



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Davi Saba N'bundé

**MEDICINA TRADICIONAL EM GUINÉ-BISSAU: CONHECER,
INSTITUCIONALIZAR E INTEGRAR NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE -
IMPLICAÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA**

Florianópolis-SC

2022

Davi Saba N'bundé

**MEDICINA TRADICIONAL EM GUINÉ-BISSAU: CONHECER,
INSTITUCIONALIZAR E INTEGRAR NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE -
IMPLICAÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA**

Tese apresentado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de
Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Saba N'bundé, Davi

MEDICINA TRADICIONAL EM GUINÉ-BISSAU: CONHECER,
INSTITUCIONALIZAR E INTEGRAR NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE -
IMPLICAÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA / Davi Saba N'bundé;
orientador, Charles Dalcanale Tesser, 2022.

128 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde Coletiva. 3. Medicina
Tradicional em Guiné-Bissau. 4. Institucionalização e
Integração da Medicina Tradicional. 5. Sistema de Saúde da
Guiné-Bissau. I., Charles Dalcanale TESSER. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Davi Saba N'bundé

Medicina Tradicional em Guiné-Bissau: Conhecer, Institucionalizar e Integrar no Sistema Nacional de Saúde - Implicações na Saúde Pública

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Islândia Carvalho de Sousa, Dra.
Fiocruz de Pernambuco

Profa. Nádia Heusi Silveira, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Hélder Pires Amâncio, Dr.
Universidade Eduardo Mondlane

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva.



Documento assinado digitalmente
Marta Inez Machado Verdi
Data: 25/05/2022 14:18:33-0300
CPF: 289.370.310-00
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Profa. Marta Inez Machado Verdi, Dra.
Coordenadora do PPGSC/UFSC



Documento assinado digitalmente
Charles Dalcanale Tesser
Data: 25/05/2022 10:43:35-0300
CPF: 605.201.329-04
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof. Charles Dalcanale Tesser, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2022

Dedico este trabalho a todos os Curandeiros Tradicionais e usuários da Medicina Tradicional da Guiné-Bissau!

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida! Aos meus queridos pais, por terem me propiciado a oportunidade de estudar e de acreditar que poderia chagar além dos limites! Aos amigos e familiares pelo apoio (in)direto.

Ao Professor Dr. Charles D. Tesser, meu orientador, por ter aceitado o desafio de orientar este trabalho e pelos ensinamentos. Aos discentes do PPGSC e demais discentes da UFSC pelos ensinamentos. Aos colegas da turma, principalmente com as quais debatia constantemente aspetos desta pesquisa. Aos membros da banca, por terem aceitado o convite e pelas contribuições dadas!

Meu agradecimento especial vai para minha incrível esposa Rute Nhanmon N'bundé que sempre esteve do meu lado nos momentos mais difíceis da produção deste trabalho..., igualmente para meus dois filhos, Binhankheren N. N'bundé e Hioffna N. N'bundé que os seus nascimentos durante a produção deste trabalho renovaram meu comprometimento e minhas forças para concluir dentro do prazo!

RESUMO

Esta pesquisa objetivou analisar os argumentos e visões de diferentes atores sociais e entidades da sociedade guineense a respeito da institucionalização da Medicina Tradicional em Guiné-Bissau, sua integração junto ao Sistema Nacional de Saúde e suas implicações na saúde pública e na sociedade daquele país, bem como as razões da não integração da mesma, até então. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual o trabalho de campo foi realizado em Guiné-Bissau, em três etapas, entre dezembro de 2017 e setembro de 2021, em que foram entrevistadas, ao todo, 28 pessoas, sendo 21 físicas e 7 representantes institucionais. Foram analisados documentos institucionais e realizadas observações nos ambientes de trabalho dos Curandeiros Tradicionais entrevistados. As informações foram transcritas, organizadas e posteriormente analisadas, utilizando a análise temática, uma das técnicas da análise de conteúdo e a abordagem *hermenêutico-dialética* de análise de dados qualitativos, em que as falas dos atores sociais são situadas em seus contextos para melhor serem compreendidas. **Resultados e Discussão:** Há uma distinção entre duas categorias de curadores exercendo a MT em Guiné-Bissau: os CT, nossos entrevistados, que são vistos como possíveis aliados de demônios; e os Djambakusis, que são tratados como aliados de demônios ou os próprios demônios. Os CT entrevistados acreditam que uma possível institucionalização do processo de ensino-aprendizagem e integração do exercício no SNS poderá contribuir significativamente para a quebra dos preconceitos e estigmas atrelados à MT, para promover a valorização daqueles que a exercem, atrair interesse dos jovens para esse exercício e aumentar sua clientela. Os CT admitem a possibilidade de abrir mão de alguns aspectos do processo de ensino-aprendizagem e exercício da MT em Guiné-Bissau, numa construção conjunta com Estado e sociedade civil, desde que isso não cause alterações significativas no *modus operandi* da MT naquele país. Os representantes institucionais, atores sociais e CT concordam que é necessária, em uma perspectiva afrocêntrica e na visão do mais de 85% dos entrevistados, a institucionalização da Medicina Tradicional e sua integração no Sistema Nacional de Saúde em Guiné-Bissau, porque vai propiciar melhorias na saúde pública do país, principalmente na atenção primária à saúde, a longo prazo. No entanto, os representantes institucionais e alguns atores sociais entrevistados sugerem que sejam apurados as evidências científicas em relação a eficácia e segurança da Medicina Tradicional antes da sua integração junto ao Sistema Nacional de Saúde. A institucionalização e integração da Medicina Tradicional no Sistema Nacional de Saúde vai configurar uma justiça restaurativa na sociedade daquele país. Os efeitos do longo e o violento processo da colonização europeia em Guiné-Bissau foram e são as principais razões pelas quais a Medicina Tradicional não está institucionalizada e integrada no Sistema Nacional de Saúde naquele país. **Conclusão:** A desconstrução do pensamento colonial e simultânea reconstrução do pensamento africano na sociedade guineense poderão libertar o país de vários efeitos da colonização que dificultam os nativos a enxergarem o mundo sob suas perspectivas. A aceitação e confiança demonstrada pelas pessoas na Medicina Tradicional, enquanto modo de cuidado de saúde-doença, justifica sua institucionalização e integração junto ao Sistema Nacional de Saúde. No entanto, pesquisas específicas são necessárias para identificar a melhor forma como

esse processo poderá ser feito sem causar prejuízos e/ou a subordinação de um modo de cuidado de saúde-doença em relação ao outro.

Palavras-Chaves: Medicina Tradicional, Curandeiro Tradicional, Institucionalização, Integração, Saúde Pública.

ABSTRACT

This research aimed to analyze the documents, arguments and views of different social actors and entities of Guinean society regarding the institutionalization of Traditional Medicine in Guinea-Bissau, its integration into the National Health System and its implications for public health and society in that country, as well as the reasons for its non-integration until then. **Method:** This is qualitative research in which fieldwork was conducted in Guinea-Bissau in three stages between December 2017 and September 2021, in which a total of 28 people were interviewed, 21 individuals and 7 institutional representatives. Institutional documents were analyzed and participant observations were conducted in the work environments of the Traditional Healers interviewed. The information was transcribed, organized, and then analyzed, using thematic analysis, one of the techniques of content analysis and the hermeneutic-dialectical approach to qualitative data analysis, in which the speeches of social actors are situated in their contexts to be better understood. **Results and Discussion:** There is a distinction between two categories of healers exercising TM in Guinea-Bissau: the TC, our interviewees, who are seen as possible allies of demons; and the Djambakusis, who are treated as allies of demons or demons themselves. The TCs interviewed believe that a possible institutionalization of the teaching-learning process and integration of the exercise into the SNS could contribute significantly to breaking down the prejudices and stigmas attached to TM, to promote the appreciation of those who practice it, to attract the interest of young people to this exercise, and to increase their clientele. The TCs admit the possibility of giving up some aspects of the teaching-learning process and TM practice in Guinea Bissau, in a joint construction with the State and civil society, provided that this does not cause significant changes in the modus operandi of TM in that country. The institutional representatives, social actors and TC agree that it is necessary, in an Afrocentric perspective and in the view of more than 85% of the interviewees, the institutionalization of Traditional Medicine and its integration into the National Health System in Guinea-Bissau, because it will provide improvements in the country's public health, especially in primary health care, in the long term. However, the institutional representatives and some of the social actors interviewed suggest that the scientific evidence be verified regarding the efficacy and safety of Traditional Medicine before it is integrated into the National Health System. The institutionalization and integration of Traditional Medicine in the National Health System will configure a restorative justice in the society of that country. The effects of the long and violent process of European colonization in Guinea-Bissau were and still are the main reasons why Traditional Medicine is not institutionalized and integrated into the National Health System in that country. **Conclusion:** The deconstruction of the colonial thinking and simultaneous reconstruction of the African thinking in Guinean society may free the country from several effects of colonization that make it difficult for the natives to see the world from their perspectives. The acceptance and trust shown by the people in Traditional Medicine, as a health-illness care modality, justifies its institutionalization and integration into the National Health System. However, specific research is needed to identify the best way this process can be done without causing harm and/or subordination of one health-disease care mode to another.

Key Words: Traditional Medicine, Traditional Healer, Institutionalization, Integration, Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da República de Guiné-Bissau	45
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Informações da Coleta com Representantes Institucionais	68
Quadro 2- Informações da Coleta com Pessoas Físicas	69

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CT	Curandeiro Tradicional
MC	Medicina Convencional
MO	Medicina Ocidental
MT	Medicina Tradicional
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
MINSAP	Ministério de Saúde Pública
OMS	Organização Mundial de Saúde
SS	Sistema de Saúde
SSL	Sistemas de Saúde Locais
SNS	Sistema Nacional de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	ORIENTAÇÕES CONCEITUAIS E TEÓRICO-METODOLÓGICO	25
2.1	AFROCENTRICIDADE: UMA CRÍTICA À COLONIZAÇÃO E ALTERNATIVA PARA COM SEUS EFEITOS	28
2.1.1	Paradigma Afrocêntrico.....	32
2.1.2	Críticas a Afrocentricidade.....	36
2.1.3	O Uso das Abordagens Afrocêntricas	40
3.	MARCO CONTEXTUAL DA PESQUISA	45
3.1	GUINÉ-BISSAU: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO	45
3.1.1	Sistema e Serviços de Saúde.....	47
3.2	SITUANDO O DEBATE.....	51
3.2.1	Cenário da Guiné-Bissau.....	55
4.	ASPECTOS METODOLÓGICOS	60
4.1	POPULAÇÃO-ALVO DA PESQUISA.....	61
4.2	ÉTICA NA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	62
4.3	TRABALHO DE CAMPO.....	64
4.3.1	Técnicas e Recursos da Coleta dos Dados	64
4.3.2	O Campo	66
4.3.3	Análise dos Dados	70
5.	MEDICINA TRADICIONAL EM GUINÉ-BISSAU: ENSINO-APRENDIZAGEM, PRÁTICA, INSTITUCIONALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS CURANDEIROS TRADICIONAIS.....	74
6.	A INSTITUCIONALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL EM GUINÉ-BISSAU: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA	101
7.	CONCLUSÃO GERAL.....	120
	REFERENCIAS.....	122
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: SIM.....	126
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:NÃO	127
	APÊNDICE C – PERFIL DO CURANDEIRO TRADICIONAL ENTREVISTADO	128

APRESENTAÇÃO

Eu sou de lá, onde nasci, cresci e para onde voltarei. Vim de lá, do outro lado do atlântico, onde fui obrigado a aprender a falar língua portuguesa, língua do outro, para poder aprender a ler e escrever. Nasci e cresci em Guiné-Bissau, um pequeno país africano, invadido e explorado por Portugal entre os séculos XV e XX, que até os dias atuais é refém dos efeitos causados pelo longo e violento processo da colonização portuguesa.

