sensibilidade para a natureza dos fenômenos patológicos.

No candomblé e na umbanda o homem que cumpre os ritos é agraciado com a proteção do orixá, tendo suas doenças curadas

e é orientado quanto aos problemas domésticos e advertido quanto aos inimigos, recebendo auxílio para defender-se de possíveis ataques mágicos.

A maior parte dos iniciados no candomblé e umbanda chega a ele levado pela família quando criança ou só acaba aceitando depois de muitos tropeços, doenças, insucessos que somente cessarão com o ingresso no culto; outros vão buscar respostas para ilustrar um trabalho acadêmico ou respondendo a uma indagação mística íntima que desperta angústias existenciais, dúvidas e leva à percepção de fenômenos paranormais (17).

Os orixás, divindades intermediárias entre o Deus Supremo e o mundo terrestre, são encarregados de administrar a criação e se comunicam com os homens através de vistosos e complexos rituais. Eles são forças energéticas, desprovidas de corpo material e sua manifestação básica para os seres humanos se dá por meio de incorporação. A eles roga-se saúde, proteção, pedidos para arrumar empregos, casamento ou viagens. Ossaim é o orixá patrono da medicina com a responsabilidade de cuidar das ervas medicinais e sagradas destinadas às cerimônias do candomblé para a cura das doenças (17).

A doença é consequência da negligência para os fiéis que não cumprem suas "obrigações"; eles são vítimas de doenças que exprimem a ira de seu orixá.

Na macumba, o doente pode ser também vítima de uma coisa feita, de um trabalho realizado por alguém, na intenção de prejudicá-lo, o que lhe provoca um mal físico ou psíquico: sapos, cobras, bodes, pinga, cerveja, moedas são objetos utilizados de várias formas, visando a alcançar certos resultados (17).

As galinhas de ossos pretos, pele preta e carne preta de vários tipos e cores de penas são usadas para as curas de doenças consideradas como causadas por bruxarias; são usadas em magia branca para a cura popular, assim como em magia negra, para lançar feitiços e encantos (44).

Existem, também, as doenças provocadas pelos espíritos: a "teoria das perturbações", formulada pelo Kardecista é o princípio de que os desencarnados podem agir fluidicamente no ser vivo, provocando sintomas de moléstias e mesmo trazendo-lhe doenças psíquicas ou somáticas. Várias razões podem explicar esta intervenção dos espíritos: a entidade perturbadora é levada a prejudicar a vítima a título de vingança, por faltas contra ela cometidas em encarnação passadas (16).

Doenças cárnicas são aquelas escolhidas ou induzidas no plano do progresso espiritual. Antes da nova encarnação, o es pírito escolhe ou é constrangido a aceitar a situação em que vai nascer e, entre as características de sua nova vida terrena, incluem-se as provações cárnicas, inclusive doenças, que servi rão ao processo de redenção de faltas passadas (16).

Há doenças por falta de desenvolvimento da mediunidade, e que produzem muitas perturbações psicológicas e até mesmo físi cas.

As modalidades terapêuticas indicadas pelo "continuum" variam em função das explicações etiológicas apresentadas e são desenvolvidos os seguintes tipos fundamentais de atividades:

- desfazer magias - consiste na elaboração de recursos mágicos iguais e contrários aos que ocasionaram a mo léstia. Na parte que poderia chamar "higiênica", as defumações e banhos com ervas desempenham papel pro tetor e mesmo curativo;
- desencosto - consiste na identificação da entidade perturbadora e na libertação de sua influência por parte da vítima. Na área Kardecista dá-se ênfase à doutrinação, ao esclarecimento da entidade e à força de persuasão dos "espíritos de luz", na realização dessa tarefa. Na área Umbandista, recorre-se também a processos mais violentos de expulsão, quer através de manipulações mágicas, quer de interferência de es píritos mais fortes";
- desenvolvimento mediúnico é o principal recurso em todo o "continuum", especialmente para as doenças que apresentam sintomas psíquicos ou "nervosos";
- compreensão espiritual é o alívio de dores e sofi rimentos provenientes da compreensão e aceitação da na tureza cárnica das moléstias; desempenha papel signi ficativo na área mais institucionalizada do Kardecismo. Esta compreensão ganha sua eficácia como força consoladora, na medida em que revela os pormenores concretos do passado do indivíduo em outras encarnações e traça a origem explicativa da moléstia atual.

A par dessa terapêutica de caráter mais espiritual, há também, no "continuum", um grande respeito pelo poder curativo de ervas tradicionais usadas pelos africanos e indígenas.

No Kardecismo há preferência pela medicina homeopata, em comparação à alopata (16).

FRANCO (33), manifestando-se sobre a realidade espírita, escreveu: "O fundamento da vida é o espírito, em torno de cuja realidade tudo gira e se manifesta; programado pelo fatalismo da evolução para o progresso que o conduzirá à perfeição relativa, o espírito cresce sob a claridade do amor, normalmente estimulado pelo agulhão do sofrimento, que ele se propicia, em razão da rebeldia como da insatisfação que lhe são relevantes excrescências do egoísmo."

A aquisição da paz, por si mesmo, é uma resultante de lutas e esforços que se disciplinam, condicionando-se os hábitos salutareos, através dos quais se harmoniza a vida.

A linha do equilíbrio psíquico é muito tênue e delicada, as interferências de qualquer natureza sobre a faixa de movimentação da personalidade quase sempre produzem distúrbio, por empurrarem o indivíduo a procedimentos irregulares a princípio, e que depois se fixam em delineamentos neuróticos.

A ação fluídica dos desencarnados, em razão da maleabilidade e da pertinácia destes, quando ignorantes, invejosos ou perversos, pela sua insistência, interfere no mecanismo do homem pedreiro, complicando o quadro com a indicação inteligente, em telepatia prejudicial, que facilita a simbiose com o anfitrião. Nesta fase, e antes que o paciente assuma a interferência de que é vítima, a terapia espírita torna-se resultado positivo e liberador. O ideal, no entanto, é a atitude nobre diante da vida, que funciona como psicoterapia preventiva e que constitui dieta para o otimismo e a paz.

"O Espírito é sempre o responsável pelo corpo que se utiliza, suas funções físicas, psíquicas, que decorrem das realizações pretéritas e do uso nobre ou vulgar, elevado ou pervertido que se lhe atribui". Nesta condição de devedor, mais facilmente sintoniza com outros espíritos, na mesma faixa de evolução, ou de condição inferior, perante os quais se encontra em débito, facilitando o quadro genérico das obsessões".

"Quando os homens compreenderem que o amor é sempre mais benéfico para quem ama, muitos males desaparecerão da terra e a etiopatogenia de inúmeras enfermidades diluir-se-á, sustando-se a erupção das mesmas. Enquanto, porém, o egoísmo governar o comportamento, a dor se atrelará às criaturas, realizando

o mister de conduzi-las para o equilíbrio, a ordem e o bem, que são fatalidades da evolução" (33).

A acupuntura é também uma prática de saúde bastante difundida no Brasil: a arte da agulha combate a dor e cura as doenças, através dos chamados pontos de controle. Atualmente : a acupuntura já é aceita e praticada por alguns médicos, sobretudo para alívio temporário da dor na base das costas, bursite, doenças dos discos cervicais e dor ciática. Investigações em seres humanos e animais revelaram que a acupuntura ativa o sistema antidor no cérebro e medula espinhal, e que a analgesia por acupuntura tem base material e não é mero resultado de sugestão mental (90).

Alguns médicos têm relatado bons resultados no tratamento de malária, úlcera gástrica perfurada, hipertensão, asma, bronquites, artrites, etc. A acupuntura é considerada um dos tratamentos tradicionais, bem como a medicina de ervas (90).

A homeopatia, no momento, está demandando um grande número de pessoas, pela insatisfação com métodos utilizados pela medicina alopática.

O tratamento estabelecido pela homeopatia considera:

- unidade do ser humano; cada indivíduo é um todo moral, físico e psíquico, em que as diferentes partes estão intimamente relacionadas. É preciso tratar o "todo", para que nenhuma "parte" adoça.
- há doentes e doenças - deve-se conhecer detalhadamente "quem" está apresentando determinada doença;
- energia vital - em estado de saúde o indivíduo mantém uma homeostase maravilhosa, resultante de determinada energia responsável pela harmonia entre os diversos "instrumentos". A doença é a exteriorização, através dos sintomas do esforço, da "energia vital" para estabelecer o equilíbrio do organismo;
- exoneração - são mecanismos de que a energia lança mão para conseguir restabelecer a homeostase; trata-se de sintomas que não podem ser suprimidos;
- medicamentos dinamizados - é a diluição sucessiva da substância através da agitação (51).

Nas doenças agudas usam-se medicamentos em baixas dinamizações e com maior frequência, como estímulos para adaptação do organismo; e nas doenças crônicas usam-se medicamentos com altas dinamizações em doses espaçadas, isto é, grandes estímulos com menos frequência (19).

KUSHI (48) afirma que o homem moderno precisa rever os conceitos em relação aos povos tidos como poucos civilizados e aprender com eles o muito que têm para nos ensinar como alternativa, porque o homem moderno está vivendo um processo de degeneração filosófica, biológica, mental e social, preocupando-se portanto com o enriquecimento material e empobrecendo-se a qualidade física e mental. A má alimentação tem provocado diretamente uma série de doenças e a macrobiótica é o seu tratamento preventivo e curativo.

A saúde é um "dever sagrado". Todo indivíduo deve ter coragem para lutar pela saúde, como se luta por qualquer outro "ideal". É necessário criar uma consciência da saúde e da alimentação em relação à saúde, que eduquemos os gastos e os costumes. Cada um é responsável pela saúde e bem-estar e quem fugir desta responsabilidade encontrará doenças e mal-estar (103).

3.5. EXPERIÊNCIAS DE INTEGRAÇÃO DA MEDICINA INSTITUCIONAL COM A MEDICINA TRADICIONAL

O Relatório da IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (87) cita, entre outros, para a estratégia de cuidado primário, os seguintes princípios: aceitação, estudo e ajustamento das atividades do sistema tradicional da comunidade, a fim de atender às suas próprias necessidades e desenvolvimento de mecanismo de articulação que assegure vinculação entre os dois sistemas e acesso da população a todos os níveis da assistência do sistema tradicional.

Entende-se como articulação o enlace ou união de duas peças ou partes de um todo, para se cumprir uma função específica; é necessário reconhecer que esta união não implica a imposição das condições de uma parte em relação com a outra, senão que o acondicionamento deve ser mútuo para que a articulação funcione. Cada uma das partes conserva suas próprias características, porém se adapta à outra em mútua harmonia, a fim de garantir o funcionamento do todo. No aspecto administrativo, o processo deve instituir-se tendo em conta a natureza, condições, defeitos e virtudes do sistema tradicional comunitário (30).

Em toda comunidade existe um sistema de saúde que se poderia chamar de informal, cujos recursos e formas operativas se acham integrados no estilo de vida da comunidade; merece esforço no sentido de se desenvolverem estudos operativos dirigidos à identificação de sua dinâmica interna, em particular no que se refere a sua organização, funcionamento e interrelação com outros aspectos de vida da comunidade, a fim de permitir a sua coordenação com o sistema institucional de saúde, assim como a utilização do pessoal tradicional de saúde para incentivar maior participação da comunidade nos programas (60).

Os Peritos da OMS (73), em reunião realizada em Genebra para estudar as formas de promoção e desenvolvimento da medicina tradicional, narraram algumas experiências que estão sendo postas em prática para atender às necessidades de saúde da população.

A primeira experiência relatada foi a de Sri Lanka, na Índia, com diversos sistemas de medicina indígena determinada e favorecida pela grande variedade de condições ecológicas e culturais que coexistem no país. A sabedoria e a experiência popu

lares constituem a base dos conhecimentos teóricos e práticos aplicados na medicina tradicional por uma diversidade de pessoas, algumas inclusive já registradas. A terapêutica que se presta é muito variada e compreende aspectos curativos, preventivos e especializados. O procedimento consiste em preparar a história clínica, determinar o conjunto de fatores etiológicos, formular diagnósticos, dar o tratamento adequado, vigiar a evolução do mal e oferecer medidas adequadas de reabilitação.

O sistema da medicina tradicional atende às necessidades básicas de saúde de 70% da população, aproximadamente.

Alguns médicos tradicionais dão consultas em seus domicílios e outros se encontram em hospitais, como funcionários públicos, de modo que 80% das comunidades podem encontrar atendimento a uns 10 km, no máximo, da sua residência.

A outra experiência foi a do Sudão, onde a medicina tradicional tem grande aceitação e é utilizada muito frequentemente para combater as neuroses e o alcoolismo, além de oferecer um possível campo de investigação sobre tratamento e reabilitação de reações neuróticas, alcoolismo e fârmaco-dependência. Oferece também soluções válidas não só para o tratamento das doenças de fundamentação cultural, mas também para outros problemas de saúde, isto porque constitui parte integrante da cultura do povo que confia nela. Os métodos e técnicas aplicados no momento são mantidos em segredo.

As experiências do Egito e de Ghana apresentam características idênticas: os curandeiros tradicionais fazem parte dos grupos multidisciplinares para realizar investigações sobre plantas de uso tradicional e, com isto, as duas medicinas estão integradas nos campos das investigações, nas universidades e nas indústrias.

No Egito têm sido efetuadas muitas investigações sobre plantas medicinais de uso tradicional, a cargo de um grupo multidisciplinar integrado por farmacólogos, químicos, curandeiros tradicionais, botânicos e clínicos; foram realizadas em departamentos de universidades, indústrias, centros nacionais de investigações e departamentos de horticultura do Ministério da Agricultura.

O Egito é um ótimo ambiente para estudar como a população encara a medicina tradicional e a moderna, pois em muitos lugares da zona rural os egípcios têm acesso aos dois sistemas há muitos anos. Esta disponibilidade da medicina moderna parece

coincidir com uma diminuição de confiança em alguns tipos de curandeiros - como o ervário, por exemplo. Entretanto, outros papéis tradicionais, como a "daya" (parteira tradicional), continuaram a existir, mesmo durante o período de oposição ao Governo.

ASSAD (09), interessado em conhecer a situação da medicina tradicional no Egito, realizou estudos motivados por dois fatos: 1º) observou que os cuidados de saúde informal frequentemente ofereciam mais do que simples cuidados físicos; 2º) os práticos tradicionais muitas vezes atendiam melhor ao problema sentido pelo próprio paciente do que o sistema oficial que funcionava no povoado. Por isso os habitantes, frequentemente, usavam mais os serviços informais do que os serviços públicos.

No atendimento dos problemas de saúde da comunidade trabalhavam, além do pessoal da assistência formal, os seguintes recursos humanos:

- Farmacêutico- prático: por causa da pobreza, as pessoas sempre procuram um tratamento rápido e barato que muitas vezes cuida dos sintomas e não atinge as causas. O sucesso da farmácia é devido ao seu horário regular de atendimento e à presteza com que o farmacêutico atende a uma variedade de pedidos;
- "Megabaraty", também chamado de assentador de ossos, é figura popular nos povoados e nas áreas urbanas carentes do Egito. A profissão é geralmente herdada, a criança passa por um período de aprendizado com o pai e talvez só comece a praticar após a morte dele. É conhecido pela sua bondade e cobra de acordo com as posses dos clientes e a gravidade de ferimento. O assentador de ossos sabe distinguir entre fraturas, torceduras e luxações; conhece a diferença entre fraturas simples e compostas e o tempo que levam para a consolidação; tem habilidades com ataduras e talas; evita tratar de pacientes que apresentam sinais de problemas internos. Oferece seus serviços aos pobres que acreditam nele, mesmo que não possam pagar os honorários, e seus clientes estão entre os camponeses; normalmente é rejeitado pelo médico.

Barbeiro - tradicionalmente o barbeiro cortava o cabelo e fazia a barba, mas com o decorrer do tempo começou a prestar primeiros socorros, dar injeção e fa

zer circuncisão em meninos e, às vezes, em meninas ; antes da ampliação dos serviços de saúde governamentais, os barbeiros emitiam certidão de nascimento e comunicavam os óbitos para a autoridade municipal. No Delta do Nilo eles trabalham como "enfermeiros" no serviço médico de uma tecelagem e, como barbeiros, quando estão de folga.

De um modo geral o barbeiro aconselha como seguir a receita médica, faz curativos, abre abcessos, extrai dentes, verifica a temperatura, faz prescrição para dor-de-cabeça, gripe, febre, diarréia e encaminha ao médico o caso que não é de sua competência.

- Daya (parteira leiga) - apesar de suas atividades serem consideradas ilegais, a "daya" atende tanto na zona urbana como na rural, dando assistência a quase 80% dos partos. Exerce funções importantes como: atende os partos, cuida da mãe e da criança durante 40 dias recomenda tratamento para as mulheres que não engravidam, prepara as noivas para as noites de núpcias, sabe distinguir sobre problemas que requerem tratamento médico e os que podem ser tratados com remédios caseiros, além de compartilhar das alegrias e tristezas da família e de serem fonte de informação sobre os acontecimentos locais.
- O grupo Zar é considerado como uma forma tradicional de terapia para problemas que tenham causas psicológicas; é chamado de grupo do batuque, executado por três pessoas, uma mulher e dois homens, sendo que aquela toca o tambor e acompanha os homens nas canções.

As pessoas que participam do Zar acreditam que a doença é causada por espírito e que as canções e os ritmos exorcizam ou pacificam esses espíritos.

Mesmo que os práticos recomendam aos habitantes com problemas graves procurar o centro de saúde, esses pacientes voltam depois aos práticos para orientação, supervisão e aprovação do tratamento.

No Delta os habitantes não recebem passivamente a assistência à saúde, participam ativamente do controle e avaliação dos cuidados que lhes são oferecidos e não hesitam em procurar outras opiniões; atribuem competência especial no tratamento

de vários problemas a pessoas específicas, mas não fazem nenhuma distinção conceitual entre os praticantes tradicionais e os médicos modernos em termos de eficiência, isto é, eles não têm consciência de dois sistemas distintos.

Na Índia, a medicina tradicional goza de grande importância no sistema de assistência sanitária; a integração desse tipo de medicina nos serviços de saúde pública progride satisfatoriamente, uma vez que faz parte do ensino em diversas instituições docentes de nível primário, secundário e superior e nos programas de treinamento de pessoal. Nesse processo de integração, a medicina tradicional se acha institucionalizada a nível nacional e estatal e sua utilização já é encontrada na prestação de serviços de saúde nas zonas rurais e nos centros de fabricação de medicamentos (73).

Na Tailândia, HIEGEL (35) conta que os doentes mentais, de populações refugiadas em acampamentos, tiveram que ser atendidos por curandeiros, para não perturbarem os doentes internados em hospitais; assim surgiu um programa de colaboração entre os médicos e curandeiros tradicionais, porque os doentes atribuíam seus sofrimentos a uma origem sobrenatural. Os curandeiros, com seus conhecimentos, podiam beneficiar os enfermos no tratamento de suas afecções mentais e físicas, e evitar a dependência dos medicamentos modernos, uma vez que os refugiados esperavam voltar ao seu país.

Uma vez aceito o princípio de cooperação entre os curandeiros tradicionais e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, foram abertos centros de medicina tradicional nos acampamentos e os pacientes manifestaram claramente seu desejo de serem tratados pelo guru.

No início os curandeiros tradicionais desconfiavam e ficavam indecisos sobre sua participação no projeto, porque tinham medo de críticas ao praticar sua medicina à vista do médico.

Em Ghana, após alguns estudos sobre os sistemas médicos tradicional e científico, recomendou-se a integração das práticas tradicionais no sistema moderno para o setor de saúde mental, incluindo a designação de funções de atenção primária de saúde às pessoas que praticavam a medicina tradicional.

ADEMUGUWUM, citado por OJANUGA (71), diz que aceita e aconselha a incorporação dos praticantes tradicionais ao sistema moderno, para resolver de maneira eficaz os problemas de saúde.

DUNLOP, também citado por OJANUGA (71), informa que existem vantagens econômicas no sistema tradicional, baseando-se no fato de que ele já está em marcha, não sendo necessário investir fundos públicos para mantê-lo no seu nível atual de funcionamento. O êxito de política de integração depende em parte da disposição dos médicos e das pessoas que praticam a medicina tradicional em trabalhar juntos.