Em 2010, mudei-me para o Brasil, um país racista e classista, para morar justamente no Estado de Santa Catarina, o mais branco do país, com objetivo de estudar na UFSC, uma universidade de excelência, porém racista, classista e eurocêntrica, onde cursei Ciências Sociais, um curso ainda eurocêntrico, tendo concluído o Bacharelado e a Licenciatura. Ao concluir o Bacharelado, ingressei no curso de Mestrado em Saúde Coletiva, na mesma universidade, num programa que até o momento atual não tem nenhum corpo professor que se autodeclara negro/a. Depois de 2 anos, lá estava eu, cursando Doutorado no mesmo curso, com um interesse maior, de fazer uma pesquisa a partir de Guiné-Bissau, mas o ingresso não foi fácil! Entenda porque!

A inscrição não foi homologada porque não entreguei a cópia autenticada da quinta página do meu passaporte. A página estava vazia, ou seja, em branco e quando fui autenticar as cópias das primeiras 4 páginas, que tinham informações, o cartório disse que não se autentica uma página vazia, mas sim, é conferida, observando o original e leva carimbo “em branco” confirmando sua autenticidade. Entrei com recurso dentro do prazo, expliquei o motivo de não ter autenticado a página, mas agora autenticada, mas o recurso foi negado pela comissão, sob alegação de que, aceitar meu recurso, seria receber documentos fora do prazo estipulado no edital. Entrei com outro recurso, numa instância superior, colegiado do curso, e logo avisei que exploraria todas as outras instâncias, inclusive, o Ministério Público, caso o recurso continuasse sendo negado. A então coordenadora do programa reuniu com a comissão de seleção e aceitaram o recurso, sem precisar chegar no colegiado. A inscrição foi homologada, segui para as outras etapas, fui aprovado e comecei a empreitada que resultou neste trabalho.

Os 12 anos morando no Brasil, no Estado de Santa Catarina e estudando na UFSC, não foram fáceis, mas resisti a cada minuto para reafirmar a minha existência, enquanto homem negro, africano, nascido e crescido num território colonizado. Aprendi, ao longo deste tempo, a reconhecer e situar o meu lugar de fala no sistema-mundo, respeitá-lo e falar a partir dele, utilizando as diversas contribuições teóricas descolonizadoras, ou anticoloniais, principalmente as afrocênticas, para desconstruir e reconstruir minha identidade, minha referência, minha visão do mundo, tendo a África como ponto de referência. Por outro lado, utilizo das mesmas contribuições teóricas para questionar e contrariar a lógica do sistema-mundo que oprime a mim e aos meus semelhantes, enquanto parte da “minoridade” marginalizada.

O meu desafio enquanto intelectual negro africano é buscar ser um sujeito descolonizado e convidar outros sujeitos, grupos sociais colonizados e oprimidos pela lógica opressora vigente, principalmente africanos deslocados, física e psiquicamente, para um despertar da consciência em relação as nossas referências culturais, tendo o paradigma afrocêntrico como norteador. Sinto-me na obrigação de fazer parte desta luta que começou há séculos, onde quer que eu esteja e da maneira que for possível, contribuir para que as futuras gerações dos negros em geral, principalmente dos africanos, possam ter uma consciência mais afrocêntrica.

A presente pesquisa traz um pouco de mim, um pouco do que penso, acredito e do que espero ver e sentir num futuro não muito distante, relativamente a descolonização do pensamento, dos hábitos etc., e consequente reconstrução do pensamento social africano, fundamentada na cultura e hábitos locais.

Florianópolis, dezembro de 2020

1. INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, as Medicinas Tradicionais (MT), alternativas, complementares, integrativas, entre outras (por vezes nomeadas como não convencionais), são realidades em quase todas as regiões do mundo, sejam integradas aos Sistemas de Saúde Locais (SSL)¹, ou sendo exercidas fora delas, legal ou clandestinamente. De acordo com o relatório de 2019 da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Medicina Tradicional e Complementar (MT&C), o número dos países que reconhecerem a necessidade de uso destas formas de cuidado de saúde-doença cresceu significativamente. Igualmente, cresceu o número dos países que desenvolveram políticas nacionais sobre MT&C, assim como cresceu o número dos países que implementaram regulamentações sobre medicamentos fitoterápicos, como veremos mais à frente. No entanto, de acordo com o mesmo relatório, o uso da MT&C, tanto para prevenção como no controle de algumas doenças, por exemplo, as crônicas, continua sendo subestimado por alguns países e/ou setores. Este considerável aumento, ou seja, a popularização do uso destas formas de cuidados de saúde-doença tem suscitado debates e agendas de pesquisa a seu respeito, principalmente no que tange a questão de segurança, eficácia, regulamentação da prática, profissionalização dos praticantes e possíveis integrações das mesmas nos SSL, como veremos na discussão dos resultados.

Guiné-Bissau, país pesquisado neste trabalho, não está fora desta agenda internacional, ainda que tenha dado passos lentos, mas na mesma direção, debatendo alguns desses pontos, principalmente a questão de uma possível institucionalização e integração da MT no seu sistema de saúde, conhecido como Sistema Nacional de Saúde (SNS). Neste país, MT é uma realidade há séculos e também é o modo de cuidado de saúde-doença mais acessível e utilizado; e, em muitos casos, o único disponível para população, principalmente na zona rural. No entanto, até então, funciona fora do SNS, na clandestinidade, marginalizada, e carrega os estigmas associados a ela pelos

¹ Ao longo do texto, vai-se perceber o uso de dois termos diferentes, mas que parecem estar se referindo à mesma coisa, mas não. São estes: Sistemas de Saúde Locais (SSL) e Sistema Nacional de Saúde (SNS). O SSL é para referir o local a nível dos países e/ou regiões. Ao passo que, SNS é para referir exclusivamente o sistema de saúde da Guiné-Bissau, que é conhecido/denominado de SNS.

desdobramentos do racismo produzido pelo longo e violento processo da colonização europeia (portuguesa) em Guiné-Bissau, que durou cinco séculos. Os impactos da marginalização e estigmatização, entre outras desqualificações da MT, resultantes do processo de colonização fazem com que muitas pessoas de diferentes segmentos e classes da sociedade guineense não confiem na qualidade, eficácia e segurança da MT, assim como nas pessoas que a exercem.

Os efeitos do racismo produzido em suas diferentes formas pelo longo e violento processo da colonização europeia em diversas regiões, ainda perseguem as ex-colônias e têm dificultado estas em encontrarem os caminhos promissores para melhor lidarem com inúmeras necessidades a partir das suas próprias realidades. De acordo com Lander (2005), além das violências e da injustiça social, entre outros legados produzidos pela colonização europeia em várias regiões do mundo, “há um legado epistemológico do eurocentrismo que nos impede de compreender o mundo a partir do próprio mundo em que vivemos e das epistemes que lhes são próprias” (p.3).

O processo da colonização europeia desestruturou as formas de organização socioeconômica, política, administrativa e cultural dos nativos e, simultaneamente implementou-se, ou tentou-se implementar de maneira violenta, seus *modus operandi* nessas sociedades, como estratégia para melhor dominar, controlar e posteriormente explorar o Outro. Negaram aos nativos a dignidade humana, disseram que não têm alma e que precisavam, necessariamente converter-se ao cristianismo para em seguida serem batizados, a fim de alcançarem a humanidade. Mas, continuariam sendo seres humanos inferiores, biológica e socialmente, dignos de serem escravizados, sem que isso fosse crime ou pecado, como aconteceu. Estas e outras desumanidades praticadas pela colonização europeia em suas ex-colônias, têm nome e chamam-se racismo. Aqui entendemos o racismo como fenômeno que consiste fundamentalmente na inferiorização de uma raça, de um povo ou uma cultura, em relação a outra, sempre com intuito de legitimar certos discursos, ou práticas e tirar vantagens políticas, econômicas, sociais, culturais, entre outros possíveis proveitos. Foi exatamente o que a colonização europeia fez para garantir o privilegiado espaço que vem ocupando há séculos e até ao presente, pratica o racismo, de maneira sutil, para a manutenção do *status quo*.

Os colonizadores sempre buscaram meios formais (conhecimento dominante em sua realidade) para legitimar, ou tentar legitimar o racismo que praticaram e que praticam. Na idade média, época em que a verdade religiosa se sobrepunha às demais, os fenômenos naturais, sociais e culturais, eram interpretados fundamentalmente com base nas “verdades” da Bíblia, ou seja, leis de Deus. Foram utilizados alguns argumentos religiosos, como por exemplo, os nativos não têm alma, portanto não são humanos e devem ser convertidos e batizados, só assim, poderão ser humanos. É importante salientar que não foram apenas os argumentos religiosos, mas a própria religião, Igreja Católica Romana nomeadamente, que esteve presente nas caravanas dos colonizadores e juntos praticaram e ainda praticam o racismo, que tem contribuído no desmonte das sociedades e culturas dos nativos, assim como dificultado a manutenção das identidades locais. A partir do século XVI, com o fim da chamada idade média, buscou-se argumentos na ciência para tentar provar a inferioridade natural/biológica dos nativos, neste caso, dos negros, em relação aos brancos. Alguns nomes, tais como: François Bernier (1625-1688), Carlos Lineu (1707-1778), Arthur De Gobineau (1818-1882), Houston Stewart Chamberlain (1855-1927), todos homens brancos europeus, produziram teorias reforçando a ideia da superioridade da raça branca em relação à negra, ou seja, legitimando o racismo em suas diferentes formas.