OJANUGA (71), em suas pesquisas sobre os dois sistemas, realizou entrevistas com os médicos e os praticantes tradicionais e apresentou os seguintes resultados:

- 50 médicos
 - mais da metade havia recebido tratamento tipo tradicional na infância; 18 disseram que o tratamento foi muito bom, 12 bom e 4 mau;
 - 76% dos médicos não encaminham os pacientes aos praticantes tradicionais;
 - a maioria se manifestou a favor do trabalho conjunto e 88% indicaram que os práticos e os médicos deveriam formar equipes para colaborar nas atividades clínicas e de investigação e deveriam receber treinamento para legitimar sua situação em serviços do Governo;
 - os praticantes seriam úteis nas zonas rurais, 100,0%.
- 50 praticantes tradicionais.
 - 79% manifestaram-se dispostos a trabalhar nos serviços oficiais de saúde;
 - 81% aceitariam receber treinamento antes;
 - 76% manifestaram-se a favor de receber supervisão médica;
 - 55% informaram que não mandariam pacientes a um médico;
 - 100% achavam que eram úteis nas zonas urbanas.

A utilização dos práticos tradicionais traz como vantagens sua influência sobre as comunidades; eles farão com que as medidas de saúde pública sejam mais facilmente aceitas e haja uma melhor identificação com os pacientes, pois compreendem melhor seus problemas. O tratamento é sempre acompanhado de orientação, e conselhos com as práticas preventivas executadas poder-se-á reduzir o número de pessoas que recorrerão a serviços curativos.

Em relação à parteira tradicional, OWEN (75) afirma que é o meio mais seguro para melhorar a saúde das mães e das crianças em muitas zonas dos países em desenvolvimento, porque ela é aceita pela população e existe em número suficiente para as necessidades. É possível melhorar sua formação, com uma relação favorável de custo-eficácia.

Elas existem em toda parte do mundo incorporadas como recurso humano importante para a atenção de partos normais, após treinamento adequado (29).

Um estudo recente indica os impressionantes progressos conseguidos na utilização das parteiras tradicionais no esforço para ampliar a cobertura dos serviços de saúde. Vem aumentando seu conhecimento, mediante inscrição no registro de Conselhos e concessão de licenças; 82% dos países do mundo têm agora programas de treinamento para parteiras tradicionais que atendem até 80% dos partos e às vezes são a única fonte acessível e aceitável de assistência ao parto, nas zonas rurais.

Para se integrar os profissionais dos sistemas de medicina indígena nos serviços de saúde dos países, necessita-se saber melhor onde se encontram, como praticam esta medicina e a quem dispensam seus serviços.

As pessoas que praticam a medicina tradicional representam um vasto e valioso recurso humano à margem dos serviços de saúde oficiais; é pouco, porém, o que se sabe acerca do alcance de suas práticas ou dos métodos que utilizam. Para integrar os serviços médicos tradicionais nos planos estatais ou regionais, tem-se que saber como eles funcionam.

A Índia é um país que tem levado a cabo esta tarefa, sobre o funcionamento dos sistemas paralelos de prática médica; o sistema moderno inclui alopatria, homeopatia e o tradicional, que presta 90% de assistência à população (84).

Para que haja integração da medicina tradicional na assistência primária de saúde, os peritos da OMS (73) julgam necessários:

- o reconhecimento e incorporação dos praticantes tradicionais aos programas de desenvolvimento da comunidade;
- a formação complementar dos praticantes da medicina tradicional, a fim de utilizar seus serviços na atenção primária de saúde;
- o ensino da medicina tradicional ao pessoal profissional de saúde e aos alunos das universidades, a fim

- de promover o diálogo, a comunicação, o bom entendimento e a integração com os praticantes tradicionais;
- a educação popular, para extinguir a idéia de que o uso de remédios tradicionais equivale a utilizar a medicina de categoria inferior;
 - a catalogação de todas as plantas medicinais da região e difusão da informação obtida;
 - a conservação das fórmulas e nomes tradicionais das prescrições, quando se adotar a medicina tradicional na assistência primária de saúde e prática das investigações necessárias sobre os sistemas tradicionais.

Para facilitar a articulação do sistema tradicional com o institucional de saúde, é necessário dar continuidade às investigações que vêm sendo realizadas pela OMS, a fim de se identificar a dinâmica interna dos elementos do sistema tradicional quanto ao seu papel, organização e funcionamento e as interrelações do sistema com outros aspectos da vida comunitária (30).

Também será necessário reconhecer a existência do sistema comunitário tradicional e conhecer as suas características estruturais, sua qualidade e cobertura real, os fatores determinantes, o funcionamento dos dois sistemas e a relação que há entre os mesmos, a fim de facilitar a articulação entre eles (82).

É evidente a necessidade de encontrar modelos factíveis para prestação de serviços assistenciais na áreas rurais, sobretudo em comunidades com menos de 2.500 habitantes que se encontram sem serviços médicos adequados.

Para alguns que estão interessados em promover a ação do médico em áreas rurais, a incorporação dos elementos tradicionais da comunidade e o treinamento de auxiliares, para funções mais amplas constituem um recurso temporário, mas outros acreditam que eles têm um papel positivo a longo prazo nas zonas rurais. Esta segunda colocação é justificada pelo fato de que os médicos nunca se convenceram de trabalhar nas zonas rurais ou se convenceram não se radicaram aí, portanto deixariam a comunidade sem serviços de saúde por algum tempo; além disto, a presença do médico na zona rural seria uma perda de recursos altamente especializados, dado que a maioria das necessidades da medicina rural poderia satisfazer-se igualmente por elementos da comunidade que são mais aceitáveis (39).

Além disso, a integração dos diferentes tipos de elementos e a forma de vinculá-los ao sistema é de grande interesse e é uma prioridade para a resolução dos problemas de saúde rural.

3.6. FATORES QUE DIFICULTAM A INTEGRAÇÃO DAS MEDICINAS INSTITUCIONAL E TRADICIONAL

Apesar das políticas desenvolvidas com o intuito de se acabar com a medicina tradicional no passado ou de valorizá-la no presente, ela continua e vai continuar a existir por si própria, porque está enraizada na cultura do povo e não pode desaparecer; além do mais, não é um sistema rígido e evolui em linha com a sociedade (69).

MANZANEDO (61) informa que até o presente momento não existe articulação do sistema tradicional de saúde com o sistema institucional ou, quando muito, ela tem sido parcial e esporádica.

A pobreza de dados sobre o sistema informal é considerada por SOMARRIBA (100) uma falha que deve ser corrigida para possibilitar a integração deste no sistema mais amplo de saúde.

Segundo ROSS (92), "a unidade comunitária pode ser uma comunidade de interesse ou associação de interesses e um dos aspectos importantes da organização da comunidade é a sua integração." Esta é definida como um processo no qual o exercício de atitudes e práticas cooperativas e colaboradoras dão maior identificação com a comunidade; há interesse de participação nos negócios da comunidade, que compartilha valores e meios comuns para expressá-los. Isto implica um processo em evolução na comunidade, que facilita o crescimento da consciência e a lealdade para com a comunidade maior, da qual o indivíduo é parte; é o desenvolvimento de um senso de responsabilidade para com a condição e "Status" da mesma; há o aparecimento de atitudes que permitam a cooperação com as pessoas que são "diferentes", bem como o aumento dos valores comuns, de símbolos e rituais existentes na comunidade como um todo.

A integração da comunidade "é uma qualidade de vida comunitária que se torna ação quando as pessoas lutam ombro a ombro em tarefas comuns, quando partilham conscientemente de projetos comuns e quando procuram objetivos comuns (92)".

Considerando a integração dos dois sistemas, não é difícil identificar as forças mais importantes, como estrutura social, padrões sócio-culturais, liderança, relacionamento com subgrupos, símbolos e rituais, apatia e predisposições individuais, que dificultam esta integração (92).

Das diferenças de organização e orientação das comunidades decorre a diferença de atitudes e de conduta. Nas comunidades com estruturas sociais diferentes, diferem os sistemas de valores, costumes, hábitos, crenças e grau de integração (92).

A diferença dos elementos acima mencionados entre os profissionais integrantes de um sistema institucional de saúde e praticantes do sistema tradicional parece evidente.

Os profissionais de saúde provêm de uma estrutura social diferente daqueles que praticam a medicina tradicional, que são autóctones e compartilham os mesmos costumes, hábitos e crenças da população que vive nas comunidades rurais ou periféricas de centros urbanos maiores.

Os profissionais, na sua maioria, originam-se de outras estruturas sociais e mesmo aquele que teve a mesma origem dos praticantes da medicina tradicional, ao passar por profissionalização e institucionalização, adquire novos costumes, hábitos, crenças, o que lhe confere o seu "estilo de vida" que o distancia dos elementos do sistema informal de saúde.

O poder e a tomada de decisões em relação à saúde sempre estiveram nas mãos dos profissionais médicos, que resistem muitas vezes em promover a participação dos elementos não profissionais, por considerarem-na arriscada. Quando a participação é autêntica, os pontos de vista dos elementos não profissionais podem prevalecer sobre opiniões suas e a solução não pode ser imposta "de cima" por profissionais (91).

Segundo ROSS (92), subgrupos e seu relacionamento são provavelmente os fatores que mais influenciam na integração comunitária. Dentre estes fatores, três são mais importantes: um é interno do subgrupo e refere-se à coesão; o outro relaciona-se com as atitudes e práticas daquele que promoveu a adaptação dos grupos e o terceiro é um conjunto de fatores.

O desenvolvimento dos valores do grupo e as aspirações são compatíveis com os valores comuns existentes na comunidade (93).

O conceito de saúde e o valor atribuído a ela muitas vezes são diferentes entre os profissionais de saúde e os praticantes do sistema informal.

Os marginalizados da cidade e os habitantes das zonas rurais possuem pouco conhecimento da cultura científica moderna e têm noções muito peculiares sobre a saúde, que nem sempre constitui um valor prioritário, tal como a alimentação, o trabalho,

a renda estável, a segurança, a moradia, a educação dos filhos e mesmo dispor de alguns bens. Isto provoca desilusão nos profissionais para os quais a saúde é o bem mais apreciado de que pode dispor uma pessoa.

Os curandeiros tradicionais citam como obstáculos à sua prática a falta de reconhecimento do Governo, a falta de fundos para manterem uma boa prática, insuficiente patrocínio por parte dos pacientes, o fato das pessoas não olharem os tradicionais com bons olhos, e constantes ameaças pelos agentes policiais.

É fácil ao sistema institucional de saúde incorporar os praticantes da medicina tradicional ao serviço, na qualidade de sub-auxiliares, mas relacionar-se com eles dialogando, trocando informações e trabalhando em comum é uma situação mais difícil de ser aceita pelos profissionais. Compartilhar responsabilidades e atribuições que até agora têm sido privativas é uma idéia que certamente sofrerá rejeição.

Estes e outros fatores mencionados por ROSS (92) poderão ser identificados na interação dos sistemas formais e informais de saúde; portanto, é uma condição imprescindível o conhecimento das características de cada sistema quando se pretende estimular esta integração, que facilitará a atuação dos profissionais.

4. METODOLOGIA

4.1. DESCRIÇÃO GERAL DA TÉCNICA

A metodologia de trabalho adotada compreendeu algumas etapas que julgamos importantes para a sua realização:

- estudo e documentação do material bibliográfico sobre medicina tradicional comunitária e suas práticas na área da saúde;
- levantamento das instituições executoras de práticas tradicionais para soluções de problemas de saúde;
- observações dos fatos em algumas instituições tradicionais comunitárias;
- levantamento das instituições oficiais de saúde;
- elaboração das variáveis de estudo;
- cálculo da amostra;
- elaboração do instrumento de pesquisa;
- coleta de dados;
- análise dos dados coletados e sistematização.

4.2. ESTUDO E DOCUMENTAÇÃO DO MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

Para a execução desta etapa realizamos visitas às bibliotecas da Faculdade de Saúde Pública da USP, do Campus da Saúde da UFMG, às livrarias do Grupo da Fraternidade Irmã Sheila e da União Espírita Mineira, além de bancas de revistas e casas de amigos, para levantamento de todo o material bibliográfico que abordasse o assunto.

De posse do material bibliográfico, passamos a fazer a seleção e documentação de todo aquele de interesse e relacionado com o tema escolhido.

4.3. LEVANTAMENTO DAS INSTITUIÇÕES EXECUTORAS DE PRÁTICAS TRADICIONAIS PARA SOLUÇÕES DE PROBLEMAS DE SAÚDE

Após a decisão de que Belo Horizonte seria o nosso campo de estudo, procuramos levantar as instituições tradicionais através de :

- consulta a catálogos telefônicos de Belo Horizonte;
- consulta à Federação Umbandista Mineira, à União Espírita Mineira e a igreja de várias seitas existentes na cidade;
- entrevistas com clientes nas salas de espera de algumas unidades de saúde de Belo Horizonte e

- entrevistas com colegas de trabalhos, amigos e conhecidos que frequentavam instituições tradicionais na procura de cura para os seus problemas de saúde.

4.4. OBSERVAÇÃO DOS FATOS EM ALGUMAS INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS COMUNITÁRIAS

Para tomar conhecimento das práticas de saúde executadas pelas instituições da medicina tradicional comunitária fizemos 3 (três) observações em cada uma das instituições selecionadas, objetivando uma orientação geral do trabalho e reunir o maior número possível de fatos através de sindicâncias rápidas e superficiais que oferecessem subsídios para a elaboração das variáveis de estudo.

Nesta fase procuramos entrar em contato com os dirigentes das instituições da medicina tradicional comunitária e os responsáveis pelos vários setores onde iríamos realizar a coleta de dados, quando tivemos oportunidade, também, de relatar os objetivos do nosso trabalho e a colaboração que gostaríamos de obter para evitar qualquer mal-entendido e transtornos durante o desenvolvimento das atividades.

Para executar esta tarefa tivemos, em algumas instituições tradicionais comunitárias, dificuldades para localizar o responsável e para conseguir permissão a fim de realizar a pesquisa uma vez que o fanatismo religioso não permite ainda às pessoas fazer separação entre os aspectos religiosos, filosóficos e científicos; há uma preocupação constante em resguardar a religião de ataques externos, e de intrusos que possam criticá-la; as tentativas feitas para se conseguir permissão em algumas delas duraram no mínimo 4 (quatro) meses e ainda assim com certas reservas e restrições; na Igreja Pentecostal "Deus é Amor" não nos foi dada a chance de entrevistar o presbítero responsável e em duas instituições espíritas, apesar da permissão obtida, alguns transtornos ocorreram em consequência de interpretações errôneas por parte do pessoal auxiliar subalterno, que algumas vezes eram substituídos e não eram orientados em relação ao nosso trabalho; em outras instituições não nos foi permitido realizar a pesquisa para não expor os pacientes ou por medo de armadilhas jornalísticas e policiais.

4.5. LEVANTAMENTO DAS INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE SAÚDE

Para termos em mãos a relação das instituições oficiais de saúde existentes em Belo Horizonte realizamos levantamento:

- na Associação Mineira de Hospitais;
- no Centro Metropolitano de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde;

- na Secretaria Municipal de Saúde;
- no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e
- em catálogos telefônicos

4.6. ELABORAÇÃO DAS VARIÁVEIS DE ESTUDO

Após a realização desta etapa é que tivemos mais segurança para estabelecer as linhas gerais de estudos.

Realizamos a definição das variáveis de estudo contidas nos objetivos e a elaboração dos indicadores inerentes a cada variável, como se segue:

4.6.1. PROBLEMA DE SAÚDE

4.6.1.1. DEFINIÇÃO

Considerou-se como problema de saúde o dano fundamental que provocou o desequilíbrio na saúde do indivíduo que o levou a procurar e utilizar os recursos disponíveis e acessíveis para solucioná-lo.

4.6.1.2. CLASSIFICAÇÃO

4.6.1.2.1. DOENÇA DO SISTEMA CÁRDIO-VASCULAR

- Anemia
- Coração grande
- Derrame cerebral
- Enfarte
- Flebite
- Pressão alta
- Pressão baixa
- Reumatismo cardíaco
- Trombose
- Varize dos membros inferiores
- Outros

4.6.2.2. DOENÇA DO SISTEMA ESQUELÉTICO

- Dor nas pernas
- Deformidade nas mãos
- Deformidade nos pés
- Dor na coluna
- Paralisia dos membros superiores
- Paralisia dos membros inferiores
- Osteomielite
- Reumatismo nas articulações
- Outros

4.6.1.2.3. DOENÇA DO SISTEMA GASTRO-INTESTINAL

- Constipação
- Câncer
- Desidratação
- Diarréia
- Empacho (indigestão)
- Hemorróida
- Hérnia
- Úlcera de estômago
- Ventre caído
- Verminose
- Outros

4.6.1.2.4. DOENÇA DO SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO

- Aborto
- Câncer
- Esterilidade
- Hemorragia
- Inflamação da próstata
- Inchaço (edema)
- Mioma uterino
- Nefrite
- Urina solta
- Venérea
- Outros

4.6.1.2.5. DOENÇA DO SISTEMA GLANDULAR

- Câncer do fígado
- Câncer do pâncreas
- Diabetes
- Excesso de pelos
- Hepatite
- Icterícia
- Obesidade
- Tumor de parótida
- Outros

4.6.1.2.6. DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO

- Ataque dos nervos
- Desmaio
- Disritmia
- Dor de cabeça
- Enxaqueca
- Histerismo
- Trombose cerebral
- Tumor do cérebro
- Tremores
- Outros

4.6.1.2.7. DOENÇA DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

- Catarata
- Câncer
- Cegueira
- Diminuição da audição
- Diminuição da visão
- Dordolho (conjuntivite)
- Mudez
- Perturbação do tato
- Sinusite
- Surdez
- Outros

4.6.1.2.8. DOENÇA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

- Asma
- Bronquite
- Câncer da laringe
- Câncer do estômago
- Enfizema
- Falta de ar
- Pneumonia
- Tuberculose
- Outros

4.6.1.2.9. DOENÇA DO SISTEMA TEGUMENTAR

- Alergia
- Dermatite
- Ferida
- Intoxicação
- Lepra
- Sarna
- Úlcera varicosa
- Outros

4.6.1.2.10. DOENÇA PSICOLÓGICA

- Depressão
- Espanto
- Feitiço
- Loucura
- Magia negra
- Mau-olhado
- Neurose
- Paranóia
- Perturbação mental
- Obsessão
- Outros

4.6.2. PRÁTICA DE SAÚDE DO SISTEMA TRADICIONAL COMUNITÁRIO

4.6.2.1. DEFINIÇÃO

Concebeu-se como prática de saúde tradicional comunitária as atividades colocadas à disposição da população para solucionar o problema de saúde.

4.6.2.2. CLASSIFICAÇÃO

- Acupuntura
- Água fluida
- Banhos de imersão
- Benção e benzedura (de roupas, objetos, pessoas)
- Exorcismo ritualístico (despachos, danças, defumações)
- Homeopatia
- Infusões (chás, garrafadas, ervas)
- Imposição das mãos
- Orações e meditações
- Passes
- Produtos farmacêuticos
- Outros

4.6.3. IDADE

4.6.3.1. DEFINIÇÃO

Idade cronológica

4.6.3.2. CLASSIFICAÇÃO

0 ————— 12 anos
 12 ————— 20 anos
 20 ————— 40 anos
 40 anos e mais

Para esta classificação obedeceu-se ao conceito matemático na representação dos intervalos da classe de acordo com o estabelecido pelas Normas de Apresentação Tabular da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 1979.

4.6.4. SEXO

Foram utilizados os indivíduos de ambos os sexos: masculino e feminino.

4.6.5. RENDA FAMILIAR

4.6.5.1. DEFINIÇÃO

Considerou-se como renda familiar a soma de toda remuneração recebida pelos membros da família, em troca de serviço prestado durante o mês.

4.6.5.2. CLASSIFICAÇÃO:

0 — 3 salários mínimos
 3 — 10 salários mínimos
 10 — 20 salários mínimos
 20 e mais salários mínimos

Esta classificação foi orientada pelos critérios estabelecidos pela Lei nº 7238 de 29/10/1984, art. 2º que regulamenta os salários no Brasil para o indivíduo.

4.6.6. INSTRUÇÃO

4.6.6.1. DEFINIÇÃO

Conjunto de conhecimentos adquiridos pelo indivíduo durante os anos vividos.

4.6.6.2. CLASSIFICAÇÃO

- Analfabeto
- Educação primária
- Educação secundária
- Educação superior

A educação primária engloba os indivíduos alfabetizados em cursos específicos e os de formação primária; a educação secundária envolve os indivíduos com o curso ginásial e os de segundo grau.

4.6.7. RECURSOS HUMANOS

4.6.7.1. DEFINIÇÃO

São os meios utilizados para a execução das práticas de saúde tradicionais usadas na solução dos problemas de saúde.

4.6.7.2. CLASSIFICAÇÃO:

- Curandeiro
- Medium
- Pai de Santo
- Parteira Leiga

4.7. CÁLCULO DA AMOSTRA

Após a elaboração das variáveis, partimos para o cálculo da amostra: estabelecemos uma amostra de 400 (quatrocentos) elementos, constituída pelos frequentadores de grupos organizados que oferecem práticas tradicionais de saúde. Esta amostra de 400 (quatrocentos) elementos foi estratificada em parcelas proporcionais aos atendimentos mensais dos grupos Kardecistas, Umbandistas e Pentecostelistas àqueles que os procuravam pela primeira vez para solucionar os seus problemas de saúde.

Os estratos populacionais ficaram assim constituídos:

- GRUPO KARDECISTA: neste grupo 3 (três) instituições foram utilizadas:

1º União Espírita Mineira, com um atendimento mensal de 1283 (hum mil, duzentos e oitenta e três) pessoas;

2º Grupo da Fraternidade Irmã Sheila, com 960 (novecentos e sessenta) atendimentos mensais;

3º Hospital Espírita André Luiz, com 60 (sessenta) atendimentos mensais;

- GRUPO UMBANDISTA, com 200 (duzentos) atendimentos mensais

- GRUPO PENTECOSTALISTA, com 400 (quatrocentos) atendimentos mensais.

Tivemos nas instituições selecionadas 2903 (dois mil novecentos e três) atendimentos de pessoas que lá compareceram pela primeira vez à procura de cura para suas doenças.

Realizando o cálculo, a amostra ficou assim constituída:

- UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA	177 elementos
- GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA	132 elementos
- HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ	8 elementos
- CENTRO ESPÍRITA SÃO SEBASTIÃO	28 elementos
- IGREJA PENTECOSTALISTA "DEUS É AMOR"	55 elementos

Uma outra amostra foi selecionada objetivando estudar a incorporação dos recursos humanos tradicionais pelas instituições oficiais de saúde. Essa amostra de 100 (cem) órgãos de saúde, estratifcada em parcelas proporcionais ao número de redes físicas, extraiu-se das seguintes instituições:

- Secretaria Municipal de Saúde	32
- Centro Metropolitano da Secretaria de Estado da Saúde	47
- INAMPS	11
- Fundo Cristão para a Criança	6
- Legião Brasileira de Assistência	6
- Hospitais Gerais	31
- Hospitais Especializados	58
- Policlínicas	43
TOTAL.....	234

A amostra estratificada ficou assim constituída:

- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	14 unidades
- CENTRO METROPOLITANO	20 unidades
- INAMPS	5 unidades
- FUNDO CRISTÃO PARA A CRIANÇA	3 unidades
- LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA	3 unidades
- HOSPITAIS GERAIS	13 hospitais
- HOSPITAIS ESPECIALIZADOS	24 hospitais
- POLICLÍNICAS	18 policlínicas

4.8. ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

Para a coleta de dados foram elaborados dois instrumentos: um formulário destinado à coleta de dados, nas salas de espera das instituições tradicionais comunitárias, das pessoas que ali estavam pela primeira vez em busca de cura para seus males, relativos a idade, sexo, renda familiar, instrução, problema de saúde e tratamento (anexo 1) e um segundo formulário para levantar, junto às unidades de saúde pública e privada, dados relativos à utilização dos praticantes tradicionais no desenvolvimento dos programas de saúde (anexo 2).

4.9. COLETA DE DADOS

Inicialmente procuramos oficializar às instituições tradicionais comunitárias, selecionadas para realizar as entrevistas, o nosso pedido (anexo 3) para fazer a coleta de dados entre as pessoas que frequentavam a referida instituição pela primeira vez.

A partir desta oficialização, começamos a comparecer aos locais de trabalho para, através da entrevista, coletar os dados constantes do formulário 1, tendo sempre a preocupação de colocar, para cada uma das pessoas entrevistadas, o porquê da nossa presença naquele local; somente no grupo da Fraternidade Irmã Sheila a coordenadora dos trabalhos colocou para o público o porquê da nossa presença e solicitou a colaboração de todos no fornecimento de dados.

É interessante salientar aqui que, antes da coleta de dados, tivemos a oportunidade de assistir a 3(três) cultos ou reuniões públicas para entender melhor a situação e durante a coleta de dados acompanhamos todas as reuniões executadas pelos grupos organizados para facilitar o nosso trabalho.

O nosso comportamento no preenchimento do formulário foi diferente em cada um dos grupos organizados para estudo:

- na União Espírita Mineira os dados foram coletados às quintas-feiras pela manhã, no horário de 8 às 10 horas, durante os meses de março e abril, após a consulta, no momento da entrega da receita e de um recipiente contendo uma solução homeopática;
- no Hospital Espírita André Luiz utilizamos as quintas-feiras, no horário das 13 às 17 horas, durante o mês de abril, para entrevistar o cliente, após a saída do consultório;
- no Grupo da Fraternidade Irmã Sheila os dados foram coletados às quintas e terças-feiras, no horário das 18 horas e 30 minutos às 22 horas e 30 minutos, durante os meses de março e abril e em duas etapas: na primeira, quando o indivíduo chegava à recepção para preenchimento da ficha de identificação, coletávamos os dados referentes a idade, sexo, renda familiar e instrução e o problema de saúde sentido; e em uma segunda etapa, quando da distribuição das receitas, copiávamos o tratamento prescrito.

- no Grupo Umbandista os dados foram coletados às sextas-feiras no horário das 20 às 24 horas após o tratamento recebido ou indicado, não sendo fornecida a receita;
- no Grupo Pentecostalista as entrevistas foram feitas às sextas-feiras das 18 às 19 horas, antes do culto, para realização dos tratamentos.

Para a coleta de dados nas Unidades de Saúde, tivemos que solicitar autorização (anexo 4) das autoridades competentes para preenchimento do formulário (anexo 2); em seguida nos dirigimos a cada uma das unidades, objetivando entrevistar os profissionais que executavam atividades de saúde junto às comunidades, com vista ao aproveitamento dos profissionais tradicionais.

4.10. ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS E SISTEMATIZAÇÃO

Após o término da coleta de dados, passamos para a apuração dos mesmos em cada uma das instituições pesquisadas, e em seguida para a tabulação e finalmente a sistematização do trabalho.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1. DESCRIÇÃO DA COMUNIDADE PESQUISADA

O município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, possui uma área de 335km², com uma população residente de 1.780.855 habitantes de acordo com o Censo de 1980 e tem como atividades econômicas a indústria de transformação: metalúrgica, têxtil, mobiliário, vestuário, calçados, produtos alimentícios, bebidas e fumo.

Conta com 1796 estabelecimentos industriais, 7181 comerciais, 244 rurais, 240 postos de gasolina, 360 drogarias, 109 hotéis e 93.979 estabelecimentos bancários; além de excelentes meios de comunicações e transportes, possui um adequado sistema de tratamento de água e esgoto, um grande número de prédios residenciais e comerciais e um sistema de ensino primário, secundário e superior considerado como um dos melhores do Brasil.

A prestação de serviços de saúde a nível de cuidados primários é executada basicamente no município pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Centro Metropolitano de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde.

TABELA - 1

DISTRIBUIÇÃO DA REDE FÍSICA DE SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL E CENTRO METROPOLITANO DE BELO HORIZONTE, 1984

REDE FÍSICA	Unidades Sanitárias	Consultórios Médicos	Consultórios Odontológicos
Secretaria Municipal de Saúde	47	80	110
Centro Metropolitano	32	107	139
TOTAL.....	79	187	249

FONTE: SMSA E CMS/SES

Esta rede ambulatorial, levando em consideração a sua má distribuição, não permite o acesso e o atendimento necessários à população, porque as unidades se concentram mais em áreas menos carentes, ficando as mais carentes parcialmente descobertas.

Além desses recursos, o município conta com:

TABELA - 2

OUTROS RECURSOS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - 1984

DEPENDÊNCIA ADMINISTRATIVA	Pos tos	Poli clínica	Hospital Geral	Hospital Es pecializado	TOTAL
Beneficente	-	9	2	3	14
Lucrativa	-	25	13	39	77
Autarquia Fede ral	9	2	2	3	16
Autarquia Esta dual	-	1	1	-	2
Filantrópica	2	1	7	4	14
Sindicato	-	3	-	-	3
Fundação	-	2	6	9	17
TOTAL.....	11	43	31	58	143

FONTE: PLAMBEL

O INAMPS tem uma grande participação na assistência de saúde no município de Belo Horizonte, através de seus serviços próprios contratados ou conveniados assim distribuídos: 11 postos de assistência médica com um total de 250 consultórios médicos; 24 consultórios odontológicos e 3 hospitais e um total de 195 leitos operados por 155 médicos, e ainda 3 clínicas de serviços complementares e um laboratório central; mantém contratos com 31 consultórios odontológicos, 22 laboratórios de patologia clínica, 24 clínicas de serviços complementares e 198 médicos.

Para o atendimento hospitalar mantêm contrato com 77 hospitais, num total de 7.802 leitos manipulados por 3.097 médicos.

Em termos de convênios, o INAMPS tem 204, sendo 44 com empresas, 23 com sindicatos, 3 com universidades e 31 com órgãos governamentais.

A distribuição desses recursos é feita de forma aleatória, não existindo ainda um sistema de referência que garanta à população o acesso aos níveis mais complexos de assistência.

TABELA - 3

DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES POR CLASSIFICAÇÃO NAS ÁREAS DE SAÚDE - BELO HORIZONTE - 1983

ÁREAS DE SAÚDE (CONTINUA)	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE POR CLASSIFICAÇÃO						T O T A L	
	Unidades Sanitárias	Centro de Saúde	Posto Atend. Policlínica	SAM/ SUCC	Hospital Geral	Hospital Especializado	Absoluto	Relativo
Centro	1	6	29	2	15	24	77	34,2
Barroca	2	3	1	-	2	3	11	5,0
Padre Eustáquio	-	-	2	2	2	3	9	4,0
Lagoinha	2	1	2	-	1	1	7	3,1
Cachoeirinha	2	1	-	-	1	1	5	2,2
Cristiano Machado/ Cidade Nova	4	-	2	-	1	1	8	3,6
Sagrada Família	3	2	1	1	1	4	12	5,3
Pompéia-Santa Cruz	1	3	1	1	2	5	13	5,8
Serra	4	-	2	-	2	5	13	5,8
Gutierrez-Grajaú	3	-	3	-	1	2	9	4,0
Betânia	-	1	1	-	-	2	4	1,8
Dom Cabral	4	-	1	-	1	1	7	3,1

ÁREAS DE SAÚDE (CONCLUSÃO)	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE POR CLASSIFICAÇÃO							
	Unidades Sanitárias	Centro de Saúde	Posto Atend. Policlínica	SAM/ SUCC	Hospital Geral	Hospital Especializado	T O T A L	
							Absoluto	Relativo
Pindoram-Ipanema	3	2	-	-	1	1	6	2,7
Serrano	1	-	-	-	-	-	1	0,4
Pampulha	2	1	-	-	1	1	5	2,2
Tupi	2	2	-	-	-	-	4	1,8
São Paulo	1	1	-	-	1	-	3	1,3
Barreiro	4	3	1	-	1	3	12	5,3
Leblon	2	-	-	-	-	-	2	0,9
Santa Mônica	1	-	1	-	-	-	2	0,9
Floramar	2	2	-	-	1	-	5	2,2
Durval de Barros	-	1	-	-	-	-	1	0,4
Venda Nova	1	3	3	-	-	2	9	4,0
TOTAL.....	45	32	50	6	34	58	225	100,0

FONTE: SMSA, PLAMBEL, CMS E INAMPS

Observamos através da tabela 3 que a área central do município é contemplada com um grande número de unidades: 33,0%, ou seja, 77 órgãos de saúde, tanto no que se refere aos cuidados primários quanto aos mais especializados.

A oferta de cuidados primários, no entanto, é subutilizada devido ao perfil da população do centro da cidade, composta em sua grande maioria pela classe média e alta, que demanda em maior proporção os serviços da rede privada, e a população demandaria de cuidados primários, que utiliza a rede pública, concentrada em bairros periféricos fica parcialmente privada deste tipo de assistência.

A localização das unidades de saúde também é feita de uma forma aleatória sem nenhum critério de hierarquização, visto que os mesmos possuem diversas dependências administrativas e formas diferenciadas de atendimento à população.

As causas de óbitos estão situadas entre as doenças redutíveis pelo saneamento básico, pelas imunizações e por programas especiais, como é o caso da sífilis, raiva, hanseníase, indicando que importante parcela da população ainda não foi beneficiada pelas melhorias urbanas ou suas condições gerais de vida persistem extremamente precárias, reduzindo o impacto do saneamento básico em suas condições de saúde.

TABELA - 4

COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL EM ALGUNS PAÍSES E EM ALGUMAS
CAPITAIS BRASILEIRAS EM 1973 (POR MIL NASCIDOS VIVOS)

PAÍSES/CAPITAIS BRASILEIRAS	Coeficientes
Suecia	9,9
Estados Unidos	17,6
União Soviética	26,4
Uruguai	48,6
México	51,9
Porto Alegre	54,8
São Paulo	89,1
Belo Horizonte	124,8
Recife	229,9

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

GRÁFICO Nº 1

MORTALIDADE GERAL EM BELO HORIZONTE

1950-1955-1960-1965-1970-1975-1980-1982

FONTE: SEI/SEPLAN - ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE MINAS GERAIS - 1982

TABELA - 5

MORTALIDADE INFANTIL - POR MIL NASCIDOS VIVOSBELO HORIZONTEPERÍODO: 1960 - 1963 - 1970 - 1980

ANO	MORTALIDADE INFANTIL
1960	74,22
1965	92,27
1970	112,81
1971	102,01
1972	115,03
1973	124,80
1974	98,24
1975	128,21
1976	95,33
1977	96,59
1978	91,06
1979	87,34
1980	77,18

FONTE: ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE MINAS GERAIS, SEI/SEPLAN
1981.

Os coeficientes de mortalidade infantil e geral foram de 77,18 por mil nascidos vivos e 10,7 por mil habitantes respectivamente, em 1980, considerados ainda elevados, e comprovados em alguns países e cidades brasileiras.

Em relação aos recursos humanos encontramos a seguinte situação:

TABELA - 6

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS PELAS UNIDADES DE SAÚDE
ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE BELO HORIZONTE - 1984

Dependência Administrati va	Médico	Dentis ta	Bioquí mico	Enfer meiro	A.So cial	Aux. Saú de	Ou tros	To tal
Municipal	178	55	18	54	61	297	187	850
Estadual	141	206	14	37	6	184	76	664
TOTAL...	319	261	32	91	67	481	263	1514

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO METROPOLITANO/SES

Por esta tabela observamos que a composição de recursos humanos não é adequada para o atendimento dos cuidados primários além disso, observamos um número maior de recursos especializa dos em detrimento do pessoal auxiliar.

De um modo geral a situação de saúde/doença da popula ção belorizontina é um espelho das desigualdades sociais e econô micas de nossa sociedade, em que a maioria recebe salários bai xos, mora em casas e barracões situados em favelas ou em perife ria, e barracões quase tão precários quanto as favelas, onde grande parcela da população está sempre doente e possui o maior número de inválidos por motivo de saúde.

5.2. ASSISTÊNCIA TRADICIONAL COMUNITÁRIA EM BELO HORIZONTE

Sabemos que o fenômeno das romarias a curandeiros famo sos e a milagreiros é tão velho quanto a história da humanidade e praticado em todo o mundo. No Brasil este fenômeno completa

as curas espirituais quase cotidianas, em centros kardecistas, umbandistas e de candomblé, bem como em igrejas pentecostalistas, católicas, messiânicas, do evangelho quadrangular, missionárias do renino de Deus e outros grupos organizados que dão atendimento à população em busca desses recursos.

Este é um dos aspectos da medicina popular que ocorre também em Belo Horizonte e as mobilizações populares em busca de saúde não se resumem ao curandeirismo; em menor grau elas estão ocorrendo nas classes média e alta, que depositam suas esperanças de cura nas chamadas "medicinas alternativas" ou "práticas alternativas",

Frequentemente nós ouvimos testemunho de pessoas que dizem: "não preciso mais de médico, descobri um japonês que faz acupuntura muito bem e já me curou de reumatismo". "As consultas com homeopatas são mais prolongadas, e eles examinam todo o corpo da gente; explicam com detalhe o tratamento, que por sua vez não é tóxico e os remédios são baratos".

A acupuntura, apesar de já existir como curso em escolas de medicina, chega à maioria de seus clientes como uma arte paralela à medicina. Outras práticas alternativas estão surgindo em número desordenado, tais como tratamentos naturais por meio de dietas adequadas, pela água e pelos banhos, as radiestesias, a auto-sugestão, a sugestão induzida, o banho de sol, o uso das cores e do contato com os metais, que estão concorrendo com os médicos, e cativando multidões decepcionadas com o INAMPS, com os hospitais e com os consultórios especializados.

Durante as entrevistas para coleta de dados alguns testemunhos foram feitos, tais como:

- "O povo está buscando as "práticas alternativas", por não confiar nos médicos e na medicina oficial, que não estão satisfazendo as suas necessidades".
- "A doença é e foi sempre um sofrimento e é um mal que vem do demônio ou um anúncio de Deus aos povos. O pensamento mágico orienta a medicina popular com seus conselhos, ervas, benzeduras, rituais e simpatias; então a medicina popular é baseada na fé, realçando os efeitos dos remédios através dos rituais onde as raízes e ervas para chás e banhos produzem efeito quando a sua posição está relacionada ao sol, às estações do ano, às fases lunares etc."
- "A doença é mais procurada na alma e a prática alternativa não se define pela sua localização geográfica

ou pela sua escola técnica; além disso, nestas ditas práticas, o paciente se manifesta, tem voz".

Constatamos que os sistemas tradicionais de ação para a saúde estão aí em todo o seu esplendor e seus profissionais vêm-se amplamente requisitados em uma considerável demanda de serviços. Eles são procurados pelo que chamamos "ato de fé", isto é, na convicção de que seus conhecimentos e práticas oferecem alternativas para o retorno à "não doença".

Estes sistemas tradicionais em Belo Horizonte estão se multiplicando à medida que aumentam as necessidades da população que busca equilíbrio emocional e solução para os seus problemas, principalmente nas áreas espiritual e social.

No momento essa cidade conta com: 108 (cento e oito) centros espíritas da linha kardecista, 16 (dezesseis) centros de umbandas e candomblês, 30 (trinta) igrejas católicas, 4 (quatro) ortodoxas, 6 (seis) presbiterianas, 13 (treze) metodistas, 17 (dezesete) batistas e 6 (seis) missionárias "reino dos céus", além de outros recursos clandestinos e consultórios entregues à mãe-de-santo, pai-de-santo, espiritualistas, benzedadeiras, curandeiros, gurus e outros elementos da área naturalista.

Levando em consideração que as atividades executadas por estes grupos são mais ou menos coincidentes, algumas vezes mudando apenas de nome, selecionamos para estudo as instituições tradicionais comunitárias de maior demanda da população.

5.2.1. UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA

5.2.1.1. HISTÓRICO

Fundada em 24 de junho de 1908, foi considerada entidade de utilidade pública pela Lei Municipal Nº 183 de 26 de janeiro de 1951, pelo Decreto Estadual 13523 de 11 de março de 1971 e pelo Decreto Federal 86431 de 2 de outubro de 1981.