No século XX, estes argumentos viriam a ser derrubados teoricamente pela historiografia de Cheikh Anta Diop² (1923 – 1986), ao provar que o Egito antigo era uma civilização negra, isto é, tudo que foi inventado no Egito antigo foi criado por pessoas negras. Isso significa que os negros sempre foram, ainda são e continuaram a serem inteligentes e que não existe nenhuma relação entre inteligência e raça, como o mundo branco europeu vinha propagando. Mas, ainda sim, as consequências do racismo em suas diferentes formas, reforçadas pelas teorias racistas e somadas às atrocidades cometidas pelos colonizadores contra a integridade física e psicológica dos nativos durante séculos de uma exploração violenta, perduram até os dias atuais, principalmente em África,

² Para mais informações, acessar: <https://www.geledes.org.br/cheikh-anta-diop-derrubou-o-racismo-cientifico-ao-provar-que-o-egito-antigo-era-uma-civilizacao-negra>. Acessado no dia 4 de março de 2020.

região mais negra do planeta terra, atingida diretamente com essas teorias racistas.

Os resultados destas teorias tiveram e têm impactos significantes em diferentes esferas das sociedades dos países africanos, como é caso de Guiné-Bissau. Neste continente, as formas de organização social, econômica, política, administrativa e cultural forjadas pelos colonizadores europeus têm gerado frequentes crises de diversas naturezas e por razões diferentes. Aqui apontamos três delas: primeira, por conta da incompatibilidade dos *modus operandi* europeus com as realidades africanas; segunda, pela forma violenta como estes *modus operandi* foram introduzidos, ou melhor, forjados nas sociedades africanas, na imposição, barbárie, sem negociação prévia com os nativos; e terceira, porque os *modus operandi* dos nativos estão vivos, ainda que de maneira limitada, mas estão presentes e provocam resistências aos dos colonizadores europeus. Estas e outras situações têm provocado dilemas nas sociedades africanas, entre o que é ideal e aquilo que é realidade. Um exemplo possível de ser observado em quase todos os países africanos é a questão das línguas, entre oficiais e não oficiais. Em todos os países africanos colonizados a língua do colonizador faz parte das línguas oficiais e nos países cuja só uma língua oficial, como é caso de Guiné-Bissau, a oficial é a do colonizador. Porém, o que se observa no dia a dia da população guineense é que é pequeno o número de pessoas que usam a língua portuguesa, a oficial, para se comunicar. Neste país, segundo Couto e Embaló (2010), em 2010, estimava-se que “aproximadamente 13% da população é falante do idioma oficial, sendo este essencialmente a língua segunda ou terceira” (p. 45).

No campo da saúde, são observáveis situações semelhantes em vários países do continente africano. Por exemplo, em Guiné-Bissau, analisado neste trabalho, o modo de cuidado de saúde-doença oficial, isto é, operado exclusivamente no SNS é a Medicina Ocidental (MO), também conhecida como Medicina Convencional (MC), ainda que seja menos utilizado pelo povo, se comparado à MT, por diversos motivos. Várias outras contradições como estas, ou de natureza semelhante, que são observadas nas sociedades africanas, fizeram da África um continente de *paradoxolonização* (uma ferramenta analítica descolonizadora cunhada neste trabalho).

O termo *paradoxolonização*, um neologismo aqui cunhado pela primeira vez, significa as contradições, entre o ideal e real, que os efeitos da colonização europeia provocaram e provocam nos territórios, comunidades, grupos sociais e indivíduos colonizados. Nasce a partir da junção de duas palavras: paradoxo, que significa contradição; e colonização que significa ato de colonizar, tornar uma nação ou comunidade numa colônia. A expressão foi cunhada para dar conta de identificar e posteriormente analisar as contradições provocadas pelo longo e violento processo da colonização europeia, principalmente nos países africanos, e no caso concreto de Guiné-Bissau, país cuja situação foi analisada nesta pesquisa.

A proposta visa, num primeiro momento, após a identificação da *paradoxolonização*, que os fragmentos da colonização sejam situados no tempo e no espaço e analisados/avaliados quanto à possibilidade de sua utilidade em outros espaços e tempos, por outros agentes sociais, combinando-os ou não, com práticas, valores e conhecimentos locais, sempre que for necessário e possível, respeitando e valorizando as potencialidades locais e, tomando-as como centro e ponto de partida. Num segundo momento, a proposta defende um rompimento parcial e ou integral, caso constatada a necessidade, com aquilo que é, ou que vem do colonizador e que tem dificultado o caminhar dos indivíduos e sociedades africanas. Substituir os fragmentos da colonização gradativamente pelas práticas exclusivamente regionais como a melhor forma de atender os interesses próprios, sempre tomando a África como ponto de referência, ou melhor, como centro para assuntos africanos e do povo africano, seja dentro e como fora do continente. A partir desta preocupação e necessidade de ter a África como referência e ponto de partida para analisar e lidar com assuntos dos africanos, sem negar a existência de outras referências, ou desqualificá-las, como a Europa Ocidental fez ao longo do tempo (negaram e/ou desqualificaram outras referências), elegemos o paradigma *afrocêntrico*, ou a *afrocentricidade*, se preferir, como principal aporte epistemológico e teórico-metodológico para nortear este trabalho.

A *afrocentricidade* é um importante e poderosa ferramenta descolonizadora que, por um lado, possibilita compreender os problemas e as necessidades dos africanos que residem no continente e dos que estão na diáspora. Por outro lado, proporciona soluções compatíveis para estes

problemas e necessidades, respeitando a identidade das pessoas, seus modos de ver, fazer e compreender os fenômenos, sejam eles sociais, econômicos, políticos e, ou culturais. Igualmente é uma ferramenta que possibilita libertar-se das correntes do *eurocentrismo* que têm dificultado os povos colonizados pelos europeus de caminharem sob suas óticas.

A exploração desta temática e o recorte feito foram motivadas por três pontos diferentes, porém complementares: primeiramente, pela curiosidade e vontade em conhecer o universo da MT em Guiné-Bissau, enquanto modo de cuidado de saúde-doença mais acessível e utilizável no país, mas que não é disponibilizado no serviço público de saúde e que carrega estigmas; segundo, por identificar que o (des)conhecimento e o preconceito que muitas pessoas da sociedade guineense têm a respeito da MT, enquanto modo de cuidado de saúde-doença e dos seus outros aspectos, inclusive gestores da saúde e entidades que trabalham com ela e/ou com aspectos relacionados, é influenciado pelo pensamento colonial; terceiro, foi pela necessidade constatada e o dever sentido, enquanto intelectual africano negro, de contribuir com subsídio empírico, resultante de uma pesquisa científica realizada no território guineense, no debate em andamento, relativamente ao o que é realmente a MT, o lugar que (des)ocupa e/ou que deve(ria) ocupar institucionalmente na sociedade e na saúde pública da Guiné-Bissau. Acredita-se que a lentidão neste debate se deve, em grande parte, ao (des)conhecimento que se tem a respeito da MT como um todo, pela falta de pesquisas empíricas específicas, livres das influências do pensamento colonial, para subsidiar e orientar a discussão que visa, entre diversos aspectos, integrar este modo de cuidado de saúde-doença no SNS.

No que diz respeito a ideia da neutralidade na produção do conhecimento científico, as nossas escolhas e/ou preferências, tanto do recorte temático, conceitual, teórico-metodológico, terminológicos, entre outras, neste trabalho, se justificam e/ou são fundamentadas nas perspectivas das epistemologias do Sul. Nestas epistemologias, a ideia da neutralidade no processo que envolve a produção do conhecimento científico, não faz sentido. Segundo Sousa (2019, p 74), *“não faz sentido porque o critério de que depende a confiança se encontra nas vicissitudes da luta contra a opressão, impossibilitando assim, qualquer diferença contextual.”* Ainda de acordo com a mesma fonte, *“neutralidade é um dispositivo ideológico, numa sociedade dividida em opressores e oprimidos...”* (p

75) e permanecer “neutro” nestes contextos é estar do lado dos opressores. Portanto, as escolhas e/ou preferências neste trabalho, principalmente da temática e recorte feito, foram voltadas a atender as necessidades concretas, como a An-Na’ im (2006, p viii, apud Sousa 20219, p 75) exorta de maneira convincente aos acadêmicos africanos: *“É inaceitável que um acadêmico africano dedique toda sua atenção à análise acadêmica distanciada sem tentar responder às necessidades urgentes e ao sofrimento inaudito de africanos em todo o continente”*.

Neste sentido, partimos do pressuposto que é a MT envolve uma questão cultural profunda e defendemos que a sua eficácia ou segurança não pode ser medida pela biomedicina visto que pertence a um universo diferente da biomedicina. Deste modo, a institucionalização da MT no SNS de Guiné Bissau representaria a restauração do reconhecimento cultural do povo.

A relevância desta pesquisa é pelo que ela poderá propiciar para debate em andamento sobre MT nesse país e pelas possíveis implicações que poderá provocar na sociedade e na saúde pública da Guiné-Bissau. É oportuna a exploração desta temática, porque o assunto está em pauta e dada a sua complexidade, existe a necessidade de pesquisas empíricas específicas, como esta, para auxiliar no debate e/ou servir de orientação para tomadores das decisões. Caso contrario, corre-se o risco de que as decisões sejam tomadas sem nenhuma orientação científica resultante da investigação da realidade local. Outro aspecto importante que levamos em conta para considerar esta pesquisa pertinente é o fato de não conhecermos, até então, a existência de alguma pesquisa que tenha explorado ou esteja explorando este assunto com o mesmo recorte temático que definirmos.

O objetivo principal desta pesquisa foi analisar, a partir da percepção dos diferentes atores da sociedade guineense, a necessidade ou não da institucionalização e integração da Medicina Tradicional no Sistema Nacional de Saúde em Guiné-Bissau e suas implicações na saúde pública e na sociedade, bem como as razões de isso não ter sido feito, até então. Outro objetivo foi descrever como se dá o processo de ensino-aprendizagem dos Curandeiros Tradicionais em Guiné-Bissau e a prática das suas atividades naquele país.

O trabalho está estruturado em cinco capítulos, além da Introdução e Considerações Finais. Os capítulos IV e V são artigos, nos quais foram

apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, como veremos mais adiante. O primeiro capítulo, ou seja, capítulo I, intitulado Orientações Conceituais e Teórico-Metodológico, está dividido em dois subcapítulos diferentes, porém complementares. No primeiro subcapítulo, fizemos o enquadramento e justificativa das escolhas dos conceitos e termos que estão intrinsecamente ligados ao fenômeno pesquisado, que foram utilizados recorrentemente ao longo do texto. No segundo subcapítulo, apresentamos, de maneira detalhada, a perspectiva afrocêntrica, enquanto aporte epistemológico e teórico-metodológico eleito para esta pesquisa.

No segundo capítulo, denominado de Marco Contextual da Pesquisa, apresentamos a problemática da pesquisa, na qual contextualizamos de maneira sucinta o debate internacional, regional e nacional a respeito do fenômeno em estudo e especificamente do recorte feito. No terceiro capítulo, chamado de Aspectos Metodológicos, apresentamos todos os aspectos relacionados ao percurso metodológico da pesquisa, do início da pesquisa à análise dos dados.

No quarto capítulo, isto é, artigo I, designado Medicina Tradicional em Guiné-Bissau: Ensino-aprendizagem, Prática, Institucionalização e Integração na Perspectiva dos Curandeiros Tradicionais, apresentamos alguns aspectos relacionados ao processo de ensino-aprendizagem, da MT, curandeiros, exercícios, entre outros aspectos relacionados. No quinto e último capítulo, nomeado de Institucionalização e Integração da Medicina Tradicional em Guiné-Bissau: Implicações na Saúde Pública e na Sociedade, descrevemos a percepção dos atores em relação a necessidade ou não é possíveis implicações de uma eventual institucionalização e integração da MT no SNS, entre outros aspectos ligados. E por fim, apresentamos as considerações gerais da tese!

CAPITULO I

2. ORIENTAÇÕES CONCEITUAIS E TEÓRICO-METODOLÓGICO

Da Medicina Tradicional: a concepção da Medicina Tradicional (MT), assim como de outros fenômenos socioculturais, varia de um lugar para outro, ou seja, de uma sociedade para outra, por estar intrinsecamente ligado às culturas locais. Apesar disso, existe um certo interesse ou preocupação em elaborar uma definição universal, independentemente do lugar. É nesta tentativa que a Organização Mundial de Saúde (OMS) concebe a MT como:

soma total dos conhecimentos, procedimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não e, usados para a manutenção da saúde e, também, para: prevenção, diagnóstico e tratamento, ou melhoria das doenças físicas e mentais (OMS, 2000)³.

A definição da MT proferida pela OMS difere em parte com a concepção dos Curandeiros Tradicionais (CT) da Guiné-Bissau usada nesta tese, resultante do trabalho de campo. Segundo os CT, MT é um conjunto de conhecimentos que se fundamentam na crença em Deus/deuses, natureza, cultura e na longa experiência e, serve para proteger as pessoas, às vezes animais, dos diferentes tipos de doenças, vindas de Deus/deuses, da natureza, ou dos homens, e curá-las ou tratar as não curáveis.

Das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC): neste trabalho, não temos como parte do objetivo a diferenciação entre MT e MAC, mas trouxemos algumas concepções da MAC para situar melhor o nosso objeto de investigação. Segundo OMS (2002), as MAC correspondem às formas de cuidado em saúde que não se encontram inseridas nos sistemas nacionais de saúde dos países. A *British Medical Association* (BMA, 1993), concebe MAC como formas de tratamento que usualmente não são utilizadas pelos profissionais de saúde ortodoxos, são competências que não fazem parte do

³ Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/>. Acessado no dia 26 de maio de 2018, pelas 19:05 horário de Brasília. É importante observar que esta definição da MT proposta pela OMS, aprestam alguns fragmentos do pensamento colonial, por isso será objeto de análise na próxima fase do trabalho, depois da segunda etapa do trabalho de campo.

curriculum da formação graduada dos cursos da medicina. Para Eisenberg *et al* (1993), MAC são um conjunto de sistemas terapêuticos que não são ensinados nas instituições de formação médica. Jonas (1997) complementa que MAC não estão disponíveis, geralmente, nos hospitais. O Centro Nacional de Medicina Complementar e Integrativa (NCCIH) dos Estados Unidos da América entende que MAC é um conjunto de diversos sistemas, práticas e produtos médicos e de atenção à saúde que não são consideradas atualmente parte da Medicina Convencional (MC). Essas definições, principalmente a do NCCIH, mostram, de certa forma, que todas as formas da medicina que não são consideradas convencionais, fazem parte da MAC. Segundo SPADACIO (2009), as MAC são usadas no lugar da MC, sempre que for necessário para complementar, ou como alternativa.

A diferença entre MT da qual estamos a tratar e MAC, a partir das concepções acima apresentadas, é que a MT não se usa como alternativa, ou complemento da MC, pois é uma forma de cuidado de saúde-doença anterior a MC e que independe dela, uma vez que é fundamentada nas culturas, histórias, práticas, crenças e valores de um povo, ou de uma comunidade. A MT, nosso objeto de investigação, segundo OMS (2001), caracteriza-se pelas diferentes práticas de saúde, abordagens e crenças que incorporam plantas, animais, medicamentos a base de minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicadas isoladamente, ou em combinação para manter o bem-estar, assim como para diagnosticar, tratar e prevenir doenças.

Nesta pesquisa, usamos a palavra Medicina Tradicional no singular, ao em vez da Medicinas Tradicionais, no plural, com base em diversos argumentos. Primeiramente, admitimos que talvez exista várias medicinas tradicionais em Guiné-Bissau, porque o país conta com mais de 25 grupos étnicos, como já foi exposto, mas desconhecemos esse fato e não foi parte do objetivo deste trabalho. Outro aspecto é que na sociedade guineense, foi possível constatar que, tanto entre os usuários, entre os gestores da saúde e próprios CT, assim como nos documentos oficiais, a palavra é usada no singular. A partir destes argumentos, supomos que talvez seja uma só medicina e diversas técnicas e recursos, por isso utilizamos a palavra no singular. Uma verificação ou fundamentação dessa hipótese, todavia, fugiu ao escopo desta tese, ficando para futuras investigações.

Do Tradicional: a palavra tradicional, da Medicina Tradicional, nos remete a vários sinônimos, como por exemplo, antigo, velho, popular, convencional, entre outros. No entanto, o sentido do tradicional utilizado neste trabalho é relacionado ao popular e principalmente à tradição, isto é, à transmissão dos conhecimentos, das lendas, dos ritos, dos diversos hábitos e da cultura como um todo, de uma geração para outra, como tem sido a questão do ensino-aprendizagem e do exercício da MT em Guiné-Bissau.

Do Curandeiro Tradicional: a nossa preferência em usar a denominação ‘Curandeiro Tradicional’ neste trabalho para designar as pessoas que exercem/praticam a MT, ao em vez de outras designações, como por exemplo, Praticante da Medicina Tradicional (PTM), Médicos Tradicionais, entre outras, que aparecem na literatura e em alguns documentos oficiais do Ministério de Saúde Pública da Guiné-Bissau, se deve à forma como esses profissionais, pelo menos os entrevistados, se autodesignam e/ou preferem ser denominados. Em Guiné-Bissau, popularmente estes profissionais sempre foram e são chamados de Curandeiros Tradicionais. Portanto, nossa preferência se fundamentou no respeito à forma como o outro deseja ser chamado ou se autodenomina.

Da Institucionalização: o conceito da institucionalização em uso nesta pesquisa não difere muito do que se pode encontrar quando consultar dicionários e/ou outros materiais relacionados. Por exemplo, no dicionário online de português⁴, depara-se com estes significados: “*ação de institucionalizar, de se tornar uma instituição ou de atribuir caráter institucional a; oficialização.*” No infopédia⁵, a definição ampliada da palavra institucionalização encontrada é:

processo mediante o qual um conjunto de normas de comportamento, que orientam uma atividade social considerada importante, adquire regulamentação jurídica formal. Num sentido mais amplo, institucionalização refere-se a um processo de cristalização de procedimentos, de comportamentos, quer tenham ou não importância social relevante: aqui não se trata apenas de normas, mas também de significados, valores ou conhecimentos. Neste segundo sentido, institucionalização é sinónimo de ordem social.

O sentido da palavra institucionalização usada neste trabalho é voltada para a ideia de o Estado legislar sobre um determinado fenômeno do interesse

⁴ Acessada no dia 2/11/2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/institucionalizacao>.

⁵ Acessada no dia 2/11/2021. Disponível em: [https://www.infopedia.pt/\\$institucionalizacao](https://www.infopedia.pt/$institucionalizacao).

público, criar leis e/ou regras, ou analisar e validar os documentos (leis, regulamentos, políticas nacionais, regimentos, estruturas formais, etc.) criados por outras instituições parceiras para possibilitar que todos os aspectos, neste caso, da MT possam estar organizados e regulamentados, permitindo que o próprio Estado, por meio do Ministério de Saúde Pública, maior autoridade sanitária do país, possa acompanhar, avaliar e inspecionar todas as atividades deste modo de cuidado de saúde-doença bastante utilizado em Guiné Bissau. Com isso, o Estado poderá mensurar o quanto a MT é ou não fundamental para a saúde pública do país, poderá identificar quem são as pessoas que a praticam, como são formados/treinados, conhecer o perfil dos principais usuários, saberá o quanto da economia esse universo de cuidado de saúde-doença movimenta, entre outros aspectos relacionados.

Da Integração: o conceito da integração, que vem do verbo integrar, cujo os significados mais comuns são: ação de incorporar; unir elementos num só grupo; foi usado neste trabalho, pensando na ação de incorporar. Ou seja, o sentido da palavra integração utilizado neste trabalho foi na ideia do Estado de Guiné-Bissau, por meio do Ministério de Saúde Pública, integrar a MT no Sistema Nacional de Saúde (SNS), torná-la parte do SNS, isto é, disponibilizar os serviços deste modo de cuidado de saúde-doença no SNS, assumir sua gestão, financiamento, avaliação, contratação dos Curandeiros Tradicionais e de outros profissionais para atuarem na prestação deste serviço dentro do SNS. No entanto, essa integração não significa que a MT deve funcionar necessariamente na mesma estrutura junto com a MC.

Do conhecer: o sentido da palavra conhecer usada no título do trabalho, não significa que as pessoas desconhecem a MT, mas que devem a conhecer numa perspectiva menos colonizadora, a partir das narrativas dos próprios CT. Isso significa conhecer a MT da Guiné-Bissau e com certeza, de vários outros lugares no continente africano, numa perspectiva afrocêntrica, como veremos mais adiante.

2.1 AFROCENTRICIDADE: UMA CRÍTICA À COLONIZAÇÃO E ALTERNATIVA PARA COM SEUS EFEITOS

A afrocentricidade vai além de um simples conceito, ela é uma proposta epistemológica de lugar, um paradigma, um pensamento libertador e uma alternativa para com os efeitos causados pelo longo e violento processo da colonização em diferentes regiões do mundo, principalmente em África e entre os africanos vivendo na diáspora. Antes de adentrar na discussão de como as contribuições afrocêntricas vem sendo utilizadas para descolonizar pensamentos, estruturas, hábitos, etc., e como foram utilizadas neste trabalho, faremos uma apresentação da mesma, enquanto epistemologia, paradigma científico, seu contexto de surgimento, críticas sofridas, entre outros aspectos. Segundo Malofi Kete Asante, o principal teórico deste pensamento:

Afrocêntridade é uma proposta epistemológica de lugar. É um tipo de pensamento, prática e perspectiva que perceba os africanos como sujeitos e agentes de fenômenos atuando sobre sua própria imagem cultural e de acordo com seus próprios interesses humanos (Asante, 2009, p. 93).