A União Espírita Mineira mantém reuniões públicas diárias de segunda a domingo, para crianças, jovens e adultos, quando são realizadas a leitura de textos evangélicos, a prática de fluidificação da água e a aplicação do passe. Às terças e quintas-feiras pela manhã as pessoas procuram o Centro para ter acesso ao receituário, que lhe dá também o direito de receber remédios homeopatas distribuídos pela farmácia que funciona de segunda a sexta-feira, diariamente, pela manhã.

Além dessas atividades a União Espírita Mineira desenvolve uma ampla assistência social e espiritual para atender às

necessidades das pessoas que procuram, conferências públicas aos sábados e atendimento individualizado àqueles com problemas espirituais e de obsessões encaminhados pelos vários setores de sua estrutura administrativa, bem como cursos de evangelização, desenvolvimento de mediunidade e outros que se fazem necessários para preparar melhor os elementos integrantes da religião.

5.2.1.2. DADOS COLETADOS

Os dados coletados na União Espírita Mineira apresentaram a seguinte situação:

TABELA - 7

"
FREQUENTADORES DA UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA, SEGUNDO O GRUPO
ETÁRIO, EM BUSCA DE TRATAMENTO BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL,
1985

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	Número	%
0 ——— 12	15	8,5
12 ——— 20	16	9,0
20 ——— 40	51	28,8
40 e mais	95	53,7
TOTAL.....	177	100,0

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA

Os dados registrados na tabela acima nos mostram que a população que buscou a União Espírita Mineira para tratamento de saúde situou-se em maior número no grupo etário de 40 anos e mais com 95 pessoas do total de 177, representando 53,7%, ficando em segundo lugar a faixa de 20 anos inclusive a 40 anos exclusive,

com 51 indivíduos, ou seja, 28,8%; em terceiro ficou o grupo de 12 anos inclusive a 20 anos exclusive, com 16, ou seja, 9,0% e em quarto grupo de 0 a 12 anos exclusive, com 15, ou seja, 8,5%.

TABELA - 8

FREQUENTADORES DA UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA, SEGUNDO O SEXO, EM
BUSCA DE TRATAMENTO, BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

SEXO	Número	%
Feminino	125	70,6
Masculino	52	29,4
TOTAL.....	177	100,0

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA

Com relação ao sexo, os dados assinalaram que o grupo feminino com 125 pessoas do total de 177, ou seja, 70,6%, procurou mais a União Espírita Mineira para solucionar o seu problema de saúde.

TABELA - 9

"
FREQUENTADORES DA UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA, SEGUNDO A RENDA FAMI-
LIAR, EM BUSCA DE SOLUÇÃO PARA O SEU PROBLEMA DE SAÚDE,
BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

RENDA FAMILIAR (SALÁRIO MÍNIMO)	Número	%
0 ----- 3	126	71,2
3 ----- 10	48	27,1
10 ----- 20	3	1,7
20 e mais	-	-
TOTAL.....	177	100,0%

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA

Olhando a tabela 9, observamos que a população de renda familiar de 0 a 3 salários mínimos exclusive representou o grupo que teve mais acesso à União Espírita Mineira em busca de alívio para o seu problema de saúde, com 126 pessoas, ou seja, 71,2% , do total de 177. Em seguida tivemos o grupo de 3 inclusive a 10 salários mínimos exclusive, com 48 indivíduos, ou 27,1%, e em terceiro lugar o grupo de 10 inclusive a 20 salários mínimos exclusive, com 3 pessoas, ou 1,7%. O grupo com renda familiar de 20 e mais salários mínimos não teve representante na população que procurou ajuda na União Espírita Mineira para tratamento do seu problema de saúde.

TABELA - 10

FREQUENTADORES DA UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA, SEGUNDO A INSTRUÇÃO
PARA SOLUÇÃO DE SEU PROBLEMA DE SAÚDE. BELO HORIZONTE,
MARÇO E ABRIL, 1985

INSTRUÇÃO	Número	%
Analfabeto	24	13,6
Educação Primária	101	57,0
Educação Secundária	31	17,5
Educação Superior	8	4,6
TOTAL.....	164*	92,7*

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA

*Deixaram de ser incluídas neste total, 13 pessoas, ou seja, 7,3% da faixa de 0 a 7 anos inclusive, que ainda não têm o nível de instrução definida.

Estudando os dados da tabela acima vimos que a população de educação primária foi a que mais frequentou a União Espírita Mineira buscando solução para o seu problema de saúde, com 101 pessoas, ou seja, 57,0% do total de 177; a de educação secundária ficou em segundo lugar com 31 indivíduos, ou seja, 17,5%; os menores de 0 a 7 anos inclusive ficaram em terceiro lugar com 13, ou seja 7,3%, e finalmente o grupo de educação superior com 8 pessoas, ou seja, 4,6% do total.

TABELA - 11

"FREQÜENTADORES DA UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA, SEGUNDO PROBLEMA
DE SAÚDE, À PROCURA DE TRATAMENTO, BELO HORIZONTE,
MARÇO E ABRIL, 1985"

PROBLEMA DE SAÚDE (CONTINUA)	Número	%
DOENÇA DO SISTEMA CÂRDIO-VASCULAR		
1. Anemia	4	2,2
2. Pressão alta	11	6,2
3. Reumatismo cardíaco	1	0,6
4. Palpitação	1	0,6
5. Problema circulatório	1	0,6
DOENÇA DO SISTEMA ESQUELÉTICO		
6. Dor nos pés	2	1,1
7. Dor na coluna	15	8,4
8. Paralisia dos membros superiores	1	0,6
9. Paralisia dos membros inferiores	3	1,6
10. Reumatismo nas articulações	7	3,9
DOENÇA DO SISTEMA GLANDULAR		
11. Diabetes	3	1,6
12. Hepatite	2	1,1
13. Obesidade	1	0,6
14. Dor na mama	1	0,6
15. Câncer da mama	1	0,6
16. Inflamação do baço	1	0,6
17. Cálculo da vesícula	1	0,6
DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO		
18. Ataque de nervos	11	6,2
19. Desmaio	1	0,6
20. Dor-de-cabeça	11	6,2
21. Tremores	1	0,6
22. Insônia	2	1,1
23. Epilepsia	1	0,6

PROBLEMA DE SAÚDE (CONTINUA)	Número	%
DOENÇA DO SISTEMA GASTRO-INTESTINAL		
24. Diarréia	1	0,6
25. Empacho	3	1,6
26. Úlcera de estômago	3	1,6
27. Verminose	1	0,6
28. Dor no estômago	11	6,2
29. Úlcera de duodeno	2	1,1
DOENÇA DO SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO		
30. Esterilidade	1	0,6
31. Inflamação na próstata	2	1,1
32. Inchaço (edema)	3	1,7
33. Nefrite	1	0,6
34. Venérea	1	0,6
35. Coceira na vagina	1	0,6
36. Cistite	2	1,1
37. Gravidez	2	1,1
38. Cólica renal	1	0,6
39. Menopausa	2	1,1
40. Distúrbio menstrual	1	0,6
41. Inflamação de útero	1	0,6
42. Inflamação de ovário	1	0,6
DOENÇA DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS		
43. Diminuição da visão	5	2,8
44. Sinusite	1	0,6
45. Hemorragia nasal	1	0,6

PROBLEMA DE SAÚDE (CONCLUSÃO)	Número	%
DOENÇA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO		
46. Asma	2	1,1
47. Bronquite	3	1,7
48. Enfizema	1	0,6
49. Pneumonia	1	0,6
50. Gripe	5	2,8
DOENÇA DO SISTEMA TEGUMENTAR		
51. Alergia	1	0,6
52. Dermatite	4	2,2
53. Ferida	1	0,6
54. Intoxicação	2	1,1
DOENÇA PSICOLÓGICA		
55. Depressão	13	7,3
56. Espanto	1	0,6
57. Feitiço	1	0,6
58. Mau-olhado	1	0,6
59. Perturbação mental	3	1,7
60. Obsessão	7	3,9
61. Alcoolismo	1	0,6
TOTAL.....	177	100,0

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA

Olhando com atenção os dados registrados na tabela 11, notamos que "Dor na Coluna", do problema de saúde "Doença do Sistema Esquelético", foi o indicador, dentre os 61 indicadores pesquisados, que ocupou o primeiro lugar, com 15 pessoas (8,4%), do total de 177 dos entrevistados que frequentam a União Espírita Mineira para tratamento de saúde. Em segundo lugar tivemos a "Depressão", com 13 pessoas (7,3%), e em terceiro lugar encontramos "Pressão Alta", "Ataque de Nervos" e "Dor-de-Cabeça", com 11 pessoas, ou seja, 6,2%.

TABELA - 12

INDICAÇÃO PARA TRATAMENTO DAS PESSOAS QUE FREQUENTAM A UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA PARA SOLUCIONAR O PROBLEMA DE SAÚDE, BELO HORIZONTE
MARÇO E ABRIL, 1985.

INDICAÇÕES	Número	%
Passe	177	33,0
Água Fluida	177	33,0
Prece no Lar	6	1,0
Homeopatia	177	33,0
TOTAL.....	537	100,0

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA

Examinando os dados da tabela acima, notamos que todos os frequentadores da União Espírita Mineira, 100,0% dos entrevistados, receberam como prescrição para tratamento do seu problema de saúde o "Passe", "Água Fluida" e a "Homeopatia", com 177, ou seja, 33,0%, respectivamente, dentre as 537 indicações feitas à população que teve acesso ao referido centro espírita. Alguns destes frequentadores foram ainda beneficiados com a indicação "Prece no Lar" - 6 pessoas (1,0%).

5.2.2. GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA

5.2.2.1. HISTÓRICO

Declarado entidade de utilidade pública pelas Leis Municipais nº 896 de 27 de setembro de 1961 e Estadual nº 4857 de 5 de julho de 1968 e pelo Decreto Federal nº 71.349 de 9 de novembro de 1972, mantém as seguintes atividades:

- reuniões públicas de orientação espiritual diariamente - segunda-feira a domingo;
- biblioteca pública para empréstimos de livros de orientação espírita, espiritualista e psiquiátrica;
- reuniões mediúnicas, de evangelização e de desobsessão;
- atendimento médico e odontológico para as pessoas carentes;
- receituário de Orientação Espiritual para o indivíduo com problema e manifestações de ordem espiritual;
- pronto-socorro espiritual onde as pessoas recebem orientação social, espiritual e ajuda material;
- campanha do quilo;
- corte e costura para confeccionar roupas para doação;
- visita a enfermos nos domicílios e nos hospitais;
- distribuição de sopas para os carentes, e
- receituário para a população que deseja solucionar seu problema de saúde.

5.2.2.2. DADOS COLETADOS

Os dados coletados nesta instituição foram os seguintes:

TABELA - 13

"
FREQUENTADORES DO GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA, SEGUNDO O
GRUPO ETÁRIO, EM BUSCA DE TRATAMENTO, BELO HORIZONTE,
MARÇO E ABRIL, 1985

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	Número	%
0 ----- 12	11	8,3
12 ----- 20	8	6,1
20 ----- 40	59	44,7
40 e mais	54	40,9
TOTAL.....	132	100,0

FONTE: GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA

A população que tem acesso ao receituário do Grupo da Fraternidade Irmã Sheila foi representada pelo grupo de idade de 20 anos inclusive a 40 anos exclusive, num total de 59 pessoas (44,7%) de 132, ficando em segundo lugar o de 40 anos e mais com 54, ou seja, 40,9%. Em terceiro lugar, encontramos as pessoas da faixa etária de 0 a 12 anos exclusive, em número de 11 (8,3%), e em quarto lugar o grupo de 12 inclusive a 20 anos exclusive, com 8 indivíduos, ou seja, 6,1%.

TABELA - 14

FREQUENTADORES DO GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA, SEGUNDO O SEXO, EM BUSCA DE TRATAMENTO, BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

SEXO	Número	%
Feminino	95	72,0
Masculino	37	28,0
TOTAL.....	132	100,0

FONTE: GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA

O comportamento dos dados da tabela 14 nos mostra que a população feminina predominou na busca de socorros para solucionar os problemas de saúde, no Grupo da Fraternidade Irmã Sheila, com 95 pessoas (72,0%) entre as 132 que ali foram entrevistadas.

TABELA - 15

FREQUENTADORES DO GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA, SEGUNDO A RENDA FAMILIAR, EM BUSCA DE TRATAMENTO, BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

RENDA FAMILIAR (SALÁRIO MÍNIMO)	Número	%
0 ————— 3	82	62,1
3 ————— 10	38	28,8
10 ————— 20	11	8,3
20 e mais	1	0,8
TOTAL.....	132	100,0

FONTE: GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA

Estudando os dados relativos à renda familiar, observamos que a faixa de 0 a 3 salários mínimos exclusive representou a população que frequenta o receituário do Grupo da Fraternidade Irmã Sheila com 82 pessoas (62,1%), dentre as 132. Em segundo lugar temos a de 3 inclusive a 10 salários mínimos exclusive, com 38 pessoas (28,8%), em terceiro a de 10 inclusive a 20 salários mínimos exclusive, com 11 (8,3%), e em quarto lugar a de 20 e mais salários mínimos com 1 pessoa, ou seja, 0,8% do total.

TABELA - 16

"
FREQUENTADORES DO GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA, SEGUNDO A
INSTRUÇÃO, EM BUSCA DE TRATAMENTO, BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL
1985

INSTRUÇÃO	Número	%
Analfabeta	12	9,1
Educação Primária	72	54,6
Educação Secundária	29	22,0
Educação Superior	10	7,5
TOTAL.....	123*	93,2*

FONTE: GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA

*

Não constaram do total 9 pessoas (6,8%) do grupo de idade de 0 a 7 anos inclusive, que ainda não têm o seu grau de instrução definido.

Os dados da tabela 16 registraram que o grupo de "educação primária" com 72 pessoas (54,6%) de 132 entrevistadas representou a população que vai em busca do receituário do Grupo da Fraternidade Irmã Sheila. O grupo de "educação secundária" ficou em segundo lugar, com 29 pessoas (22,0%), os "analfabetos" em terceiro, com 12 pessoas (9,1%) e o de "educação superior" com 10 (7,5%). Os menores de 0 a 7 anos, contando com 9 pessoas, (6,8%) deixaram de constar do total por não terem ainda a instrução definida.

TABELA - 17

"
FREQUENTADORES DO GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA, SEGUNDO O
PROBLEMA DE SAÚDE, EM BUSCA DE TRATAMENTO, BELO HORIZONTE,
MARÇO E ABRIL, 1985

PROBLEMA DE SAÚDE (CONTINUA)	Número	%
DOENÇA DO SISTEMA CÂRDIO-VASCULAR		
1. Anemia	2	1,5
2. Pressão alta	10	7,5
3. Varize dos membros inferiores	3	2,2
4. Caimbra	1	0,8
5. Dor no coração	3	2,2
6. Palpitação	2	1,5
7. Íngua na virilia	1	0,8
DOENÇA DO SISTEMA ESQUELÉTICO		
8. Dor nas pernas	2	1,5
9. Dor na coluna	2	1,5
10. Paralisia dos membros superiores	1	0,8
11. Paralisia dos membros inferiores	3	2,2
12. Reumatismo nas articulações	4	3,0
DOENÇA DO SISTEMA GLANDULAR		
13. Hepatite	1	0,8
DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO		
14. Ataque dos nervos	14	10,6
15. Desmaio	2	1,5
16. Dor-de-cabeça	10	7,5
17. Gagueira	1	0,8

PROBLEMA DE SAÚDE (CONTINUA)	Número	%
DOENÇA DO SISTEMA GASTRO-INTESTINAL		
18. Constipação	1	0,8
19. Desidratação	2	1,5
20. Diarréia	1	0,8
21. Hérnia inguinal	2	1,5
22. Úlcera do estômago	1	0,8
23. Dor no estômago	8	6,0
24. Infecção intestinal	3	2,2
25. Hemorragia intestinal	1	0,8
DOENÇA DO SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO		
26. Inchaço	1	0,8
27. Nefrite	1	0,8
28. Gravidez	1	0,8
29. Infecção urinária	1	0,8
30. Corrimento vaginal	1	0,8
31. Menopausa	4	3,0
DOENÇA DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDO		
32. Diminuição da visão	2	1,5
33. Sinusite	2	1,5
DOENÇA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO		
34. Asma	2	1,5
35. Falta de ar	1	0,8
36. Pneumonia	1	0,8
37. Gripe	2	1,5
DOENÇA DO SISTEMA TEGUMENTAR		
38. Alergia	1	0,8
39. Dermatite	1	0,8
40. Úlcera no membro inferior	1	0,8
41. Eritema nodoso	1	0,8
42. Manchas roxas no corpo	1	0,8

PROBLEMA DE SAÚDE (CONCLUSÃO)	Número	%
DOENÇA PSICOLÓGICA		
43. Depressão	5	3,7
44. Paranóia	1	0,8
45. Perturbação mental	6	4,5
46. Obsessão	11	8,3
47. Esquecimento	1	0,8
48. Encantamento	3	2,2
TOTAL.....	132	100,0

FONTE: GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA

Observando os dados lançados na tabela 17, verificamos que o indicador "Ataque de Nervos" do problema de saúde "Doença do Sistema Nervoso" liderou os 48 indicadores levantados em entrevistas no Grupo da Fraternidade Irmã Sheila, representado por 14 pessoas (10,6%) entre as 132. Em segundo lugar tivemos "Obsessão", com 11 pessoas (8,3%), e em terceiro lugar encontramos "Pressão Alta" e "Dor-de-Cabeça", com 10 pessoas, (7,5%) respectivamente.

TABELA - 18

INDICAÇÕES PARA TRATAMENTO DAS PESSOAS QUE FREQUENTAM O GRUPO DA
FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA, PARA SOLUCIONAR O SEU PROBLEMA DE SAÚDE
BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

INDICAÇÕES	Número	%
Passe	131	31,8
Homeopatia	36	8,7
Medicamentos	63	15,3
Água Fluida	131	31,8
Evangelização	5	1,2
Prece no lar	46	11,2
TOTAL.....	412	100,0

FONTE: GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA

O "Passe e a "Água Fluida" foram as práticas de saúde mais indicadas, com 131 (31,8%) cada uma delas, dentre as 412 condutas prescritas para a população que buscou tratamento para o seu problema de saúde no Grupo da Fraternidade Irmã Sheila. Podemos afirmar ainda, que, dos 132 indivíduos entrevistados, 131 receberam o "Passe" e a "Água Fluida" como indicação, ou seja, 98,5% respectivamente. Alguns frequentadores, também, foram beneficiados com as práticas "Medicamentos" - 63 (15,3%), "Prece no Lar" - 46 (11,2%), "Homeopatia" - 36 (8,7%) e finalmente "Evangelização" - 5 (1,2%). É importante salientar que os medicamentos prescritos são à base de metionina, vitaminas, ferro, cálcio etc.

5.2.3. HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ

5.2.3.1. HISTÓRICO

Entidade de utilidade pública pelas Leis Municipal nº 1497 de 26 de junho de 1968 e Estadual nº 2060 de 8 de janeiro de 1960 e pelo Decreto Federal nº 48661 de 4 de agosto de 1960, man

têm unidades de internação e de ambulatório que oferecem à população, além das atividades clínicas, tratamento espiritual.

As consultas para o tratamento espiritual nos ambulatórios são agendadas para as quintas-feiras, de 13 às 18 horas, num total de 15 atendimentos semanais, o que corresponde a 60 mensais.

5.2.3.2. DADOS COLETADOS

As pessoas que frequentam o ambulatório do Hospital Espírita André Luiz para tratamento espiritual apresentaram as seguintes características:

TABELA - 19

FREQUENTADORES DO HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ, EM BUSCA DE TRATAMENTO ESPIRITUAL, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, BELO HORIZONTE, ABRIL, 1985

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	Número
0 ———— 12	-
12 ———— 20	1
20 ———— 40	4
40 e mais	3
TOTAL.....	8

FONTE: HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ

Observando os dados acima, vemos que a população da faixa etária de 20 inclusive a 40 anos exclusive, 4 pessoas do total de 8, foi o grupo que mais buscou assistência à saúde, no ambulatório do Hospital Espírita André Luiz. Em segundo lugar ficou o grupo de 40 anos e mais, com 3 pessoas, e em terceiro o de 12 inclusive a 20 anos exclusive, com uma pessoa. O grupo da faixa etária de 0 a 12 anos exclusive não teve representante na procura de tratamento espiritual no referido hospital.

TABELA - 20

"
FREQUENTADORES DO HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ, EM BUSCA DE TRATA-
MENTO ESPIRITUAL, SEGUNDO O SEXO, BELO HORIZONTE, ABRIL, 1985

SEXO	Número
Feminino	3
Masculino	5
TOTAL.....	8

FONTE: HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ

O comportamento dos dados da tabela 20 nos mostra uma faceta diferente, onde o grupo do sexo masculino, 5 pessoas em um total de 8, procurou mais o tratamento espiritual no ambulatório do Hospital Espírita André Luiz.

TABELA - 21

"
FREQUENTADORES DO HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ PARA TRATAMENTO
ESPIRITUAL, SEGUNDO A RENDA FAMILIAR, BELO HORIZONTE, ABRIL, 1985

RENDA FAMILIAR (SALÁRIO MÍNIMO)	Número
0 ——— 3	5
3 ——— 10	3
10 ——— 20	-
20 e mais	-
TOTAL.....	8

FONTE: HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ

No que diz respeito à renda familiar, o grupo de 0 a 3 salários mínimos exclusive foi o que teve mais acesso ao tratamento espiritual no ambulatório do Hospital Espírita André Luiz com 5 pessoas num total de 8 e em segundo lugar a representatividade ficou com a população de 3 inclusive a 10 salários mínimos exclusive, com 3 pessoas.

TABELA - 22

"
FREQUENTADORES DO HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ PARA TRATAMENTO
ESPIRITUAL, SEGUNDO A INSTRUÇÃO, BELO HORIZONTE, ABRIL, 1985

INSTRUÇÃO	Número
Analfabeto	2
Educação Primária	4
Educação Secundária	1
Educação Superior	1
TOTAL.....	8

FONTE: HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ

Os dados relativos ao nível de instrução nos mostram que as pessoas com educação primária, 4 em um total de 8, foram as que mais procuraram o tratamento espiritual no ambulatório do Hospital Espírita André Luiz; o grupo de analfabetos ficou em segundo lugar com 2 pessoas e em terceiro ficaram os grupos de educação secundária e superior, com uma pessoa, respectivamente.

TABELA - 23

FREQUENTADORES DO HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ, SEGUNDO O PROBLEMA DE SAÚDE, PARA TRATAMENTO ESPIRITUAL, BELO HORIZONTE, ABRIL, 1985

PROBLEMA DE SAÚDE	Número
Ataque de Nervos	3
Epilepsia	1
Depressão	4
TOTAL.....	8

FONTE: HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ

Observamos que os dados que registraram os problemas de saúde apresentam a "Depressão" - indicador de "Doença Psicológica" como o responsável pela maior procura da população pelo tratamento espiritual no ambulatório do Hospital Espírita André Luiz entre 3 indicadores com 4 pessoas, em um número total de 8. Em segundo lugar ficou "Ataque de Nervos", com 3 pessoas, e a "Epilepsia" em terceiro, com somente uma pessoa.

TABELA - 24

INDICAÇÕES PARA TRATAMENTO DAS PESSOAS QUE FREQUENTAM O HOSPITAL
ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ, PARA SOLUCIONAR O SEU PROBLEMA DE SAÚDE,
BELO HORIZONTE, ABRIL, 1985

INDICAÇÕES PARA TRATAMENTO	Número
Passe	8
Água Fluida	8
Evangelização	4
Orações	2
Frequentar as reuniões espíritas	2
TOTAL.....	24

FONTE; HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ

Em relação às indicações para tratamento, o "Passe" e a "Água Fluida" foram as práticas prescritas para todos que foram ao Hospital Espírita André Luiz, 100,0% dos entrevistados, com 8 condutas cada uma delas, entre as 24 recomendadas. Alguns dos frequentadores também recebem, ainda, prescrição de "Evangelização", com 4 indicações, e "Orações" e "Frequentar Reuniões Espíritas", com 2 condutas, respectivamente.

5.2.4. CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO

5.2.4.1. HISTÓRICO

Esta instituição Comunitária, conforme informação da responsável, não possui legislação que a declare como de utilidade pública; atende à população para consulta diariamente em uma sala com um altar contendo vários santos, entre eles São Sebastião, São Cosme e São Damião, bem como algumas estátuas de pretos velhos, orixás etc, sendo cobrado das pessoas aquilo que têm condições de pagar. O tratamento é realizado à noite, às segundas, quartas e sextas-feiras, de 8 às 10 horas, em sessões públicas.

O culto é constituído de três partes: a primeira, chamada preparatória, quando são realizados os rituais à base de danças ao som de tambores, defumações e apresentação dos membros da equipe à mãe-de-santo; a segunda etapa é a de tratamento; a mãe-de-santo, juntamente com sua equipe, pede permissão a Deus para dar início aos trabalhos da noite; passa-se ao banho de limpeza espiritual, popularmente chamado de banho de descarrego, que é um ritual em que os médiuns formam uma corrente através das mãos dadas, tendo a pessoa que procura o tratamento fazendo parte desta corrente e em seguida é submetida a um ritual cujos movimentos se assemelham àqueles que são feitos no ato da pessoa ao banhar-se; após este ritual segue-se outro que é o "passe", quando o médium, em oração, realiza vários movimentos em torno da pessoa, orientando também o indivíduo a fazer orações e defumações a domicílio para completar o tratamento; durante esta fase, a equipe, todos vestidos de branco, mãe-de-santo e médium mantêm um cachimbo aceso para constante defumação do ambiente e defesa do próprio médium; finalmente a terceira fase, que é a de agradecimento, relaxamento e conagração da equipe.

Os participantes são mantidos sentados, sem cruzar as pernas e os braços para não dificultar os trabalhos das entidades espirituais, levantando-se apenas em reverência à mãe-de-santo e na hora da defumação feita em cada participante do culto.

O local onde se realiza a cerimônia é decorado com imagens de santos, estátuas de Iemanjá e pretos velhos.

5.2.4.2. DADOS COLETADOS

Os dados coletados nesta instituição apresentaram o seguinte panorama:

TABELA - 25

"
FREQUENTADORES DO CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO, SEGUNDO O GRUPO
ETÁRIO, EM BUSCA DE SOLUÇÃO PARA O SEU PROBLEMA DE SAÚDE
BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	Número
0 ——— 12	2
12 ——— 20	7
20 ——— 40	14
40 e mais	5
TOTAL.....	28

FONTE: CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO

A população que frequentou o Centro de Umbanda São Se**bastião** para solucionar o seu problema de saúde situou-se mais na faixa etária de 20 inclusive a 40 anos exclusive, com 14 **pes**soas em um total de 28. O grupo de 12 inclusive a 20 anos **exclusi**ve ficou em segundo lugar com 7 pessoas; em terceiro, o grupo de 40 anos e mais com 5 e enquanto o de 0 a 12 anos exclusive com 2 **pes**soas.

TABELA - 26

"
FREQUENTADORES DO CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO, SEGUNDO O SEXO
EM BUSCA DE SOLUÇÃO PARA O SEU TRATAMENTO DE SAÚDE, BELO HORIZONTE
MARÇO E ABRIL, 1985

SEXO	Número
Feminino	18
Masculino	10
TOTAL.....	28

FONTE: CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO

Os dados da população que frequenta o Centro de Umbanda São Sebastião para tratamento de saúde, relativos ao sexo, nos mostram que o grupo feminino ocupa o primeiro lugar, com 18 indivíduos em um total de 28.

TABELA - 27

"
FREQUENTADORES DO CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO, SEGUNDO A RENDA
FAMILIAR, EM BUSCA DE TRATAMENTO PARA O SEU PROBLEMA DE SAÚDE
BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

RENDA FAMILIAR (SALÁRIO MÍNIMO)	Número
0 — 3	22
3 — 10	4
10 — 20	2
20 e mais	-
TOTAL.....	28

FONTE: CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO

Com relação à renda familiar, os dados registrados na tabela 27 nos demonstram que o grupo da faixa de 0 a 3 salários mínimos, exclusive, com 22 indivíduos em um total de 28, representou a população que mais frequentou o Centro de Umbanda São Sebastião; em seguida tivemos o grupo de 3 a 10 salários mínimos exclusive, com 4 indivíduos e em terceiro lugar o de 10 inclusive a 20 salários mínimos exclusive, com 2 indivíduos. O grupo de 20 salários mínimos e mais não foi representado no acesso a esta instituição comunitária.

TABELA - 28

"
FREQUENTADORES DO CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO SEGUNDO A INSTRUÇÃO, EM BUSCA DE TRATAMENTO PARA O SEU PROBLEMA DE SAÚDE ,
BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

INSTRUÇÃO	Número
Analfabeta	-
Educação Primária	21
Educação Secundária	5
Educação Superior	-
TOTAL.....	26*

FONTE: CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO

* Deixaram de constar no total desta tabela, 2 indivíduos menores na faixa de 0 a 7 anos inclusive, por não terem condições de definir o seu nível de instrução.

Verificamos através dos dados consignados na tabela 28 que a população que frequenta o Centro de Umbanda São Sebastião se situa no grupo de educação primária com 21 pessoas das 28 entrevistadas; em segundo lugar tivemos o grupo de educação secundária, com 5, e os grupos de analfabetos e de educação superior não tiveram representantes na população que procurou o referido cen

tro. Dois indivíduos da faixa de idade de 0 a 7 anos inclusive deixaram de constar, por não se enquadrarem na referida classificação.

TABELA - 29

"
FREQÜENTADORES DO CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO, SEGUNDO O
PROBLEMA DE SAÚDE, EM BUSCA DE TRATAMENTO, BELO HORIZONTE,
MARÇO E ABRIL, 1985

PROBLEMA DE SAÚDE (CONTINUA)	Número
DOENÇA DO SISTEMA CÂRDIO-VASCULAR	
1. Varizes dos membros inferiores	1
DOENÇA DO SISTEMA ESQUELÉTICO	
2. Reumatismo nas articulações	1
DOENÇA DO SISTEMA GASTRO-INTESTINAL	
3. Moniliase	1
DOENÇA DO SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO	
4. Gravidez	2
5. Inchaço (edema)	1
DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO	
6. Ataque de nervos	2
7. Desmaio	1
8. Dor-de-cabeça	1
9. Tremores	1
DOENÇA DO SISTEMA TEGUMENTAR	
10. Alergia	1

PROBLEMA DE SAÚDE (CONCLUSÃO)	Número
DOENÇA PSICOLÓGICA	
11. Depressão	1
12. Encantamentos	15
TOTAL.....	28

FONTE: CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO

Na variável problema de saúde, "Encantamentos", de "Doença Psicológica", foi o indicador, dentre os 12 levantados, que a população mais salientou na entrevista realizada no Centro de Umbanda São Sebastião, com 15 pessoas, e em segundo lugar tivemos "Gravidez" e "Ataque de Nervos", com 2 representantes, respectivamente.

TABELA - 30

INDICAÇÕES PARA TRATAMENTO DAS PESSOAS QUE BUSCAM O CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO, PARA SOLUÇÃO DE SEU PROBLEMA DE SAÚDE, BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

INDICAÇÕES	Número
Banho de Limpeza	28
Passe	28
Oração	12
Defumação	19
TOTAL.....	87

FONTE: CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO

Em relação às condutas orientadas para tratamento do problema de saúde, o "Banho de Limpeza" ou de "Descarrego" e o "Passe" foram as práticas indicadas para todos os frequentadores do Centro de Umbanda São Sebastião, 100,0% dos entrevistados, com 28 indicações cada uma, entre as 87 levantadas. Algumas pessoas deste grupo estudado também foram beneficiadas com as práticas "Defumação" - 19 pessoas - e "Oração" - 12 no total de indicações.

5.2.5. IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

5.2.5.1. HISTÓRICO

Realiza cerimônias religiosas públicas diariamente de segunda-feira a domingo com 3 (três) cultos diários, e algumas das práticas de cura são executadas durante o culto; além disto o pastor realiza pregações através da Rádio Cultura todos os dias, 5 horas e trinta minutos da manhã, quando também entrevista fiéis, pertencentes à religião, que dão testemunho das curas obtidas; no encerramento da pregação é feita uma oração, quando as pessoas colocam em cima do rádio um copo cheio de água para ser benta.

5.2.5.2. DADOS COLETADOS

Os dados coletados na Igreja Pentecostal "Deus é Amor" nos mostraram a situação abaixo relacionada:

TABELA - 31

FREQUENTADORES DA IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR", SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, EM BUSCA DE SOLUÇÃO PARA SEU PROBLEMA DE SAÚDE, BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	Número
0 ——— 12	4
12 ——— 20	4
20 ——— 40	20
40 é mais	27
TOTAL.....	55

FONTE: IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

Os dados referendados acima mostram que a população de faixa etária de 40 anos e mais teve maior representatividade no grupo de frequentadores da Igreja Pentecostal "Deus é Amor", com 27 pessoas num total de 55 entrevistados. Em segundo lugar tivemos o grupo de 20 inclusive a 40 anos exclusive, com 20 pessoas e em terceiro os de 0 a 12 anos exclusive, e 12 inclusive a 20 anos exclusive, com 4 indivíduos.

TABELA - 32

"
FREQUENTADORES DA IGREJA PENTECOSTALISTA "DEUS É AMOR", SEGUNDO
O SEXO, EM BUSCA DE SOLUÇÃO PARA O SEU PROBLEMA DE SAÚDE,
BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

SEXO	Número
Feminino	41
Masculino	14
TOTAL.....	55

FONTE: IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR".

Em relação ao sexo, os dados nos registram que o grupo do sexo feminino procurou mais a Igreja Pentecostal "Deus é Amor" para solucionar os problemas de saúde, com 41 pessoas num total de 55.

TABELA - 33

"
FREQÜENTADORES DA IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR", SEGUNDO A
RENDA FAMILIAR, EM BUSCA DE SOLUÇÃO PARA O SEU PROBLEMA DE
SAÚDE, BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

RENDA FAMILIAR (SALÁRIO MÍNIMO)	Número
0 ——— 3	44
3 ——— 10	11
10 ——— 20	-
20 e mais	-
TOTAL.....	55

FONTE: IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

Os dados coletados sobre a renda familiar do grupo que frequenta a Igreja Pentecostal "Deus é Amor" nos demonstram que a população da faixa de 0 a 3 salários mínimos, exclusive, ocupou o primeiro lugar, com 44 indivíduos em um total de 55 entrevistados, ficando em segundo lugar o de 3 inclusive a 10 salários mínimos, exclusive, com 11 pessoas. Os dois grupos de 10 inclusive a 20 exclusive e 20 e mais salários mínimos, não contribuíram com representantes na pesquisa.

TABELA - 34

FREQUENTADORES DA IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR", SEGUNDO A INSTRUÇÃO, EM BUSCA DE SOLUÇÃO PARA O SEU PROBLEMA DE SAÚDE, BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

INSTRUÇÃO	Número
Analfabeta	9
Educação Primária	35
Educação Secundária	7
Educação Superior	-
TOTAL.....	51*

FONTE: IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

* Quatro indivíduos menores de 0 a 7 anos inclusive não constaram do total, uma vez que não se enquadraram em nenhuma das classificações acima.

No que diz respeito ao nível de instrução, observamos que os dados acima registraram a "educação primária" como o grupo de maior representatividade entre os frequentadores da Igreja Pentecostal "Deus é Amor", com 35 pessoas do total de 55 estudadas, ficando em segundo lugar o analfabeto, com 9 pessoas, e em terceiro o de "educação secundária", com 7. O grupo "educação superior" não teve elementos participantes entre os entrevistados e deixaram de constar do total 4 menores da faixa de 0 a 7 anos inclusive, que não se enquadraram na classificação proposta.

TABELA - 35

FREQUENTADORES DA IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR", SEGUNDO O
PROBLEMA DE SAÚDE, EM BUSCA DE TRATAMENTO DE SAÚDE,
BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

PROBLEMA DE SAÚDE (CONTINUA)	Número
DOENÇA DO SISTEMA CÂRDIO-VASCULAR	
1. Anemia	2
2. Coração grande	1
3. Pressão Alta	2
4. Varize do membro inferior	1
5. Palpitação	2
6. Problema circulatório	1
7. Disritmia cardíaca	1
8. Dor no coração	1
9. Lesão da mitral	1
DOENÇA DO SISTEMA ESQUELÉTICO	
10. Dor na coluna	2
11. Reumatismo nas articulações	2
DOENÇA DO SISTEMA GLANDULAR	
12. Câncer de fígado	1
13. Diabetes	1
14. Hepatite	1
DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO	
15. Ataque dos nervos	4
16. Desmaio	2
DOENÇA DO SISTEMA GASTRO-INTESTINAL	
17. Câncer de estômago	1
18. Hemorragia	1
19. Hérnia inguinal	2
20. Úlcera de estômago	1
21. Úlcera do duodeno	1
22. Dor de estômago	4

PROBLEMA DE SAÚDE (CONCLUSÃO)	Número
DOENÇA DO SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO	
23. Câncer do útero	1
24. Inflamação da próstata	1
25. Nefrite	1
26. Cólica renal	1
27. Cistite	1
DOENÇA DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS	
28. Diminuição da visão	2
29. Sinusite	1
DOENÇA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO	
30. Pneumonia	2
31. Ferida no nariz	2
32. Gripe	2
33. Hemorragia nasal	1
DOENÇA DO SISTEMA TEGUMENTAR	
34. Dermatite	1
35. Úlcera varicosa M.I.	1
DOENÇA PSICOLÓGICA	
36. Depressão	1
37. Perturbação mental	1
38. Obsessão	1
TOTAL.....	55

FONTE: IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

No que tange aos problemas de saúde, os dados assinalaram que "Ataque de Nervos" e "Dor no Estômago" foram os indicadores que mais levaram a população a procurar ajuda na Igreja Pentecostal "Deus é Amor" para solucionar o seu problema de saúde, com 4 elementos cada um, dos 27 indicadores levantados entre as pessoas entrevistadas.

TABELA - 36

INDICAÇÕES PARA TRATAMENTO DAS PESSOAS QUE FREQUENTAM A IGREJA
PENTECOSTAL "DEUS É AMOR", EM BUSCA DE SOLUÇÃO PARA SEU PROBLEMA
DE SAÚDE, BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

INDICAÇÕES	Número	%
Revelação	25	12,3
Oração	55	27,1
Unção com óleo	2	1,0
Campanha de 7 dias de oração	55	27,1
Imposição das mãos	55	27,1
Libertação	1	0,5
Água benta em cima do rádio	10	4,9
TOTAL.....	203	100,0

FONTE: IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

As condutas mais indicadas para tratamento, conforme verificamos através dos dados acima, foram as práticas "Campanha de 7 dias de Oração", "Imposição das Mãos" e "Oração". Todos os frequentadores da Igreja Pentecostal "Deus é Amor", 100,0% dos entrevistados, foram beneficiados com estas três práticas, com 55 indicações (27,1%) das 203 prescritas. Além destas práticas a população recebeu orientação para realizar a "Revelação" - 25 indicações - (12,3%), utilizar "Água Benta" - 10 (4,9%), "Unção com Óleo" - 2 (1,0%) e "Libertação" - 1 (0,5%).

5.2.6. CLÍNICA MENS SANA

Selecionada para coleta de dados, representando um grupo católico, não nos permitiu ter acesso aos seus pacientes, uma vez que seu Presidente considerou a sua filosofia de trabalho fora dos objetivos de nossa pesquisa.

A referida clínica pertence à Associação Mens Sana, com sede em São Paulo, tem como filosofia de tratamento "o método da

terapia noossofrológica", criado e sistematizado pelo Frei Albino Aresi. É uma terapia de homem integral que abarca o ser humano em seus problemas psicológicos, psicofisiológicos e psiconoológicos, respeitando em cada uma destas áreas a especificidade diante do todo humano. O método da terapia noossofrológica visa à reestruturação do equilíbrio interno ou "endopsíquico", supondo para tanto a hierarquia de valores intrínsecos, onde o nível vegetativo e o animal, o físico e o fisiológico existem em função do racional do humano, que por sua vez busca respostas na transcendentalidade. Parte da mente humana, do desenvolvimento deste potencial e através dela proporcionar a harmonia de todas as tendências do homem que culminam com a auto-realização. Tem como referência o homem, cujas procuras existenciais encontram respostas finais em Deus e na revelação de Cristo.