A afrocentricidade surgiu, de acordo com Asante (2016), como um repensar da caixa conceitual que tinha aprisionado os africanos no paradigma ocidental. A proposta veio, de acordo com o mesmo autor, como uma lança no ventre do eurocentrismo que tinha e, ainda em alguns casos, tem estrangulado a criatividade intelectual dos povos africanos em uma gaiola do pensamento ocidental. Vale frisar que, além dos povos africanos, outros grupos, também vítimas da colonização europeia, foram e são reféns deste pensamento. Para Mazama (2003), a afrocentricidade “surgiu em resposta à supremacia branca, a qual tem assumido diversas formas que certamente não são excludentes entre si” (p. 111).

Segundo Mazama (2003), a afrocentricidade é uma afirmação do lugar de sujeito dos africanos dentro de sua própria história e experiências, sendo ao mesmo tempo uma rejeição da marginalidade e da alteridade frequentemente expressas nos paradigmas comuns da dominação conceitual europeia. Para Asante (2016), “é uma crítica da dominação cultural e econômica e um ato de presença psicológica e social diante da hegemonia eurocêntrica” (p. 10). Também é uma proposta que visa romper com os *modus operandi* europeu como principal norteador dos rumos que os povos africanos devem seguir. Por conta disso, a proposta sugere que, nós africanos, voltemos aos nossos valores,

nossos modos de conceber as coisas, uma consciência autêntica que foram nos tirando pelo longo e violento processo da colonização europeia. Segundo Mazama (2003):

no interior do pensamento afrocêntrico reside a afirmativa de que “nós africanos devemos operar como agentes autoconscientes, controlar nossos destinos por meio de uma autodefinição positiva e assertiva em que os critérios para tal devem ser extraídos da cultura africana” (p.111).

De acordo com Asante (2016), isso implica numa retomada às civilizações clássicas da África antiga para inspiração e orientação. O autor observa que a orientação para a afrocentricidade começou com as primeiras civilizações do Vale do Nilo, as culturas Núbia e Kemética, com propósito de demonstrar o papel dos africanos na história mundial. Alguns pensadores africanos deram contribuições importantes que possibilitaram a configuração da afrocentricidade como proposta epistemológica e um paradigma científico. Entre estes pensadores, citamos Cheikh Anta Diop (29/12/1923 – 07/02/1986), que segundo Asante (2016):

foi capaz de demonstrar que a tentativa da Europa de tirar pessoas negras para fora do Egito e o Egito para fora da África foi o cerne da falsificação europeia das contribuições da África para a história mundial. Sua principal argumentação era que os antigos egípcios lançaram as bases da civilização africana e europeia e que os antigos egípcios não eram nem árabes nem europeus, mas como Diop diria "**Negros Africanos**" para enfatizar que não deveria haver erro. Esses "Negros Africanos" do Vale do Nilo deram ao mundo a astronomia, a geometria, o direito, a arquitetura, a arte, a matemática, a medicina e a filosofia. O antigo termo egípcio africano "seba" encontrado pela primeira vez em uma inscrição no túmulo de Antef I de 2052 a.C. tinha como principal significado no ciKam⁶ o "estilo de raciocínio do povo". Era a fonte da raiz "sophia" na palavra "filosofia" (p. 14).

A afrocentricidade emergiu na década de 1980, de acordo com Asante (2009), com propósito de dar seguimento a um processo de conscientização política do povo africano, que existia, ou melhor, que foi colocado à margem da

⁶ Segundo Ama Mazama (2014), o ciKam constitui uma língua clássica africana, sendo a língua do Kemet e, portanto, uma base importante para o estudo do pensamento africano. Cf. MAZAMA, Ama. An Afrocentricity International Cultural Manifesto for the Education of Black People. Publicado em 08.05.2014. Disponível em: <http://dyabukam.com/index.php/en/knowledge/culture/item/119-learning-objectives-for-world-african-studies>. Acessado no dia 13 de fevereiro de 2020.

educação, arte, ciência, economia, tecnologia etc., pelo eurocentrismo. A afrocentricidade é a conscientização sobre a agência⁷ do povo africano.

Segundo Asante (2009), o desafio da afrocentricidade foi e ainda é desferir um golpe na falta da consciência, não apenas das opressões que sofremos, nós africanos, mas também das vitórias possíveis. A apresentação das alternativas reais ou propostas estratégicas para despertar uma consciência revolucionária do povo africano e propor soluções para os nossos problemas. Isso torna necessária uma crítica profunda do processo da colonização que nos colocou nas condições da subalternidade, marginalidade etc., das quais temos tentado sair há um tempo e temos conseguido aos poucos.

A origem da afrocentricidade como uma ideia intelectual remonta à publicação do livro: *Afrocentricity: The Theory of Social Change* [Afrocentricidade: A Teoria de Mudança Social] da autoria do Malofi Kete Asante, na década de 1980. A palavra Afrocentricidade veio da palavra "Afro-cêntrico" que foi usada pela primeira vez, por Kwame Nkrumah, em 1961 em um discurso na Universidade de Gana, em Legon. No entanto, foi com a publicação do livro acima referido que a afrocentricidade enquanto perspectiva que buscou privilegiar a identidade, os conceitos, os pensamentos e as ações africanas foi nomeada ao falar para ou sobre o povo africano no contexto da história (ASANTE, 2016).

Segundo Asante (2016), a afrocentricidade, enquanto ideia intelectual, articula uma poderosa visão contra-hegemônica que questiona ideias epistemológicas que estão simplesmente enraizadas nas experiências culturais de uma Europa particularista e patriarcal. E "se anuncia como uma forma de ideologia antirracista, antiburguesa e antissexista" (p.11). Isto é, ela possibilita várias outras análises, advoga a favor das minorias oprimidas pela perspectiva dominante. Também conversa com outras perspectivas antirracistas, anticoloniais, entre outras. De acordo com Asante (2016):

a afrocentricidade gira em torno da cooperação, da coletividade, da comunhão, das massas oprimidas, da continuidade cultural, da justiça restaurativa, dos valores e da memória como termos para a exploração

⁷ A agência é a capacidade de dispor dos recursos psicológicos e culturais necessários para o avanço da liberdade humana. Já um agente é um ser humano capaz de agir de forma independente em função dos seus interesses (Asante, 2009, p. 94).

e o avanço da comunidade humana. Estes valores baseiam-se numa plena compreensão das ideias culturais africanas e baseiam-se no estudo e reflexão de sociedades africanas específicas, de modo transgeracional e transcontinental (p. 11, 12).

A afrocentricidade trabalha no desafio de trazer a pessoa africana ao centro como agente e, com isso, forçar a hegemonia europeia a liberar seu poder de situar os africanos como marginais. Assim sendo, a comunicação, o comportamento e as atitudes dos povos africanos passarão a ser examinadas dentro do contexto da cultura africana. De acordo com Asante (2016), por um lado, a afrocentricidade “procura corrigir o sentido de lugar do africano e, por outro lado, fazer uma crítica do processo e extensão do deslocamento causado pela dominação cultural, econômica e política europeia da África e dos povos africanos” (p. 16).

2.1.1 Paradigma Afrocêntrico

Enquanto paradigma científico, afrocentricidade viria a ser sistematizada só em 2003, com a publicação do livro: *The Afrocentric Paradigm* [O Paradigma Afrocêntrico] da autoria da Ama Mazama. De acordo com Asante (2016, p. 12), “a publicação deste trabalho solidificou o movimento como uma importante escola teórica de pensamento no campo da Africalogia”.

Mazama (2003) começou a sistematização da afrocentricidade como paradigma, admitindo que existem várias e diversas definições desta palavra, mas lembra que Thomas Kuhn foi o primeiro, em 1962, a apresentar uma definição e sistematização do que seria um paradigma. Para sistematização da afrocentricidade como paradigma, Mazama (2003) optou pela conceituação de paradigma proposto pelo Kuhn, apesar de reconhecer que o modelo proposto por Kuhn é mais voltado para as ciências naturais, mas tem sido aplicado nas ciências humanas. Para esta autora:

um dos principais conceitos de paradigma, tal como desenvolvido por Kuhn, é tornar explícita a existência de premissas particulares nas quais todas as investigações intelectuais necessariamente se baseiam, tornando assim insustentável a ideia de neutralidade e universalidade científica (Mazama, 2003, p. 114).

Mazama (2003) encontra dois aspectos centrais na proposta de Kuhn para um paradigma: “o cognitivo e o estrutural”. A autora considera que o modelo proposto por Kuhn é abrangente, mas ainda sim, propôs um outro aspecto, além do cognitivo e estrutural: o aspecto funcional. Este aspecto foi extraído da perspectiva afrocêntrica, em que “nunca se produz conhecimento por si mesmo, mas sempre em função da libertação dos africanos” (p. 116). Isto é, um paradigma deve ter, na perspectiva afrocêntrica, a função de ativar a consciência dos seus adeptos para suas libertações no sentido amplo da palavra.

Segundo Mazama (2003, apud Masterman 1970), o primeiro aspecto, o *cognitivo*, se desdobra em três níveis diferentes:

a) o *metafísico*, ou seja, um princípio organizador, uma série de crenças; b) o *sociológico*, isto é, um conjunto de hábitos científicos, “uma matriz disciplinar”, “os compromissos compartilhados de qualquer comunidade disciplinar”, seja em termo de métodos, seja de aparato conceitual ou técnicas; c) os *exemplares*, as formas concretas de solução de problemas que os alunos encontram desde o princípio de sua educação científica, em laboratórios, em exames ou nos finais dos capítulos dos livros de ciência. Quanto ao segundo aspecto, estrutural, Mazama afirma que Kuhn refere-se a uma “estrutura comunitária”, isto é, a comunidade de intelectuais que praticam a parte cognitiva do paradigma (p.114, 115).

Aspecto Metafísico: Segundo Mazama (2003), a centralidade da experiência africana para os povos africanos é o princípio organizador que determina a percepção das realidades africanas. Por isso, uma pessoa afrocêntrica, de acordo com Mazama (2003 apud Asante, 1990, p. 6), “não vai questionar a ideia da centralidade dos ideais e valores africanos, mas discutirá sobre o que os constitui”. Visto que as implicações desta centralidade são de longa alcance e infinitas.

A afrocentricidade questiona a maneira como você chega a qualquer empreendimento humano concebível. Ela questiona a abordagem que você faz a respeito de ler, escrever, fazer *jogging*, correr, comer, manter a saúde, ver, estudar, amar, lutar e trabalhar (Mazama, 2003, apud Asante, 1988, p. 45).

Segundo Mazama (2003), a colocação dos valores e ideais da África no centro da vida africana, a afrocentricidade, esposa a cosmologia, a estética, a axiologia e a epistemologia que caracterizam a cultura africana. Eis algumas destas características, segundo Mazama (2003, apud Karega, 2003): 1)

centralidade da comunidade; 2) respeito à tradição; 3) alto nível de espiritualidade e envolvimento ético; 4) harmonia com a natureza; 5) natureza social da identidade individual; 6) veneração dos ancestrais; e 7) unidade do ser (p. 117). Posto isso, Mazama (2003) afirma que “o que define a afrocentricidade é o papel crucial atribuído à experiência social e cultural africana como referência final” (p.117).

Segundo Mazama (2003), a configuração da afrocentricidade integrou vários dos princípios filosóficos africanos e estes princípios são os alicerces sobre os quais a afrocentricidade se construiu e funcionam como suas premissas básicas. De acordo com a mesma fonte (apud Asante 1980, p.vi, 104), existem quatro grandes blocos que constituem a estrutura fundamental da afrocentricidade: “a filosofia de Marcus Garvey⁸, o movimento da *Negritude*, o Kawaida⁹ e a historiografia do Diop” (p. 118).

Aspecto Sociológico: A dimensão sociológica de um paradigma requer necessariamente uma matriz disciplinar que deve ser estruturada com base nos princípios metafísicos e caracterizada por um aparato conceitual, uma metodologia e um conjunto de teorias específicos (MAZAMA, 2003). A compreensão da afrocentricidade enquanto paradigma vai se dar dentro do contexto dos Estudos Afro-Americanos. Segundo Mazama (2003), “a

⁸ É considerado um dos maiores ativistas da história do movimento nacionalista negro. Marcus Garvey liderou o movimento mais amplo de descendentes africanos até então; é lembrado por alguns como o principal idealista do movimento de “volta para a África”. Na realidade ele criou um movimento de profunda inspiração para que os negros tivessem a “redenção” da África, e para que as potências coloniais europeias desocupassem a África. Em suas próprias palavras, “Eu não tenho nenhum desejo de levar todas as pessoas negras de volta para a África, há negros que não são bons elementos aqui e provavelmente não o serão lá.”

⁹ Kawaida: a filosofia da teoria e movimento nacionalista cultural chamada kawaida (uma palavra suaíli que significa "tradição" ou "razão", pronuncia-se ka-wa-EE-da) é uma síntese das ideologias nacionalista, pan-africanista e socialista. Foi criado e definido por Maulana Karenga durante o auge do orgulho e autoconsciência negros que caracterizaram o movimento Black Power em 1966. Karenga acreditava que os negros precisavam de uma mudança de consciência antes que pudessem montar uma luta política para se empoderar. Ele argumentou que a recuperação de um sistema de valores africano baseado nos nguzo saba (sete princípios) de umoja (unidade), kujichagulia (autodeterminação), ujima (trabalho e responsabilidade coletivos), ujamaa (economia cooperativa), nia (objetivo), kuumba (criatividade) e imani (fé) serviriam como catalisadores para motivar, intensificar e sustentar a luta negra contra o racismo. Esse sistema de valores, que serviu de base à kawaida, forneceria a base para uma nova cultura afro-americana definida em termos de mitologia (religião); história; organização social, econômica e política; produção criativa; e *ethos*, etc.

Disponível em: <https://www.encyclopedia.com/history/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/kawaida>. Acessado no dia 13 de fevereiro de 2020.

afrocentricidade funciona como uma metaparadigma para os Estudos Afro-Americanos” (p.119). Pois os Estudos Afro-Americanos são, de acordo com Mazama (2003), “um estudo sistêmico e crítico dos aspectos multidimensionais do pensamento e da prática dos negros em seu desenrolar atual e histórico” (p.119).

No entanto, os Estudos Afro-Americanos apresentam abordagens diferentes para tratar dos assuntos dos africanos, mas não necessariamente tomando a África como centro ou ponto de partida, como sugerem os afrocêntricos. Por conta disso, o principal nome da afrocentricidade, Molefi K. Asante, preocupado, em parte, com as confusões que cercam os Estudos Afro-Americanos, e, por outro lado, em enfatizar a importante conexão metafísica entre os estudos das vidas africanas e a centralização africana, ou afrocentricidade, cunhou o termo *africalogia*, definida como “estudo afrocêntrico dos fenômenos, eventos, ideias e personalidades relacionados à África” (MAZAMA, 2003, p. 120). Dentro desta disciplina, segundo Mazama (2003), devem-se discutir assuntos pertinentes a cosmologia, epistemologia, axiologia e estética africanas.

Sendo assim, os aspectos sociológicos do paradigma afrocêntrico devem ser concebidos dentro da *africalogia*. De acordo com Mazama (2003, apud Asante, 1990, p.12):

as dimensões metafísicas e sociológicas estão profundamente interligadas. Como disciplina, a *africalogia* é sustentada pelo compromisso de centrar o estudo dos fenômenos e eventos africanos na voz cultural e particular do conjunto de povos africanos; o centrismo, que significa plantar a observação e o comportamento nas experiências históricas próprias, modela os conceitos, os paradigmas, as teorias e os métodos da *africalogia*.

Aparato Conceitual: Centro, localização, lugar, deslocamento e realocação, são os principais conceitos utilizados pelos *africalogistas* em suas pesquisas. Os conceitos: *centro*, *localização* e *lugar*, segundo Mazama (2003), são fundamentais no aparato conceitual afrocêntrico e, são apoiados na convicção de que a história, a cultura e a ancestralidade determinam a nossa identidade, nós africanos. Para Mazama (2003):

esta, por sua vez, determina nossa localização, nosso centro, nosso lugar na vida, tanto material quanto espiritual. Conceber-se de uma

forma compatível com história, cultura e ancestralidade é estar centrado, ou proceder a partir do seu centro (p. 122).

Quanto ao conceito de *deslocamento*, Mazama (2003) afirma que, “este ocorre quando alguém aprende a realidade pelo centro de outro grupo” (p. 122).

De acordo com a mesma fonte:

não é incomum que os africanos da diáspora viajam para a Europa como se tivessem uma ligação cultural e histórica com esse lugar, enquanto viajar para a África não lhes ocorre sequer como opção, muito menos como imperativo. Embora seja razoável que os descendentes de europeus tenham uma ligação especial com a Europa, com base em sua realidade histórica, cultural e ancestral, tal ligação é altamente problemática para os africanos, ilustrando muito bem o que significa deslocamento (MAZAMA, 2003, p.122).

Mazama (2003) entende que este comportamento reforça a ideia de que a Europa é o centro do mundo e que as implicações desta ideia vão além da questão física e atingem a dimensão psíquica, principalmente dos não europeus. A busca da Europa como destino de muitos e o interesse em ter nacionalidade de um dos países desta região continental com intuito de pertencer, poder ir e voltar quando quiser, também reforça a ideia da Europa como centro de todos os povos. Para Mazama (2003), “embora os africanos possam voltar fisicamente da Europa, a verdade é que sua psique ainda não voltou para o seu lar, a África. A realocação ainda está para ocorrer” (p. 122). De acordo com Mazama (2003):

nós africalogistas, frequentemente usamos outros termos, como visão do mundo, cosmologia, axiologia, estética e epistemologia em nossa tentativa de delinear de modo consciente e preciso os contornos metafísicos do paradigma afrocêntrico e da visão do mundo africana em que ela se baseia (p. 122).

2.1.2 Críticas a Afrocentricidade

No universo acadêmico, sempre que nasce uma proposta teórica, metodológica ou epistemológica, seja contrariando propostas anteriores, ou mesmo apresentando novos caminhos sem negar os já existentes, ela é apreciada pelos críticos da área. Uns criticam apontando as possíveis melhorias, outros desmerecem a proposta por completo, mas há aqueles que se autoconvencem ou são convencidos pelo argumento apresentado.

O nascimento da afrocentricidade não foi diferente. Sofreu fortes críticas, com certeza ainda sofre, por conta de como se define e os argumentos que a compõem enquanto paradigma científico. Porém, foi bem recebido por outros, razão pela qual está viva e com adeptos, utilizando das suas contribuições em suas produções intelectuais. Mas o que nos interessa aqui é destacar as críticas, ou ataques sofridos, décadas antes e depois do seu nascimento.

As críticas ou ataques, como alguns preferem nomear, aos pensamentos afrocêntricos, começaram no início da década de 1960¹⁰, quando um grupo de acadêmicos franceses, de maneira organizada, lançaram ataque às obras do Cheikh Anta Diop, principalmente a obra, ***Nações Negras e Cultura*** (1955). Segundo Finch (2009):

estes acadêmicos eram alguns dos mais influentes africanistas então vivos e estavam, cada um e todos eles, polidamente enraivecidos diante da sugestão de Diop – que, enfim, era um *professeur* com formação semelhante à deles – de que o Egito era uma civilização negra (p. 172).

Diop respondeu aos ataques por meio das entrevistas e artigos de opinião, reafirmando suas teses e, no ano de 1974, quando teve a primeira oportunidade de debater abertamente com estes africanistas, seus críticos, num simpósio em Cairo, capital do Egito, no qual teve uma assistência competente do também *professeur* Théophile Obenga¹¹, Diop “derrotou seus opositores publicamente, reafirmando suas teses” (FINCH, 2009, p. 172).

Finch (2009, p.174,175) sistematizou em 8 pontos os principais argumentos do pensamento afrocentrado que tem deixado eurocentristas furiosos e provocado críticas e ataques:

A humanidade começou na África e todos os subgrupos ou variedades humanas contemporâneas, isto é, “raças” são ramificações da árvore genealógica humana enraizada na África. Poderíamos dizer que todos os seres humanos são africanos debaixo da pele;

Dada a premissa acima, os caucasianos são os descendentes dos africanos que migraram para Europa há cerca de cinquenta mil anos e, com renovação da idade do Gelo há quarenta mil anos, sofreram

¹⁰ Como descrito antes, a sistematização da afrocentricidade aconteceu na década de 1980, mas ela remonta das ideias anteriores, principalmente as do Cheikh Anta Diop.

¹¹ É um Historiador africano, nascido em Congo no ano de 1936. Professor emérito no Africana Studies Center da San Francisco State University. É um defensor politicamente ativo do Pan-africanismo e um afrocentrista.

alterações fenotípicas que os fizeram perder o pigmento e embranquecer;

A cultura humana, como a própria humanidade, começa na África e atinge seu mais alto estágio, isto é, a civilização, primeiro na África;

A civilização moderna se origina no nordeste da África, nas terras chamadas de Ta-Seti e Kemit, mais tarde denominadas Núbia e Egito, entre aproximadamente seis mil e treze mil anos atrás;

O judaísmo e cristianismo são, ambos, correntes da religiosidade humana que emanam do vale do rio Nilo nos sentidos conceitual, simbólico, de doutrina e de organização;

A civilização grega-romana foi um entre muitos subprodutos da civilização do vale do rio Nilo, isto é, do Egito e da Etiópia;

A ciência e a tecnologia ocidentais, assim como a religião, originaram-se na África;

Houve uma série de viagens pré-colombianas da África até as Américas que se iniciaram aproximadamente em 1200 a.C. e continuarem até ao menos 1400 d.C.