O método de terapia noossofrológica age através de uma técnica denominada "climacoterapia", que consiste na regressão etária sistemática com dessensibilização imediata de traumas inconscientes que interferem no comportamento consciente. O paciente em estado de relaxamento profundo participa do diagnóstico e da dessensibilização, identificando ele próprio, com a ajuda do terapeuta, a origem básica de suas manifestações psicossomáticas. Leva o indivíduo à autodescoberta, à auto-interpretação e à auto-reformulação, gerando um clima de segurança e convicção em relação à verdadeira causa primeira de toda uma cadeia de seus problemas e sobre a forma correta de reagir, reduzindo a um mínimo de reincidências a eliminação dos "círculos viciosos" de terapia sucessivas.

O método de terapia noossofrológica, além de seu processo próprio, utiliza-se de conhecimentos de várias áreas. É exclusivo das clínicas Frei Albino e conta com recursos humanos profissionais e não profissionais, inclusive elementos religiosos previamente tratados e treinados.

As pessoas a serem tratadas pelo MTN podem ser classificadas em quatro grupos:

- As pessoas relativamente sadias, que não se queixam de nenhum problema físico ou psíquico significativo, mas que se sentem deprimidas, cansadas, desanimadas, por enfrentarem situações estressantes ou que perderam por algum motivo a razão de viver, não vêem mais sentido no que fazer.

- Os doentes psíquicos como os neuróticos, os psicóticos, os deficientes mentais, os mongolóides; nestes os tratamentos são feitos indiretamente, através do inconsciente da mãe.
- Os doentes físicos que durante o tratamento recebem também um treinamento em termos de atuação psíquica sobre seu próprio organismo, no sentido de auxiliá-lo a melhorar o seu funcionamento e a recuperação da saúde.
- Os psicossomáticos, constituindo a maioria dos pacientes, pois dificilmente um psiquismo doente deixa de manifestar-se fisicamente e vice-versa. O homem é um todo pois age, vive e sofre como um todo e a terapia que trata só do físico ou só do psiquismo é parcial e incompleta. O método de terapia noossofrológica trata do homem integral, de todas as suas áreas, mesmo que o problema se apresente como apenas físico, psíquico ou moral-religioso. Os seguidores deste método afirmam que, basicamente não há limites para tipos de "doenças" a serem tratadas eficientemente pelo método de terapia noossofrológica, mas há limites quanto a "doentes"; portanto, é essencial que o paciente queira realmente curar-se.

"

As pessoas que frequentam a clínica Mens Sana são os indivíduos portadores de: ansiedade, angustia, insônia, depressões, estafa mental, esgotamento nervoso, desajustamento familiar, social, profissional, problemas renais, digestivos, glandulares, sexuais, asma, bronquites, hipoglicemia, hipertensão, obesidade, ulcerações crônicas, disritmia cerebral, enurese, e sequelas físicas, mentais e sociais. Têm acesso, ainda, à clínica os indivíduos alcoolatras, toxicômanos, homossexuais, esquisofrênicos, paranoicos, maníacos depressivos e os doentes físicos ou psicossomáticos dos como incuráveis.

O tratamento básico pelo método de terapia noossofrológica envolve as seguintes etapas:

- inicialmente o paciente é submetido a uma triagem médica e depois é encaminhado ao terapeuta mais adequado para o caso:
- em uma segunda etapa o paciente é submetido ao "psico relax" de 8 a 10 sessões; é um aparelho criado no laboratório da Associação Mens Sana que age por suave

vibração sobre a área subcortical do cérebro, sobre as conexões internacionais. É a eletroterapia conjugada com a sugestioterapia, a cromoterapia e a musicoterapia, que induz o paciente ao relaxamento neuromuscular e ao afloramento do inconsciente, preparando-o para a "regressão de idade";

- na terceira etapa o paciente é submetido a consultas com psicólogo, quando é feita a anamnese;
- a quarta etapa é dedicada à aplicação do "psicotrons" aparelho de colchão vibrador, equipamento de som;
- a quinta fase é a "climacoterapia", quando se processa a "regressão de idade" sistemática até o momento da concepção, conjugada à terapia imediata de traumas aflorados. Inicia-se a regressão por uma idade mais elevada, pela faixa etária onde a memória consciente ainda está fortemente presente, auxiliando o paciente na aprendizagem gradativa da leitura e visualização de seu inconsciente.

Outros recursos poderão ser utilizados como auxiliares no tratamento, como a sonoterapia, as massagens de relaxamento e outros aparelhos que se fizerem necessários.

Após o tratamento que dura de dois a três meses, o paciente é submetido a controle um mês após a alta e um ano depois desta data.

Em casos de cura de doenças físicas ou psíquicas incuráveis, o paciente é chamado também cinco anos após para reavaliação e alta definitiva.

De acordo com dados levantados pela própria clínica, para 40.000 (quarenta mil) casos tratados até 1970, obteve-se 92,0% de curas definitivas, com tratamento de 15 a 25 sessões.

5.3. RESULTADOS GLOBAIS DA PESQUISA

Objetivando obter uma visão global do estudo realizado nas Instituições Tradicionais Comunitárias e observar se houve alguma mudança no comportamento dos dados levantados, fizemos uma fusão destes dados e como resultado tivemos o seguinte:

TABELA - 37

"
FREQÜENTADORES DAS INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS COMUNITÁRIAS, EM
BUSCA DE TRATAMENTO, SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO, BELO HORIZONTE, 1985

GRUPO ETÁRIO (ANOS)	Número	%
0 ——— 12	32	8,2
12 ——— 20	36	9,7
20 ——— 40	148	36,8
40 e mais	184	45,3
TOTAL.....	400	100,0

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA/GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ
SHEILA/HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ/CENTRO DE UM
BANDA SÃO SEBASTIÃO/IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

TABELA - 38

"
FREQÜENTADORES DAS INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS COMUNITÁRIAS, EM
BUSCA DE TRATAMENTO, SEGUNDO O SEXO, BELO HORIZONTE, 1985

SEXO	Número	%
Feminino	282	70,5
Masculino	118	29,5
TOTAL.....	400	100,0

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA/GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ
SHEILA/HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ/CENTRO DE UM
BANDA SÃO SEBASTIÃO/IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

TABELA - 39

"
FREQÜENTADORES DAS INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS COMUNITÁRIAS, SEGUNDO
A IDADE E O SEXO, BELO HORIZONTE, MARÇO E ABRIL, 1985

IDADE \ SEXO	MASCULINO		FEMININO		T O T A L	
	Número	%	Número	%	Número	%
0 ——— 12	19	16,0	17	6,2	36	9,0
12 ——— 20	12	10,2	22	8,0	34	8,5
20 ——— 40	43	36,5	106	38,5	149	37,3
40 anos e mais	44	37,3	137	47,3	181	45,2
TOTAL.....	118	100,0	282	100,0	400	100,0

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA/GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ SHEILA/HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ/CENTRO DE UM BANDA SÃO SEBASTIÃO/IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR".

Os dados relativos ao grupo etário mostram que a população que frequenta as instituições tradicionais comunitárias em busca de solução para o seu problema de saúde se situou mais na faixa etária de 40 anos e mais com 184 indivíduos (45,3%) num total de 400, ficando em segundo lugar a faixa etária de 20 anos, inclusive, a 40 anos exclusive, com 148 pessoas (36,8%). O estudo dos dados em separado nos assinalou que em 2 instituições a representatividade se situou no grupo etário de 40 anos e mais, e nas outras 3 ficou no grupo de idade de 20 anos inclusive a 40 anos exclusive.

Já os dados referentes ao sexo apresentaram o mesmo comportamento dos anteriores, tendo como população representativa a do grupo feminino, com 282 pessoas (70,5%) em 400 entrevistados nas 5 instituições estudadas, apesar do estudo no Hospital Espírita André Luiz ter o grupo masculino como predominante.

Realizando um estudo conjunto com as variáveis idade e sexo nós observamos que os frequentadores mais assíduos às instituições tradicionais comunitárias, são os elementos do sexo feminino na faixa etária de 40 anos e mais, com 181 mulheres(45,2%), ficando em segundo lugar os da faixa etária de 20 anos, inclusive, a 40 anos exclusiva, com 149 mulheres, correspondendo a 37,3% do total de entrevistados.

TABELA - 40

FREQUENTADORES DAS INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS COMUNITÁRIAS, EM BUSCA DE TRATAMENTO, SEGUNDO RENDA FAMILIAR, BELO HORIZONTE, 1985.

RENDA FAMILIAR (SALÁRIO MÍNIMO)	Número	%
0 ——— 3	279	69,8
3 ——— 10	104	26,0
10 ——— 20	16	4,0
20 e mais	1	0,2
TOTAL.....	400	100,0

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA/GRUPO DA FRATERNIDADE
IRMÃ SHEILA/HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ/
CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO
IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

TABELA - 41

"
FREQUENTADORES DAS INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS COMUNITÁRIAS, EM BUSCA
DE TRATAMENTO, SEGUNDO INSTRUÇÃO, BELO HORIZONTE, 1985

INSTRUÇÃO	Número	%
Analfabeta	47	11,7
Educação Primária	233	58,2
Educação Secundária	73	18,3
Educação Superior	19	4,8
TOTAL.....	372*	93,0*

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA/GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ
 SHEILA/HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ/CENTRO DE UM
 BANDA SÃO SEBASTIÃO/IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

* Na soma total dos dados deixaram de constar 28 elementos
 (7,0%) de 0 a 7 anos, por não se enquadrarem na classifi-
 cação da variável "instrução".

Estudando os dados das tabelas 40 e 41 vamos observar que:

- a população de "renda familiar" de 0 a 3 salários mínimos,
 exclusive, predominou entre os frequentadores das instituições
 tradicionais comunitárias com 279 indivíduos, correspondendo a
 69,8%, mantendo o mesmo comportamento dos dados isolados em cada
 uma das instituições estudadas. Em segundo lugar ficou o grupo da
 faixa de 3, inclusive a 10 salários mínimos, exclusive, com 104
 elementos (26,0%). As faixas de 10, inclusive a 20 salários míni-
 mos, exclusive e de 20 e mais salários mínimos, também tiveram
 seus representantes com 16 (4,0%) e 1 (0,2%) elementos, respecti-
 vamente;

- a população de "educação primária", 233 (58,2%) num total
 de 400, foi a que mais buscou assistência para solucionar o seu
 problema de saúde, nas instituições tradicionais comunitárias, ten-
 do sido observada a mesma situação dos dados anteriores de cada
 uma das instituições selecionadas. Em segundo lugar ficou o grupo
 de "educação secundária", com 73 pessoas (18,3%), em terceiro o
 grupo de "analfabeto", com 47 (11,8%) e em quarto os de "educação
 superior," com 19 elementos (4,8%).

Em 3 das instituições tradicionais comunitárias o grupo de "educação secundária" ficou em segundo lugar e em 2 o grupo de "analfabeto".

Na soma total dos dados deixaram de constar 28 elementos (7,0%) de 0 a 7 anos, por não se enquadrarem na classificação da variável "instrução".

TABELA - 42

"
FREQÜENTADORES DAS INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS COMUNITÁRIAS, EM BUSCA
DE TRATAMENTO PARA O SEU PROBLEMA DE SAÚDE, BELO HORIZONTE, 1985

PROBLEMA DE SAÚDE (CONTINUA)	Número	%
DOENÇA DO SISTEMA CÁRDIO-VASCULAR		
1. Anemia	8	2,0
2. Coração grande	1	0,2
3. Pressão alta	23	5,8
4. Reumatismo cardíaco	1	0,2
5. Varize dos membros inferiores	5	1,3
6. Palpitação	5	1,3
7. Problema circulatório	2	0,5
8. Caimbra	1	0,2
9. Dor no coração	4	1,0
10. Disritmia cardíaca	1	0,2
11. Lesão da mitral	1	0,2
12. Íngua na virilia	1	0,2
DOENÇA DO SISTEMA ESQUELÉTICO		
13. Dor nas pernas	2	0,5
14. Dor nos pés	2	0,5
15. Dor na coluna	19	4,8
16. Paralisia dos membros superiores	2	0,5
17. Paralisia dos membros inferiores	6	1,5
18. Reumatismo nas articulações	14	3,5

PROBLEMA DE SAÚDE (CONTINUA)	Número	%
DOENÇA DO SISTEMA GLANDULAR		
19. Câncer de fígado	1	0,2
20. Diabetes	4	1,0
21. Hepatite	4	1,0
22. Obesidade	1	0,2
23. Dor na mama	1	0,2
24. Câncer da mama	1	0,2
25. Inflamação do baço	1	0,2
26. Cálculo da vesícula	1	0,2
DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO		
27. Ataque dos nervos	34	8,5
28. Desmaio	6	1,5
29. Dor-de-cabeça	22	5,5
30. Tremores	2	0,5
31. Insônia	2	0,5
32. Epilepsia	2	0,5
33. Gagueira	1	0,2
DOENÇA DO SISTEMA GASTRO-INTESTINAL		
34. Câncer do estômago	1	0,2
35. Constipação	1	0,2
36. Desidratação	2	0,5
37. Diarréia	2	0,5
38. Empacho	3	0,8
39. Hérnia inguinal	4	1,0
40. Hemorróida	1	0,2
41. Úlcera de estômago	5	1,3
42. Úlcera de duodeno	3	0,8
43. Dor no estômago	23	5,8
44. Verminose	1	0,2
45. Infecção intestinal	3	0,8
46. Hemorragia intestinal	1	0,2
47. Moniliase	1	0,2

PROBLEMA DE SAÚDE (CONTINUA)	Número	%
DOENÇA DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS		
48. Diminuição da visão	9	2,3
49. Sinusite	4	1,0
50. Hemorragia nasal	1	0,2
DOENÇA DO SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO		
51. Câncer de útero	1	0,3
52. Esterilidade	1	0,3
53. Inflamação da próstata	3	0,8
54. Inchaço (edema)	5	1,3
55. Nefrite	3	0,8
56. Venérea	1	0,3
57. Gravidez	5	1,3
58. Infecção urinária	1	0,3
59. Corrimento vaginal	1	0,3
60. Menopausa	6	1,5
61. Coceira na vagina	1	0,3
62. Cistite	3	0,8
63. Cólica renal	2	0,5
64. Distúrbio menstrual	1	0,3
65. Inflamação do útero	1	0,3
66. Inflamação do ovário	1	0,3
DOENÇA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO		
67. Asma	4	1,0
68. Bronquite	3	0,8
69. Enfisema	1	0,2
70. Falta de ar	1	0,2
71. Pneumonia	4	1,0
72. Gripe	9	2,3
73. Ferida no nariz	2	0,5
74. Hemorragia nasal	1	0,2

PROBLEMA DE SAÚDE (CONCLUSÃO)	Número	%
DOENÇA DO SISTEMA TEGUMENTAR		
75. Alergia	3	0,8
76. Dermatite	6	1,5
77. Úlcera no membro inferior	2	0,5
78. Ferida	1	0,2
79. Intoxicação	2	0,5
80. Eritema nodoso	1	0,2
81. Manchas roxas no corpo	1	0,2
DOENÇA PSICOLÓGICA		
82. Depressão	24	6,0
83. Espanto	1	0,2
84. Feitiço	1	0,2
85. Mau-olhado	1	0,2
86. Perturbação mental	10	2,6
87. Obsessão	19	4,8
88. Alcoolismo	1	0,2
89. Esquecimento	1	0,2
90. Encantamentos	18	4,6
91. Paranóia	1	0,2
TOTAL.....	400	100,0

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA/GRUPO DA FRATERNIDADE
IRMÃ SHEILA/HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ
CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO
IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

Atentando para os dados sobre problemas de saúde registrados na tabela 42, podemos descrever que:

- "Ataque de Nervos", com 34 elementos (8,5%), dos 91 assinalados, foi o indicador de "Doença do Sistema Nervoso" mais apontado pela população que a levou a buscar ajuda nas instituições tradicionais comunitárias;

- em segundo lugar ficou o indicador "Depressão", com 24 pessoas (6,0%), como responsável pelo encaminhamento da população às referidas instituições;
- em terceiro encontramos os indicadores "Dor no estômago" e "Pressão Alta", com 23 elementos (5,8%);
- em quarto observamos o indicador "Dor-de-Cabeça", com 22 pessoas (5,5%);
- e finalmente em quinto e sexto lugares apareceram os indicadores "Obsessão", com 19 elementos (4,8%) e "Encantamento", com 18 (4,6%).

Na análise dos dados coletados nas Instituições Tradicionais Comunitárias, os indicadores narrados acima constaram como os que mais levaram a população a buscar "cura" nas referidas instituições, porém não na sequência anotada narrada; em umas, alguns deles apareceram situados em primeiro plano e em outras em segundo e até terceiro lugar e vice-versa.

Dos problemas mencionados, a "Obsessão" é o único totalmente desconhecido pela medicina oficial.

A obsessão se caracteriza, segundo PIRES (79), pela ação de entidades espirituais inferiores sobre o psiquismo humano. JACINTO (42) diz que "do mesmo modo que as doenças resultam das imperfeições físicas, que tornam o corpo acessível às perniciosas influências exteriores, a obsessão é sempre resultado de uma imperfeição moral que dá acesso a um espírito mau".

Para PIRES (79), as causas da obsessão decorrem de vários fatores, dos quais os mais frequentes são: problema reencarnatório, tendências viciosas, egoísmo excessivo, ambições desmedidas, aversão a certas pessoas, ódio, sentimento de vingança, futilidade, vaidade exagerada, apego ao dinheiro. Afirma ainda que as obsessões não se verificam apenas no plano psicológico, mas também na patologia geral; sintomas de doenças infecciosas são transmitidas por entidades espirituais doentes a pessoas sãs; o espírito transfere à vítima, geralmente sem o saber, os sintomas da doença que o levou à morte e que persistem no seu perispírito ou corpo espiritual; o tratamento e cura dos pseudo-doentes se dá com o simples afastamento das entidades enfêrmicas infestadoras. Este tratamento deve ser feito sob orientação daqueles que tenham conhecimento profundo da doutrina espírita e complementado pelo auto-cura através da oração e reformulação do conceito sobre si mesmo.

TABELA - 43

FREQUENTADORES DAS INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS COMUNITÁRIAS
EM BUSCA DE SOLUÇÃO PARA SEU PROBLEMA DE SAÚDE, SEGUNDO AS
INDICAÇÕES PARA TRATAMENTO, BELO HORIZONTE, 1985

INDICAÇÕES PARA TRATAMENTO	Número	%
Passe	344	27,2
Água fluida	316	25,0
Prece no lar	52	4,1
Homeopatia	213	16,9
Medicamentos	63	4,9
Evangelização	9	0,7
Orações	69	5,4
Frequentar reuniões	2	0,2
Banho de limpeza	28	2,2
Defumação	19	1,5
Revelação	25	2,0
Unção com óleo	2	0,2
Campanha 7 dias de orações	55	4,4
Imposição das mãos	55	4,4
Libertação	1	0,1
Água benta em cima do rádio	10	0,8
TOTAL.....	1263	100,0

FONTE: UNIÃO ESPÍRITA MINEIRA/GRUPO DA FRATERNIDADE IRMÃ
 SHEILA/ HOSPITAL ESPÍRITA ANDRÉ LUIZ
 CENTRO DE UMBANDA SÃO SEBASTIÃO
 IGREJA PENTECOSTAL "DEUS É AMOR"

Os dados relativos às condutas assinaladas para tratamento dos problemas de saúde nos revelam que o "Passe", com 344 indicações correspondendo a 27,2% em 1263 prescritas, foi a atividade mais receitada para a população que procurou as instituições tradicionais comunitárias em busca de cura. Esta também foi uma conduta indicada em primeiro lugar em cada uma das instituições estudadas.

A "Água Fluida" com 316 indicações (25,0%) foi a prática mais prescrita após o "Passe".

Em terceiro lugar ficou a "Homeopatia" com 213 indicações (16,9%) e em quarto e quinto percebemos a "Oração" com 69 indicações (5,4%) e "Medicamentos" com 63 (4,9%).