A sistematização da afrocentricidade na década de 1980, reacendeu o debate, principalmente nos Estados Unidos da América, a respeito dos argumentos que fundamentam a afrocentricidade. Segundo Finch (2009), nos primeiros momentos os acadêmicos contrários a essas ideias adotaram a estratégia de ignorá-las. Porém, vendo o seu alcance e seus impactos dentro das universidades, alunos negros questionando professores sobre a dívida grega com a África, isto é, com Egito e Etiópia (conforme o mesmo autor):

abandonaram a tática de ignorar e começaram a atacar, “ao perceber que o tigre afrocêntrico estava no portão algo tinha que ser feito. O resultado foi o livro: Não (saímos) de dentro da África (1996), uma ladainha antiafrocêntrica que gozou de breve notoriedade” (p. 173).

No começo da década de 1990, antes do lançamento do livro ‘Não (saímos) da África’ (1996), os críticos dos pensamentos afrocêntricos já utilizavam as revistas acadêmicas, jornais e diferentes meios para apresentar suas críticas. Segundo Finch (2009), chamavam os teóricos da afrocentricidade de “novos bárbaros”, ridicularizaram seus trabalhos acadêmicos e chegaram a sugerir que estes perdessem seus empregos como professores universitários. Ainda, conforme Finch (2009), “estes críticos evitavam confrontar os afrocentristas em debate aberto” (p. 174).

Grande parte dos argumentos dos críticos era motivada pelo tão consolidado racismo científico, porque careciam de argumentos concretos para refutar as teorias que sustentam o pensamento afrocêntrico. De acordo com Finch (2009), para tentar disfarçar o racismo contido em suas críticas, usaram a sutileza de sempre: “alistaram certos acadêmicos negros para juntar-se a eles no ataque contra os bárbaros da afrocentricidade, como se assim pudessem assegurar a todos que tal controvérsia não era uma questão racial” (p. 174). Alguns nomes como, Frank Snowden (1911 – 2007)¹², Henry L. Gates¹³, Gerald Early¹⁴, Manning Marable (1950-2011)¹⁵, entre outros, foram acadêmicos negros que se juntaram na crítica à afrocentricidade.

Segundo Finch (2009), os críticos da afrocentricidade, tanto brancos como negros, evitavam o debate aberto com os teóricos da afrocentricidade, “contentavam-se em atirar nos “bárbaros” no conforto e na segurança da torre de marfim, sem se arriscar a receber o fogo inimigo de perto e pessoalmente” (p. 174). Um outro ponto da afrocentricidade atacado fortemente nos Estados Unidos das Américas foi as religiões de matrizes africanas, uma vez que as contribuições teóricas trazidas pela afrocentricidade despertaram a consciência de muitos afro-americanos a respeito das religiões africanas, dos sistemas de cura, da espiritualidade, entre outros rituais e símbolos. De acordo com Finch (2009), a partir da década de 1990, “grande parte da comunidade negra de fé cristã repudia esse abraçar da espiritualidade africana, continuando a demonizá-la como fizeram os missionários, rotulando-a de fetichismo, paganismo e culto ao demônio” (p. 176). Estas críticas são anteriores ao nascimento da afrocentricidade, mas sempre que a espiritualidade africana aparece, ou melhor, sempre que se trate de algo relacionado as religiões africanas, vem estes preconceitos, que não passam do racismo religioso.

¹² De origem estadunidense, Snowden foi professor emérito de clássico na Universidade de Howard. É bem conhecido por seus estudos sobre negros na antiguidade clássica.

¹³ É crítico literário, educador, acadêmico, escritor, cineasta norte-americano. Diretor de Centro de Pesquisa Africano e Afro-americano na Universidade de Harvard. Disponível em: <https://aaas.fas.harvard.edu/people/henry-louis-gates-jr>. Acessado no dia 10 de março de 2020.

¹⁴ Acadêmico, ensaísta e crítico da cultura americano. Professor do departamento de estudos africanos e afro-americanos na Universidade de Washintong, etc. Disponível em: <https://afas.wustl.edu/people/gerald-early>. Acessado no dia 10 de março de 2020.

¹⁵ Foi professor na Universidade de Columbia, onde lecionou, entre várias outras disciplinas, estudos afro-americanos. Foi fundador do instituto de pesquisa de Estudos Afro-americanos, etc. Disponível em: http://c250.columbia.edu/c250_celebrates/harlem_history/marable.html. Acessado no dia 10 de março de 2020.

Segundo Finch (2009), ainda que muitos negros e brancos da fé cristã criticavam ou atacavam a questão da espiritualidade africana que é ressaltada pela afrocentricidade, porém outros a apreciavam:

um número surpreendente de cristãos afro-norte-americanos vê ecos da religião tradicional africana no interior de suas práticas e seus sentimentos religiosos, o que contribui por uma atitude de mais respeito à espiritualidade da África “atlanteana” (África Ocidental e Congo). É como se alguns dos assuntos básicos e das questões que o cristianismo não pode resolver fossem mais possíveis de resolução no contexto de espiritualidade africana (p. 176,177).

A afrocentricidade seguiu convencendo e conquistando adeptos mundo a fora, apesar das críticas e ataques que tem sofrido. É importante observar que os teóricos da afrocentricidade não pararam no tempo, porque não é uma proposta ortodoxa, ou seja, eterna. Segundo Finch (2009), “não podemos investir no paradigma por si e para si. Devemos trabalhar para o dia em que, como acontece com todos os paradigmas, um modelo mais rico e mais dinâmico possa surgir dele e tomar seu lugar” (p. 177).

2.1.3 O Uso das Abordagens Afrocêntricas

As contribuições afrocêntricas têm sido utilizadas para três aspectos principais: 1º) possibilitar a compreensão dos efeitos causados pelo longo e violento processo da colonização europeia nas sociedades, nos grupos sociais e nos indivíduos; 2º) viabilizar as estratégias e técnicas para descolonizar os pensamentos, as estruturas, os hábitos, entre outros aspectos relacionados; e 3º) propor justiça restaurativa, visto que o processo da colonização causou muitos danos, físicos, psicológicos, materiais, entre outros e promoveu uma profunda injustiça racial, social, política, econômica, etc., na relação colonizador e colonizado, igualmente, entre os próprios colonizados.

Uma das contribuições mais notáveis desta perspectiva, no que se refere a justiça restaurativa, mas cujo desdobramento vai além, são as implementações das cotas raciais e sociais, ou seja, as ações afirmativas, nos sistemas de acesso aos cursos nas instituições do ensino técnico e superior, principalmente nas públicas e, em alguns casos, estas políticas vão além do acesso às universidades. No Brasil, por exemplo, são implementadas também nos

concursos públicos. Vale observar que estas políticas são resultantes de uma luta longa de gerações e gerações que tomaram a consciência dos prejuízos causados pelo processo da colonização e pensaram nas estratégias que poderiam gerar oportunidades de acesso aos espaços de poder (no sentido amplo da palavra), com finalidade de tentar diminuir a distância das desigualdades existentes entre os ex-colonizadores e suas vítimas.

Nos Estados Unidos da América (EUA), o berço da teorização da afrocentricidade, as políticas de cotas para acesso às universidades começaram nos finais de década de 1960, antes da sistematização da afrocentricidade como paradigma, mas o pensamento afrocêntrico já existia e mobilizava, e ainda mobiliza, atuações políticas e sociais em busca de sociedades menos desiguais, ou seja, já despertava a consciência das vítimas das brutalidades causadas pelo longo e violento processo da colonização europeia. A política das ações afirmativas para acesso às universidades, possibilitou um crescimento considerável das pessoas negras nas universidades, provocando um aumento pela necessidade de criação de mais departamentos dos Estados Afro-Americanos, ou Africanos, para atender as demandas dos novos integrantes das universidades que não escondiam seus desejos em conhecer a história e cultura do povo africano, do qual descendem ou ascendem, para melhor conhecer e lidar com suas identidades. A situação suscitou a necessidade de haver novas abordagens, isto é, abordagens capazes de compreender a especificidade de cada povo, não mais aquelas universalistas, ou eurocêntricas, nas quais os negros não se viam bem retratados ou representados.

Após a sistematização da afrocentricidade na década de 1980, observou-se um aumento considerável dos afro-americanos no interesse pela cultura, história, espiritualidade, entre outros aspectos do povo africano. A África passou a ser vista como ponto de referência para uma vida identitária, por muitos daqueles que não a conheciam sob outra perspectiva, além das versões carregadas dos preconceitos e racismo propagadas pelos colonizadores. Neste país, as contribuições afrocêntricas provocaram e ainda provocam mudanças, ou seja, adequações necessárias em diferentes áreas para melhor atender e lidar com a especificidade do povo preto. Por exemplo, os debates a respeito da educação multicultural tornam-se cada vez mais interessantes, fala-se em

Serviço Social, Psicologia e entre várias outras atividades/serviços afrocentrados (NASCIMENTO, 2009).

No Brasil, onde esta pesquisa está sendo desenvolvida, as ações afirmativas voltadas para acesso as instituições de ensino técnico e superior começaram a ser implementadas na primeira metade da década de 2000 e, vieram na mesma linha, tentar diminuir as desigualdades causadas pelo desdobramento do longo processo da colonização, ou seja, trata-se da busca pela justiça restaurativa, como defende o pensamento afrocêntrico. No entanto, o exercício deste pensamento no Brasil é de décadas anteriores, por exemplo, o conceito de *quilombismo*, que pode ser entendido como uma forma de resistência cultural, isto é, manutenção da cultura africana fora da África, pelas pessoas ascendentes ou descendentes deste continente é uma postura afrocêntrica. Se adentrarmos na história da luta do povo negro no Brasil, identificaremos várias posturas que podem ser consideradas, nos dias atuais, de afrocênticas, mas isso não é o nosso desafio do momento.

O aumento do ingresso das pessoas negras nas universidades brasileiras, discentes e docentes, tem desencadeado a necessidade de debates a respeito de novas abordagens na produção do conhecimento. Abordagens que buscam descolonizar os pensamentos, as estruturas, os hábitos, discutir as questões raciais, entre outras. É nesta conjuntura que as contribuições afrocênticas, ou seja, a afrocentricidade vem sendo uma alternativa. Neste país, muitos trabalhos acadêmicos, entre capítulos de livros, artigos, dissertações e teses, já se utilizaram das contribuições afrocênticas para discutir os fenômenos estudados. A grande parte dos trabalhos acessados foram no campo da educação, discutiram a questão dos currículos e conteúdos escolares (básicos e superiores) e posteriormente apontaram possíveis alternativas, a partir da afrocentricidade, (NOGUEIRA, 2010; SILVA, 2016; BENEDICTO, 2016; REIS & FERNANDES, 2018)¹⁶.