Fazendo uma comparação entre as três práticas recebidas observamos que 86,0% das 400 pessoas entrevistadas receberam o "Passe", 79,0% a "Água Fluida" e 53,0% a "Homeopatia".

É interessante salientar que a prática "Imposição das Mãos", apesar de ser a mesma atividade "Passe" executada pelo grupo espírita, foi computada em separado por não ser considerada como tal pelo grupo pentecostal; a mesma situação aconteceu com as atividades "Prece no Lar", prática do grupo espírita e "Orações" que é indicação do grupo pentecostal.

Se somarmos as atividades "Passe" e "Imposição das Mãos" teremos um total de 399 pessoas ou seja, 99,8%, beneficiadas com estas práticas, das 400 entrevistadas.

5.4. AS TRÊS PRÁTICAS DE SAÚDE TRADICIONAIS MAIS INDICADAS

5.4.1. O PASSE

O passe, para JACINTO (43), é uma modalidade de socorro fraterno, enobrecido pelo cristianismo e é uma terapêutica revivida e explicada, em sua mecânica e em sua vital importância, pelo Espiritismo Cristão.

É uma prática que sempre existiu em todos os lugares e em todos os tempos, revestida externamente das mais variadas fórmulas e dos mais exóticos ritos, ajustados ao grau mental de seus praticantes.

JACINTO (43) afirma ainda que essa prática nasce no cântico ou evocação dos selvagens em favor dos enfermos de sua tribo, passando pelas vias da "benzedura" e das "rezas" de médiums naturais, chegando à benção sacerdotal pelos doentes; em contradição na prece maternal em favor de filhos assaltados pelas dores ou pelas angústias e tribulações, culmina no templo do

Espiritismo-Cristão da atualidade, onde foi incorporado como recurso fundamental à rearmarmonização do perispírito, no curso das mais variadas enfermidades da alma ou do corpo.

O passe é uma transfusão de fluidos como permuta das energias universais e eleito como delicado e precioso auxiliar a ser utilizado no tratamento das doenças de longo curso, nas crises bruscas e repentinas de dor no combate às chamadas "doenças fantasmas", nas perturbações espirituais transitórias que sofrem as almas encarnadas, nas enfermidades da mente, nos abalos do sistema nervoso e no reequilíbrio de si mesmo, quando o homem está sob o fogo da auto-obsessão.

Para muitos autores espíritas o passe possui ação terapêutica, ou seja, efeitos medicamentosos; é uma verdadeira transfusão de sangue.

5.4.2. HOMEOPATIA

Amplamente descrita nos itens 3.2. e 3.4., é um sistema de terapêutica que facilita a cura em muitas situações em que isso não seria possível com os medicamentos usuais; BOYD (14) afirma ainda que é perfeitamente viável combinar a homeopatia com a medicina clássica para atender à cura de muitos pacientes.

5.4.3. ÁGUA FLUIDA

A água fluida, em espiritismo, é aquela em que os fluidos medicamentosos foram imergidos, por ação magnética do médium ou por intermédio dos espíritos benfazejos (109). Já para JACINTO (43), a água é um condutor fluídico por excelência, refletindo o teor e as vibrações normais daqueles que dela se servem, para todos os fins. A sua simbologia, presente em quase todas as iniciações religiosas das mais diversas seitas, esteve sempre ligada a esse fator que lhe é intrínseco, significando que ela limparia o homem de seus pecados e o tornaria novo. É a confiança do paciente que lhe confere os efeitos da utilização da água fluidificada.

5.3. CURAS ESPIRITUAIS

IMBASSAHY (40) informa que, "quando a elevação dos preços veda aos pobres o acesso aos consultórios, é ao médium que ele recorre"; "quando os hospitais já não podem atender à multidões que os procuram, é ao médium que eles dirigem"; "quando dentre os médicos, assoberbados de trabalho, alguns mais nervosos despedem o enfermo ou o maltratam, é no médium que ele en

contra a receita, o bom trato e o consolo"; "quando exauridos to dos os apelos à Medicina, o doente já não tem a quem ir, ou para onde ir, é muitas vezes no mêdium e nos centros espíritas que ele recupera a saúde, o ânimo, a felicidade". É assim que, em vez da nocividade, é a esperança, o benefício, a cura, a vida, que o desprotegido encontra na taumaturgia.

TOURINHO (111) afirma que os pacientes não são vítimas de credence popular e sim vítimas de doenças, algumas de difícil recuperação; dentre eles, poucos sabem o mecanismo do "fenômeno" de comunicação da inteligência fora da matéria, e por quem são beneficiados, porém têm confiança, fé e são aliviados ou curados dos seus sofrimentos.

As curas espirituais obedecem a dois fins principais: um, de aliviar, o de socorrer, obra precípua na Doutrina Espírita, visto que "fora da caridade não há salvação"; o outro fim da cura é chamar a atenção do indivíduo para as curas espirituais.

Não pode haver ato que mais force o homem a prestar atenção às coisas divinas do que as curas milagrosas. Desenganado de médicos, esgotado pelas dores, baldo de recursos, recorre ao "sobrenatural".

O espantoso do milagre, a graça recebida, o conforto da cura, fazem-no ver que há algo mais que as mesquinhas competições terrenas, que o terrível egoísmo humano, e ei-lo com as vistas dirigidas para o alto. A cura, portanto, conduz à fé ou a robustece.

As curas estiveram ligadas à religião. Em Tiago, capítulo 5, versículos 14 a 16, encontramos as citações: "Está alguém doente? chama os presbíteros da igreja; e estes façam orações sobre ele, ungindo-o com óleo em nome do Senhor. A oração da fé salvará o doente, e o Senhor o restabelecerá... Muito pode a súplica fervorosa do justo"(109).

MENDES (66) afirma que "o médico não pode fugir aos hábitos do povo, da mesma forma que deve atualizar-se nos compêndios e nas últimas descobertas ou aplicações da ciência, deve tomar em consideração a vivência de seus clientes quanto aos seus costumes, estado intelectual, incluindo as práticas religiosas, principalmente a procura de solução mística para os problemas da cura das doenças".

Inúmeros são os grupos religiosos que admitem a chamada cura espiritual. Existem em determinadas religiões uma preocupação especial de motivar as multidões com anúncios de curas milagrosas. A parte doutrinária vem junto à verdadeira apelação com

os exorcismos, as preces, as "orações ungidas de poder" com a finalidade curadora; baseiam-se na doutrina de Cristo com as histórias de suas curas milenares. Através dos tempos, as religiões têm apregoadado estas práticas, ou delas têm feito sua principal motivação.

As peregrinações católicas aos lugares Santos, às tendas e grutas milagrosas, à igreja com padroeiros populares, concorrem assustadoramente com a ciência oficial. Os centros espíritas são os mais procurados pela necessidade de uma cura espiritual do que para o convívio doutrinário. Nos últimos tempos, os grupos evangélicos acordaram para esta motivação, havendo uma verdadeira "guerra santa no meio evangélico"(66).

GERALDO GEOVANI (107) conta que o que existe à disposição da população, quando quer resolver seus problemas de saúde, é um mosaico de formas de cura que são dominantes, o que se chama de medicina oficial, e outras que são chamadas de marginais, alternativas, cunhadas com a rubrica de medicina popular.

Reforçando esta idéia, MARIO SAPORATI (107) diz que a procura do tratamento para curar a doença na medicina e a busca do recurso variam de acordo com vários aspectos e, entre eles, um de grande importância é o cultural; muitas vezes se encontram na medicina popular soluções que a medicina oficial não oferece.

Contudo, LOYOLA (52) esclarece que o maior ou menor grau de uso do sistema tradicional comunitário ou institucional, ou de ambos em igual medida, depende da situação educacional ou sócio cultural da população e das características do sistema institucional; e quando a prescrição médica não é cumprida, na maioria das vezes, não o é exclusivamente por falta de recursos econômicos do paciente, mas por uma crença popular, uma visão do mundo, do organismo e da saúde em grande parte compatível com o que está subjacente na medicina legitimada pelos cânones da ciência.

5.6. INCORPORAÇÃO DOS PRATICANTES TRADICIONAIS PELA MEDICINA INSTITUCIONAL

Para estudar a incorporação dos praticantes tradicionais, realizamos coleta de dados em 100 (cem) instituições de saúde e obtivemos os seguintes resultados:

TABELA - 44

PRATICANTES TRADICIONAIS INCORPORADOS ÀS INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE SAÚDE, BELO HORIZONTE, 1985

INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	NÚMERO	PRATICANTES TRADICIONAIS	
		MÉDIUM	RELIGIOSO
Secretaria Municipal de Saúde	20	-	-
Centro Metropolitano de Saúde/SES	14	-	-
INAMPS	5	-	-
Fundo Cristão para a Criança	3	-	-
Legião Brasileira de Assistência	3	-	-
Hospital Geral	13	-	-
Hospital Especializado	24	1	-
Policlínica	18	-	1
TOTAL.....	100	1	1

FONTE: CENTRO METROPOLITANO DE SAÚDE
ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE HOSPITAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A tabela 44 nos mostra que, das 100 (cem) Instituições de Saúde estudadas, apenas duas delas (2,0%) mantêm no seu quadro de atendimento praticantes tradicionais. O médium, em número de 2 (dois), foi encontrado em um dos hospitais especializados, realizando consultas para tratamento espiritual, em pacientes internados, havendo um perfeito entrosamento destes médiums com o serviço médico, e vice-versa, com encaminhamentos entre eles, de acordo com a necessidade do cliente.

Do mesmo modo, encontramos em uma policlínica 2 (dois) religiosos integrando a equipe de saúde para dar assistência religiosa e espiritual, de acordo com cada caso.

Para as instituições oficiais que responderam "Não" observamos que há entre elas uma unânime colocação de que as práticas de saúde tradicionais significam "recursos alternativos" a que recorre uma população que não tem acesso à medicina científica; acrescentam ainda que os "aspectos culturais também decorrem da relativa situação de marginalidade em que vivem tais grupos".

Todas as instituições oficiais também afirmaram que não há estudo em andamento em relação à utilização dos praticantes da Medicina Tradicional Comunitária, em programas das unidades de saúde; mesmo o recurso humano "parteira leiga", que no passado assumia, em quase todos os hospitais de Belo Horizonte, o atendimento às parturientes e puérperas, hoje já não o encontramos, sendo este atendimento feito pela atendente, ou pela auxiliar de enfermagem ou pela enfermeira, dependendo da situação financeira de cada hospital, e a assistência ao parto é sempre feita pelo médico.

C O N C L U S Õ E S

Após estudos, levantamentos e convivência com algumas Instituições Tradicionais Comunitárias e Oficiais de Saúde, concluiu-se que:

- O "Passe" com 344 indicações (27,2%), a "Homeopatia" com 213 (19,4%) e a "Água Fluida" com 316 (25,0%) das 1.263 indicações, foram as práticas de saúde do sistema tradicional comunitário mais receitadas para a população solucionar o seu problema de saúde.
- O "Passe" e a "Água Fluida" foram condutas indicadas para 86,0% e 79,0%, respectivamente, dos 400 entrevistados que buscaram as instituições tradicionais comunitárias, em busca de tratamento de saúde, durante a fase que realizamos a coleta de dados.
- Os problemas de saúde "Ataque de Nervos" com 34 elementos (8,5%); "Depressão" com 24 (6,0%) e "Dor no Estômago" e "Pressão Alta" com 22 (5,5%), foram os 4 indicadores, dos 91 levantados, responsáveis pelo envolvimento da população com as instituições tradicionais comunitárias em busca de cura.
- A população na faixa etária de 40 anos e mais com 184 pessoas (45,3%) e do sexo feminino com 282 (70,5%) foi a que mais procurou as instituições tradicionais comunitárias.
- A população com renda familiar de 0 a 3 salários mínimos, exclusive, com 279 pessoas (69,8%) e de educação primária com 233 pessoas (58,2%) predominou entre aqueles que vão às instituições tradicionais de saúde em busca de cura.
- A idade predominante da população que procurou as instituições "Grupo da Fraternidade Irmã Sheila", "Hospital Espírita André Luiz" e "Centro de Umbanda São Sebastião" situou-se no grupo etário de 20 inclusive à 40 anos exclusive, com 44,7%, 50,0% e 50,0% respectivamente.

- A população que mais procurou o "Hospital Espírita André Luiz", segundo o sexo, foi a do grupo masculino, com 63,0% dos entrevistados.
- Na União Espírita Mineira, "Dor na Coluna" com 15 elementos (8,4%), "Depressão" com 13 (7,3%) e "Pressão Alta", "Ataque dos Nervos", "Dor-de-Cabeça" e "Dor no Estômago" com 11 (6,2%) foram os problemas de saúde que apareceram nas três primeiras colocações.
- No "Grupo da Fraternidade Irmã Sheila", os três problemas de saúde dominantes foram: "Ataque dos Nervos" com 14 elementos (10,6%), "Obsessão" com 11 (8,3%) e "Pressão Alta" e "Dor-de-Cabeça" com 10 (10,6%).
- No "Centro de Umbanda São Sebastião", "Encantamento" com 15 elementos em 28, "Gravidez" e "Ataque dos Nervos" com 2, foram os problemas de saúde mais acentuados entre os entrevistados. Como indicação, além do "Passe", que ocupou o primeiro lugar, o "Banho de Limpeza" popularmente chamado de "Banho de Descarrego", ficou em segundo, com 28 indicações em um total de 87.
- As condutas mais prescritas na Igreja Pentecostal "Deus é Amor", para solucionar os problemas de saúde foram "Imposição das Mãos", "Oração" e "Campanha de 7 dias de Oração", com 55 indicações cada uma, em 203, ou seja 100,0% dos entrevistados foram beneficiados com estas práticas.
- As instituições oficiais de saúde da rede pública conforme dados levantados, não possuem praticantes tradicionais participando no desenvolvimento de seus programas de saúde.
- Apenas duas instituições oficiais de saúde, da administração privada, têm praticantes tradicionais incorporados aos seus programas de atividades.

S U G E S T Õ E SCONSIDERANDO QUE:

- existe, atualmente, um grande interesse por parte da Organização Mundial de Saúde em promover o desenvolvimento da Medicina Tradicional Comunitária para atender à problemática de saúde da população nos países em desenvolvimento, principalmente nas áreas rurais;
- em muitos países em desenvolvimento existem pesquisadores realizando estudos sobre as variáveis práticas populares e seus praticantes, objetivando o seu aproveitamento na solução de problemas primários de saúde;
- o número de instituições que desenvolve práticas de saúde tradicionais está aumentando desordenadamente, principalmente aquelas que estão relacionadas a grupos religiosos, devido à grande procura da população por estes tipos de práticas para solucionar seus problemas de saúde;
- já existem experiências de incorporação dos praticantes tradicionais em programas oficiais de saúde na África, na Índia, na China, no Egito, em alguns países da América do Sul e mesmo em algumas localidades brasileiras;

SUGERE QUE

- os Órgãos Oficiais de Saúde, públicos e privados do Brasil e em particular de Belo Horizonte realizem estudos sobre as práticas populares ou alternativas, que a população está buscando para solucionar seus problemas de saúde, no sentido de conhecer melhor estas práticas e tomar as providências necessárias para o seu reconhecimento e utilização;

- os praticantes da Medicina Tradicional Comunitária sejam devidamente treinados e incorporados aos programas oficiais de saúde principalmente nas áreas marginalizadas das grandes capitais, nas pequenas cidades do interior e nas zonas rurais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ACTIVIDADES de desarrollo de recursos humanos de la OPS.
Educ.méd.Salud, 10(4):389-417, 1976.
02. ACUNÃ, H.R. La comunidad y el desarrollo de los servicios primarios de salud. Educ.méd.Salud, 11(2):103-8, 1977.
03. ACUNÃ, H.R. Participacion de la comunidad en el desarrollo de los servicios primarios de salud. Bol.Ofic.sanit.panamer., 82(2):93-7, 1977.
04. ADAMI, N.P. Aspectos teóricos dos cuidados primarios de saúde. Rev.bras.Enferm., 34(1):8-14, 1981.
05. ALVIM, E.F. Assistência para todos com especial atenção aos mais necessitados. Rev.Fund.Serv.esp.Saúde públ., 23(1):32-33, 1978.
06. ANGATE, A.V. Comprension de la medicina tradicional. Foro mund.Salud, 2(2):279-83, 1981.
07. ARCOVERDE, W. Um novo caminho para a saúde. In. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7^a, Brasília, 1980. Anais. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 1980. p7-9.
08. La ASISTENCIA sanitaria en las zonas rurales. Crón.Org.mund.Salud, 30(1):11-18, 1976.
09. ASSAD, M.& ELKATSHA, S. Os habitantes de um povoado no delta do Egito participam dos cuidados de saúde. Contact, (23):2-13, abr., 1982.
10. ATCHLEY, D.W. El médico científico y el "curador". Bol.Ofic.sanit.panamer., 59(4):342-50, 1965.
11. BANNERMAN, R.H. La medicina tradicional en la moderna atención de salud. Foro mund.Salud, 3(1):8-28, 1982.

12. BEDOYA, Y.A.& ESTUPINÃM,C.E. Programa de investigación em modelos de prestação de serviços de salud-nueva metodologia para adiestramiento de comadronas, promotoras de salud y auxiliares de enfermeria. Educ.méd.Salud,3(4):365-81,1975.
13. BEHAR, M. La desnutrición como una enfermedad social. Educ. méd.Salud, 11(2):172-5, 1977.
14. BOYD, M. La homeopatía en la actualidad: la homeopatía en la practica médica general. Foro.mund.Salud, 4:118-21, 1983.
15. CABELLO, R.R. et alii.El técnico en salud comunitaria: uma alternativa en la formación de recursos humanos para la salud. Educ.méd.Salud, 13(3):243-58, 1979.
16. CAMARGO, C.P.F. Kardecismo e umbanda:uma interpretação sociológica. São Paulo, Livraria Pioneira Editora,1961.p.93-122
17. CANDOMBLÊ e umbanda. Rev.Planeta, São Paulo,(126-A esp.)1983.
18. CARVALHO, G.C.M. O município e a saúde: subsídios para uma política de municipalização dos serviços de saúde. [Trabalho apresentado no 3º Encontro Municipal do Setor Saúde e 2º Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde , São José dos Campos, 1982].
19. CENTROS DE ESTUDOS DA UFMG. Homeopatia. Rev.Nemesis,Belo Horizonte, (2) 1976. [Relatório do VIII Encontro Científico de Estudantes do Brasil, Julho, Maceió, 1976].
20. CHEN, P.C.Y. Medicina tradicional y medicina en Malasia.Foro mund.Salud, 2(2):342-6, 1981.
21. CÓMO trabaja el curandero tradicional; Informe. Foro mund. Salud 2(2):270-78, 1981.
22. Las CONDICIONES de salud en las Américas:1973-976,Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1978,(OPAS-Publ.cient.364).

23. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, Alma Ata, URSS, 1978. Atención primaria de salud; informe conjunto OMS/UNICEF. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.
24. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 5^a, Brasília, 1975. Anais. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde. 1975.
25. CORDEIRO, E. Alguns estrangulamentos do setor saúde. Unid. sanit., Recife, 11(1):65-8, 1968.
26. DEULOFEU, V. Historias de las drogas curativas. Bol. Acad. nac. Med., (38):243-57, 1960.
27. DUBUGRAS, E. Fronteiras do desconhecido. A arte dos curandeiros entra nos laboratórios: Rev. Planeta, S. Paulo, (137-c esp.):49-52, 1984.
28. DUTTON, D.B. Explaining the low use of health services by the poor: costs, attitudes or delivery systems? Amer. Soc., 43:348-68, 1978.
29. ECHERVERRI, O. & SALAZAR, L.M. La salud y el desarrollo en un sistema rural de servicios de salud. Educ. méd. Salud, 14(1):23-40, 1980.
30. EXTENSION de cobertura de los servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. Cronica. Bol. Ofic. sanit. panamer., 83(6):477-503, 1977.
31. FENDALL, R. La medicina ayurvédica y la atención primaria de salud. Foro mund. Salud, 3(1):102-7, 1982.
32. FLORES, A.M. La medicina tradicional en México. Acta méd. mex., 3(9):41-2, 1967.
33. FRANCO, D.P. Nas Fronteiras da loucura. Salvador, Livraria Espírita Alvorada, 1982.
34. GRANT, M. Influencia de las costumbres y creencias populares en los servicios de un centro de salud. Bol. Ofic. sanit. panamer., 33(4):283-97, 1952.

35. HIEGEL, J.P. Cooperación com los curanderos tradicionales. Foro mund.Salud, 3(2):266-70, 1982.
36. HORTWITZ, "Saúde-ideal e prática". Rev.Saude públ.mex., 5(4): 1-10, 1963.
37. HORTWITZ, Planificand un nuevo decenio. Bol.Ofic.sanit.panamer, 75(4):361-72, 1973.
38. HOSTETLER, A. Folk and scientific medicine in amish society. Hum.Org., 22(4):269-75, 1963/64.
39. HUERTA, J.A.& Keller, A. La partera empirica ¿colaboradora potencial del programa nacional de salud maternoinfantil y planificacion familiar? Bol.Ofic.sanit.panamer., 90(5): 458-67, 1981.
40. IMBASSAHY, C. A mediunidade e a lei. Rio de Janeiro, Federação Espírita Brasileira, 1983.
41. IMPERATO, P.J. the role of women in traditional healing among the Bambarra of Mali. Trans.roy.Soc.trop.Med.Hyg., 75(6): 766-70, 1981.
42. JACINTO, R. Tratamento da obsessão. São Paulo, Edições Cultu resp., 1980.
43. JACINTO, R. Passe e passista. São Paulo, Edições Culturesp Ltda., 1984.
44. JOHANNESSEN, C.L. Folk medicine uses of melanôtic asiatic chickens as evidence of early diffusion to the new world. Soc.Sci.Med.(D), 15(4):427-34, 1981.
45. KADAT, E. Las desigualdades en el campo de la salud. In:— Salud publica y bienestar social. Santiago, Univ.Chile/ CEPLAN, 1976.
46. KISHORE, J. La homeopatía en la actualidad: homeopatía: la experiencia india. Foro mund. Salud, 4:118-21, 1983.

47. KRAMER, H.& SPRENGER, J. Manual da caça às bruxas. Rev. Planeta, São Paulo, 1984.
48. KUSHI, M. Princípio Único - uma solução para todos os males do homem. Rev. Planeta, São Paulo, (124-A):59-63, 1983.
49. LANDMANN, J. Medicina não é saúde. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1983.
50. LEWIS, O. The culture of poverty. Scient. Amer., 215:16-25, 1966.
51. LINHARES, W. ABC da homeopatia. São Paulo, 1979.
52. LOYOLA, M.A. Medicina popular. In: SAUDE e medicina no Brasil Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.p.225-32.
53. MACEDO, C.G. Recursos humanos para a saúde. [Apresentado ao 19º Congresso Brasileiro de Higiene/19º Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo, 1977].
54. MACEDO, C.G. Extensão das ações de saúde através de serviços básicos. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7^a, Brasília, 1980. Anais, Brasília. Ministério da Saúde, 1980.p.19-29.
55. MACEDO, C.G. et alii. Uma experiência de formação pessoal de saúde no Brasil. Educ.méd.Salud. 14(1):95-107, 1980.
56. MACHADO, E.A. Obstáculos à participação comunitária. Difusão cultural, modernização e subdesenvolvimento in: "Vida Rural e Mudança Social". São Paulo, 1975.
57. MAHLER, H. Obstáculos frente a la asistencia primaria de salud. Saúde Deb., (6):27-31, 1978.
58. MAHLER, H. La salud y el desarrollo socioeconómico: el director general de la OMS hace un llamamiento al ECOSOC. Cron. Org.mund.Salud, 33:359-61, 1979.
59. MALDONADO, C. Estudio sobre la medicina popular en el valle de Comayagua, Republica de Honduras. Bol.Ofic.sanit.panamer., 90(5):458-67, 1981.

60. MANZANEDO, H.G. Articulacion de los sistemas formal e informal de salud y participación de la comunidad en la primera area, IV region de salud, Caruarú, Pernambuco, Brasil. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 1976.p. [mimeografado].
61. MANZANEDO, H.G. Estudio socio cultural sobre integración de los sistemas de salud y participacion de la comunidad, Educ. méd.Salud., 11(4):346-61, 1977.
62. MARTIN, M. Native American Medicine: Thoughts for postraditional healers. J.Amer.méd.Ass., 245(2):141-43, 1981.
63. MATOS, A.V. Assistência primária de saúde: implicações para a enfermagem. Rev.bras.Enferm., 31(1):13-22, 1978.
64. MEDICINA TRADICIONAL: alguns resultados preliminares do trabalho de grupo. Cad.Saúde I ser., Moçambique, (1):3-5, jun. 1981.
65. MELO, C.G. O sistema nacional de saúde. Proposições e perspectivas. Saúde Deb., (1):24-27, out/dez., 1976.
66. MENDES, E.C. Personalidade intrusa. São Paulo, Editora Pensamento, 1974.
67. MEYER, A.T. Formación del personal auxiliar. Educ.méd.Salud, 14(1):95-107, 1980.
68. MONTARROYOS, J.E.L. et alii, Assistência primária e prevenção da doença. Experiência em uma comunidade nordestina. Rev.bras.Enferm., 33(4):495-507, 1980.
69. MUDIBANY, L. The new emphasis on tradicional medicine in Zaire implications for nursing practice. Int.Nurs.Rev., 27(6):184-6, 1980.
70. NIETSCH, E. Os feiticeiros zulus. Rev.Planeta, São Paulo(137):15-19, 1984.
71. OJNUBA, D.N. Qué piensam los medicos de los curanderos tradicionales y vice-versa. Foro mund.Salud, 2(3):473-77, 1981.

72. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1981.
73. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Promoción Desarrollo de la Medicina Tradicional, Ginebra, 1977. Informe. Ginebra, 1978, (Ser.Inf.tecn.622).
74. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe del Director: Cuadrienal 174-77, Washington, DC, 1978. (Doc.Ofic., 158).
75. OWEN, M. Las parteras tradicionales y su situación ante la ley Foro mund.Salud, 4(4):333-42, 1983.
76. OYEBOLA, D.D.O. Some aspects of Yoruba traditional healers and their practice. Trans.roy.soc.trop.Med.Hyg., 74(3):318-25, 1980.
77. PEDRAZANNI, J.C. Formação do profissional de saúde-Estrutura ocupacional e demandas educacionais. Rev.bras.Enferm., 33(4):477-82, 1980.
78. PILLET, J.V. La extension de la cobertura de los servicios de salud e los recursos humanos, Educ.méd.Salud, 7(3/4): 351-75, 1973.
79. PIRES, J.H. Obsessão, o passe, a doutrinação. São Paulo, Editora Paidéia Ltda., 1982.
80. PIRES, J.R. Curandeirismo. Bras.méd. 61(47):403-4, 1947.
81. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Programa de interiorização das ações de saúde e saneamento no nordeste. Brasília, 1977.
82. PROPOSIÇÕES alternativas para o atendimento das necessidades básicas de saúde nos países em desenvolvimento; estudo conjunto OMS/UNICEF. Genebra, OMS, 1978. (Doc.E/ICEF/L 1322).
83. RAHMAN, M. Urban and rural medical systems in Pakistan. Soc. Sci.Med.(D), 14(3):283-9, 1980.
84. RAMESH, A.Y. Hyma, B. La medicina tradicional en una didad de la India. Foro mund.Salud, 2(4):575-79, 1981.

85. RAY, D. Cooperación técnica para la planificación de recursos personal de salud. Educ.méd.Salud, 16(2):166-173, 1972.
86. REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD DE LAS AMERICAS, 39, Santiago, 1972. Plan Decenal de salud para las Americas: Informe final. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1973. (OPAS, Doc.Ofic. 118).
87. REUNION ESPECIAL DE MINISTROS DE SALUD, 49, Washington, D.C. 1977. Informe final y documento referencia. Washington, D.C., Organizacion Panamericana de la Salud, 1977. (OPAS-Doc. Ofic. 155).
88. RIOS, G.S.L. Potencialidade e limitação de um programa visando provocar participação rural - uma análise comparativa. Cienc.Cult., 27(8):819-38, 1975.
89. RIVAS, P.H. Modelos de participacion de la comunidad en los programas de salud. Educ.méd.Salud, 11(3):258-76, 1978.
90. RODGERS, J.E. Acupuntura-truque ou tratamento. Ciência, São Paulo (n.esp.):126-30, 1981/82.
91. RODRIGUES, M.A. Estudo para identificação de forças que favorecem e dificultam a coordenação do sistema formal e informal de saúde. São Paulo, 1980. [mimeografado].
92. ROSS, M.G. Organização da comunidade, Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1964.
93. SAMBA, E.M. Atención primaria de salud: incógnitas, escollos y peligros. Foro mund.Salud, 2(3):416-22, 1981.
94. SANTOS, N.R. Atenção primária em saúde: um posicionamento. Campinas, 1979.
95. SANTOS, N.R. Assistência primária à saúde: alguns aspectos físicos, funcionais, técnicos e políticos. Rev.bras.Educ.méd., 5(1):42-52, 1981.
96. SAUDERS, L. Méthodos de traitement dans le sudouest americain In:HERZLICH, C. Medicine et société. La haye, Mouton, 1970. p.43-47.

97. SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO. Fundação João Pinheiro. População de baixa renda. Belo Horizonte, 1979.
98. SMITH, R.A. Atencion primaria de salud: retórica o realidad. Foro mund.Salud, 3(1):33-41, 1982.
99. SOBREIRA, N.R. et alii. Estratégias de Enfermagem para implementação da atenção primária de saúde. Rev.bras.Enferm., 34(1):15-34, 1981.
100. SOMARRIBA, M.M.G. Communitith and class society:The health programe of norte de Minas, Brazil. Sussex, 1978. [Doctoral thesis - Sussex University].
101. SOUZA, B.M. Experiência da salvação: pentecostalismo em São Paulo. São Paulo, Ed.Duas Cidades, 1969.
102. STEPAN, J. La homeopatía en la actulidad:la homeopatía y la lei. Foro mund.Salud, 4(2):124-27, 1983.
103. STOCKLER, D. O pastor dos corpos - o sagrado dever da saúde. Rev.Planeta, São Paulo, (124-A):52-58, 1983.
104. STRAUSS, A.L. Medical organization, medical care and lower income groups. Soc.sci.Med. (3):143-77, 1969.
105. SUCHMANN, E.A. Social patterns of illness and medical care. In:JACO, E.G. ed. Patients, physicians and illness; a sourcebook in behavioral science and health. 2nded. New York, The Free Press, 1972.
106. SUCHMANN, E.A. Stages of illness and medical care. In:JACO, E.G. ed. Patients, physicians and illness;a sourcebook inbehavioral science and health. 2nded.New York,The Free Press, 1972.p.145-61.
107. TODA medicina é boa quando cura. Medicina popular - uma alternativa de cura e atendimento. Folha São Paulo, São Paulo, 22 mar. 1981. Folhetim (28).

108. TOLEDO, R.I.M. padrões e busca de atendimento à doença como indicadores de mudança e conflito. Estudo de uma pequena comunidade do interior paulista. Catanduva, 1976. [Tese Doutorado-Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Catanduva].
109. TOLEDO, W. Passes e curas espirituais. São Paulo, Editora Pensamento, 1953.
110. TORNERO, N.L. et alii. Assistência sanitária primária. Saúde Deb. (6):21-26, 1978.
111. TOURINHO, N. Edson Queiroz o novo Arigô dos Espíritos. São Paulo, Editora Espírita Correio Fraternal, 1983.
112. VASCONCELLOS, I.M. O combate ao curandeirismo em São Paulo Folha méd., 24(22):209-12, 1943.
113. VELIMIROVIC, H. Nuevo vistazo a la medicina tradicional. Salud, 9(4):6-9, 1977.
114. VITHOULKAS, G. La homeopatía en la actualidad: homeopatía una terapéutica para el porvenir? Foro mund.Salud, (4): 115-18, 1983.

A N E X O S

FORMULÁRIO 1

O presente formulário destina-se à coleta de dados, na área Metropolitana de Belo Horizonte, junto à população nas salas de espera das instituições que oferecem práticas tradicionais de saúde, relativos aos problemas de saúde e às práticas de saúde da Medicina Tradicional Comunitária, utilizadas para solucionar os respectivos problemas de saúde.

1. IDADE:

0 ———— 12 anos

☐

12 ———— 20 anos

☐

20 ———— 40 anos

☐

40 e mais anos

☐

2. SEXO:

Masculino

☐

Feminino

☐

3. RENDA FAMILIAR:

0 ———— 3 salários mínimos

☐

3 ———— 10 salários mínimos

☐

10 ———— 20 salários mínimos

☐

20 e mais salários mínimos

☐

4. INSTRUÇÃO:

Analfabeto

☐

Educação Primária

☐

Educação Secundária

☐

Educação Superior

☐

5. Qual o principal problema de saúde que levou o (a) Sr (a) a procurar aquela instituição:

DOENÇA DO SISTEMA CÁRDIO-VASCULAR

Anemia

☐

Coração grande

☐

Derrame cerebral

☐

Enfarte

☐

Flebite

☐

Pressão alta

☐

Pressão baixa

☐

Reumatismo cardíaco

☐

Trombose

☐

Varize dos membros inferiores

☐

Outros: (especificar) _____

DOENÇA DO SISTEMA ESQUELÉTICO

Dor nas pernas

☐

Deformidade nas mãos

☐

Deformidade nos pés

☐

Dor na coluna

☐

Paralisia dos membros superiores

☐

Paralisia dos membros inferiores

☐

Osteomelite

☐

Reumatismo nas articulações

☐

Outros: (especificar) _____

DOENÇA DO SISTEMA GLANDULAR

Câncer de fígado

☐

Câncer do pâncreas

☐

Diabete

☐

Excesso de pelos

☐

Hepatite

☐

Icterícia

☐

Obesidade

☐

Tumor de parótida

☐

Outros: (especificar) _____

DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO

Ataque dos nervos

☐

Desmaio

☐

Disritmia

☐

Dor de cabeça

☐

Enxaqueca

☐

Histerismo

☐

Trombose cerebral

☐

Tumor do cérebro

☐

Tremores

☐

Outros (especificar) _____

DOENÇA DO SISTEMA GASTRO-INTESTINAL

Constipação

☐

Câncer

☐

Desidratação

☐

Diarréia

☐

Empacho (indigestão)

☐

Hemorróida

☐

Hérnia

☐

Úlcera do estômago

☐

Ventre caído

☐

Verminose

☐

Outros: (especificar) _____

DOENÇA DO SISTEMA GÊNITO-URINÁRIO

Aborto

☐

Câncer

☐

Esterilidade

☐

Hemorragia

☐

Inflamação na próstata

☐

Inchaço (edema)

☐

Mioma uterino

☐

Nefrite

☐

Urina solta

☐

Venérea

☐

Outros: (especificar) _____

DOENÇA DOS ÓRGÃOS DO SENTIDO

Catarata

☐

Câncer

☐

Cegueira

☐

Diminuição da audição

☐

Diminuição da visão

☐

Dordolho (conjuntivite)

☐

Mudez

☐

Perturbação do tato

☐

Sinusite

☐

Surdez

☐

Outros: (especificar) _____

DOENÇA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO

Asma

☐

Bronquite

☐

Câncer da laringe

☐

Câncer do estômago

☐

Enfisema

☐

Falta de ar

☐

Pneumonia

☐

Tuberculose

☐

Outros: (especificar) _____

DOENÇA DO SISTEMA TEGUMENTAR

Alergia

☐

Dermatite

☐

Ferida

☐

Intoxicação

☐

Lepra

☐

Sarna

☐

Úlcera varicosa

☐

Outros: (especificar) _____

DOENÇA PSICOLÓGICA

Depressão

☐

Espanto

☐

Feitiço

☐

Loucura

☐

Magia negra

☐

Mau-olhado

☐

Neurose

☐

Paranóia

☐

Perturbação mental

☐

Possessão

☐

Outros: (especificar) _____

6. Qual o tratamento indicado para o (a) Sr (a) curar o seu problema de saúde;

Acupuntura

☐

Água Fluida

☐

Banhos de imersão

☐

Benção e benzedura (de roupas,objetos,pessoas)

☐

Exorcismo ritualístico(despachos,danças,defumações)

☐

Homeopatia

☐

Infusões (chás,garrafadas,ervas)

☐

Imposição das mãos

☐

Orações e meditações

☐

Passes

☐

Medicamentos

☐

Outros:(especificar) _____

FORMULÁRIO 2

O presente formulário objetiva a coleta de dados, no Centro Regional e algumas Unidades de Saúde de Belo Horizonte, relativos à incorporação dos praticantes tradicionais de saúde.

1. INSTRUÇÃO

2. O Centro Regional de Saúde ou Unidade de Saúde utiliza alguns praticantes da Medicina Tradicional Comunitária?

SIM

☐

NÃO

☐

Se a resposta for SIM, quais são os praticantes utilizados?

-

-

-

-

-

Se a resposta for NÃO, porque não são utilizados?

-

-

-

-

-

3. Há algum estudo em andamento, em relação à utilização dos praticantes da Medicina Tradicional Comunitária, para o futuro, em programas de saúde das Unidades de Saúde?

SIM

☐

NÃO

☐

ANEXO 3

Belo Horizonte,

CARTA ENVIADA ÀS INSTITUIÇÕES TRADICIONAIS COMUNITÁRIAS

Estamos no momento, como professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, realizando na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo o curso de pós-graduação a nível de doutoramento.

Para conclusão do referido curso somos obrigados a apresentar um trabalho que possa dar alguma contribuição na área em que trabalhamos. Como atuamos em serviços relacionados à saúde da comunidade, onde tivemos oportunidade de ouvir testemunhos de elementos que solucionaram alguns de seus problemas de saúde em centros espíritas, igrejas pentecostalistas, centros de um banda, em curandeiros e em outras instituições não oficiais de saúde, interessamo-nos pelo assunto e decidimos fazer uma pesquisa sobre as práticas de saúde não oficiais que ajudam a população a solucionar seu problema de saúde.

Levando em consideração que este é um assunto de interesse e em estudo pela Organização Mundial de Saúde, objetivando a extensão de cobertura de saúde às populações, e como observamos de perto o desejo desinteressado destas instituições não oficiais em ajudar a população na solução de problemas de saúde, estamos solicitando a elas dar-nos a oportunidade de coletar dados que serão importantes na elaboração do nosso trabalho de conclusão de curso, intitulado "Incorporação das práticas de saúde da Medicina Tradicional Comunitária pela Medicina Institucional".

Nesta oportunidade estamos solicitando o apoio e compreensão (nome da Instituição) no sentido de nos permitir coletar dados junto a (número) pessoas que buscam pela primeira vez esta instituição para solução de seus problemas de saúde.

Com os nossos agradecimentos

CARMELITA PINTO RABELO

Belo Horizonte,

CARTA ENVIADA ÀS INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE SAÚDE

Estamos no momento, como professor da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, realizando na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo o curso de pós-graduação a nível de doutoramento.

Para conclusão do referido curso somos obrigados a apresentar um trabalho que possa dar alguma contribuição na área em que trabalhamos. Como atuamos em serviços relacionados à saúde da comunidade, onde tivemos oportunidade de ouvir testemunhos de elementos que solucionaram alguns de seus problemas de saúde em centros espíritas, igrejas pentecostalistas, centros de umbanda, em curandeiros e em outras instituições não oficiais de saúde, interessamo-nos pelo assunto e decidimos fazer uma pesquisa sobre as práticas de saúde não oficias que ajudam a população a solucionar seu problema de saúde.

Levando em consideração que este é um assunto de interesse e em estudo pela Organização Mundial de Saúde, objetivando a extensão de cobertura de saúde às populações, gostaríamos de obter informações e como a instituição sob o comando de V.Sa. vê o assunto e se já estão sendo utilizados alguns recursos humanos da medicina tradicional comunitária nas unidades sanitárias para atendimento ao público ou se já estão sendo realizados estudos em relação ao assunto.

Nesta oportunidade estamos solicitando o apoio e compreensão desta instituição no sentido de nos permitir e facilitar a coleta de dados constantes no formulário em anexo .

Com os nossos agradecimentos

CARMELITA PINTO RABELO