No campo da saúde coletiva, no qual este trabalho está inserido, as contribuições afrocênticas são frequentemente utilizadas. Alguns trabalhos

¹⁶ No livro, *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora* (2009), encontra-se sete capítulos de diferente autoria que apresentaram alguns exemplos do uso das abordagens afrocênticas nos Estados Unidos da América, no Brasil e, em Grã-Bretanha.

acessados, produzidos no campo de saúde mental (Psicologia e Psiquiatria), abordaram a necessidade de uma terapia afrocentrada, capaz de compreender e tentar resolver de forma mais eficiente o problema de uma pessoa negra, cuja um contexto sociocultural diferente, se comparada a da pessoa branca, geralmente tida como padrão. Alguns dos achados debruçaram-se sobre relação de saúde mental e racismo, com vistas a inaugurar uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva, baseado no paradigma da afrocentricidade (ALVES, et al., 2015; OLIVEIRA & SANTOS, 2019).

Em 2007, no Brasil, o Governo Federal lançou, através do Ministério da Saúde, uma das mais notáveis políticas públicas de saúde de cunho afrocêntrico, a chamada Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. A criação desta política, que obviamente foi fruto da luta dos movimentos negros pelos direitos à saúde e atendimentos adequados as suas realidades socioeconômicas, cultural e biológica, demonstra um certo reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que o *modus operandi* que orienta a atuação dos profissionais de saúde, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) e como nas redes privadas de saúde, não atendem a população negra de maneira apropriada. Por um lado, pode-se afirmar que é por falta, ou pouco, do conhecimento dos profissionais, visto que foram formados nas sociedades e universidades racistas e com currículos escolares eurocêntricos. Por outro lado, o que se observa no comportamento da maioria dos profissionais de saúde brancos, quando atendem pessoas negras ou não brancas e as destratam, chama-se racismo.

Na África, caso concreto de Guiné-Bissau, faz mais sentido falar da ausência de uma gestão afrocêntrica, ou respaldada nos valores africanos, principalmente quando se trata das instituições públicas, ao em vez de falar de como tem sido o uso das suas abordagens para enfrentar os efeitos da colonização. Porque, ainda que Guiné-Bissau tenha sofrido a colonização europeia por cinco séculos, a vida cotidiana da massa populacional tem referência nos valores e na cultura local. No entanto, existe e é notável a reprodução e/ou a manutenção da cultura outra (colonizadora) na sociedade. Pode-se dizer que a elite política do país são os principais agentes da manutenção do *modus operandi* imposta pelos colonizadores, através da máquina pública (Estado), por terem sido os principais operadores desta

máquina. Mas, vale observar que a postura desta elite se deve em parte ao efeito do pensamento colonial, que entre várias das suas atribuições, desqualifica a cultura e *modus operandi* do Outro e enaltece os seus. No entanto, isso não lhes isenta, igualmente não exime a massa populacional das suas responsabilidades em buscar uma consciência crítica (anticolonial) que possa lhes despertar para uma busca da referência de modo de ser e estar centrado e fundamentado nos valores e na cultura do povo africano.

Neste país, o modelo de gestão pública herdado das mãos dos colonizadores há 49 anos, quando da independência no ano de 1973, é o mesmo que ainda é operado. Não houve um rompimento parcial ou integral, ou uma adequação notável deste modelo à realidade de uma Guiné-Bissau administrada por e para povo guineense. No campo da educação, um dos setores fundamentais no processo de descolonização do pensamento, dos hábitos e dos fenômenos diversos, não houve reforma profunda ou rompimento com aquilo que os colonizadores vinham ensinando. Os currículos escolares ainda ensinam os fenômenos a partir da narrativa dos colonizadores.

Na área de saúde pública, explorado neste trabalho, a concepção de saúde-doença inaugurado pelos colonizadores, quando da sua invasão ao território guineense na primeira metade do século XV e o modelo que o mesmo apresentou para os cuidados de saúde-doença (com atualizações), infelizmente, são os mesmo que ainda orientam as ações do Estado e dos agentes da saúde, tanto na prevenção, promoção e nos cuidados de saúde-doença. A marginalização que a MT, enquanto forma de cuidado de saúde-doença fundamentada na cultura, valores, técnicas e conhecimentos locais, sofreu por parte dos colonizadores, ainda perdura, razão pela qual pode-se afirmar que não houve um rompimento, nem parcial, muito menos integral, com aquilo que foi imposto pelos colonizadores. Situações destas e de natureza semelhante, fazem necessário o uso das contribuições afrocêntricas e de demais contribuições teóricas descolonizadoras para desconstruir e reconstruir o pensamento social guineense, a partir de *modus operandi* local.

O país está organizado administrativamente em 3 províncias: Norte, Sul e Leste, e em 8 regiões, 38 sectores, além do sector autónomo de Bissau, a capital. O sistema do governo é semipresidencialismo, onde mescla-se parlamentarismo e presidencialismo. Tanto o Presidente da República, quanto o primeiro Ministro são eleitos pelo povo nas eleições diretas para mandatos de 5 e 4 anos respectivamente.

Em 2017 a população guineense foi estimada em 1.584.791 habitantes, em que 804.721 são femininas e 43,85% da metade da população residem na zona urbana. A distribuição da população por idade está de seguinte maneira: 16,97% têm idade entre 0 e 4 anos; 26,41% entre 5 e 14; 48,98 entre 15 e 49 anos e 9,64% têm mais de 49 anos de idade (INE, 2018).

O país se caracteriza pela sua diversidade étnica, composta por mais de 25 grupos étnicos, entre os quais destaca-se, Fula (28,5%), Balanta (22,5%), Mandinga (14,7%), Papel (9,1%) e Manjaco (8,3%). Cada grupo étnico tem a sua forma da organização e/ou maneira de lidar com fenômenos socioeconômicos, políticos e culturais (RGPH, 2009).

A estado de saúde da população guineense não é animadora. Neste país, os números revelam um grande desafio que o poder público tem em relação a saúde do povo. Segundo os dados do Index (2017)¹⁷, a taxa de mortalidade infantil na Guiné-Bissau no ano de 2016 foi estimado em 86/1.000 nascidos vivos. A taxa bruta de natalidade é de 41/1.000 habitantes, a taxa bruta de mortalidade é de 52,7/1.000 habitantes entre homens, 55,6/1.000 habitantes entre mulheres e a expectativa média de vida é de 52,4 anos (INE, 2018). A mortalidade materna e infantil deste país é uma das mais elevadas do mundo. Segundo Barros et al (2018):

A mortalidade materna é ainda uma das mais elevadas do mundo e as nossas mulheres sofrem, são hospitalizadas e morrem em geral por causas relacionadas com a sexualidade, reprodução, gravidez, cancro da mama e do colo do útero. Igualmente, embora se tenha observado algumas melhoras, as mortalidades infantil, juvenil e neonatal continuam ainda muito elevadas. A desnutrição crónica, o baixo peso à nascença, a prematuridade, infeções respiratórias agudas, paludismo, parasitoses intestinais e vesicais e doenças diarreicas, entre outras, continuam a afetar as nossas crianças, levando muitas delas à morte (p. 49).

¹⁷ Disponível em: https://www.indexmundi.com/pt/guine-bissau/populacao_perfil.html. Acessado no dia 23 de Maio de 2018, pelas 23:50 horário de Brasília.

A vida da população jovem, adultos e adolescentes são ceifadas principalmente pela malária, infeções sexualmente transmissíveis, tuberculose, doenças crônicas, com destaque para: diabetes, hipertensão arterial, insuficiência renal, acidente vascular cerebral (AVC), entre outras (BARROS, 2018). O país conta com um sistema/serviço de saúde precário, por conta de vários fatores, alguns já referidos, o que acaba por deixar o país exposto a várias epidemias.

3.1.1 Sistema e Serviços de Saúde

Em Guiné-Bissau, diferentemente dos outros países, como por exemplo no Brasil, o reconhecimento da saúde como direito não foi assumido na constituição. A menção que se fez sobre saúde na carta magna de Guiné-Bissau, no seu 15º artigo, vinculado ao Título-I, que discorre sobre os Princípios Fundamentais – Da Natureza e Fundamentos do Estado, diz o seguinte:

Saúde pública tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio-ecológico em que vivem. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos setores médicos medicamentosos (GUINÉ-BISSAU, 1996).

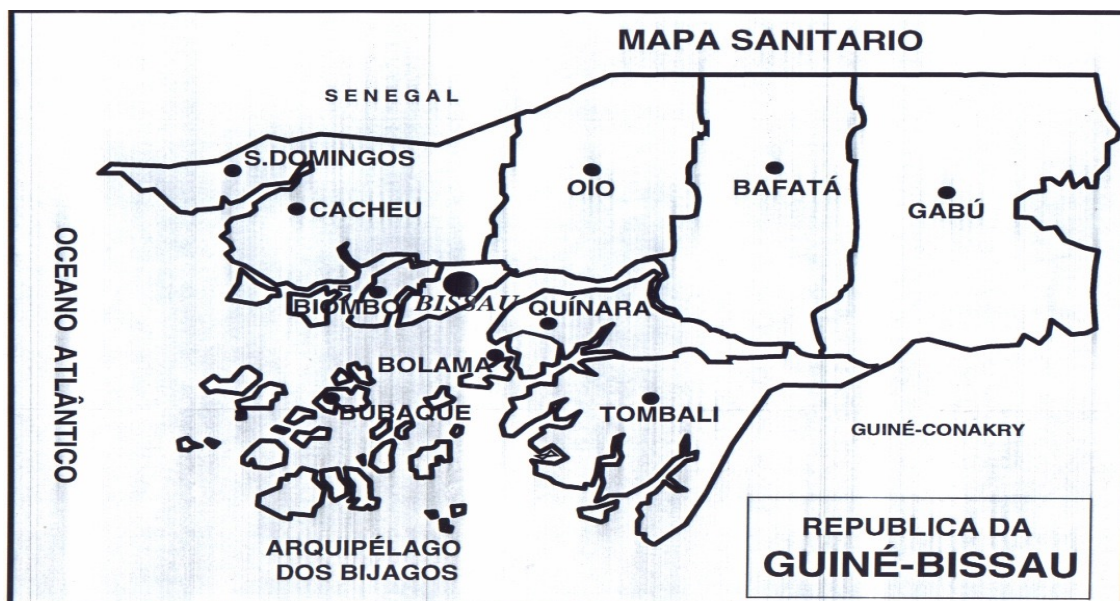
A não vinculação da questão de saúde ao Título-II da Constituição da República que discorre dos – Direitos, Liberdades, Garantias e Deveres Fundamentais – deixa nítido o não comprometimento formal do Estado e conseqüentemente dos governos com saúde, deixando a responsabilidade para cada pessoa cuidar individualmente da sua saúde, conforme suas possibilidades, crenças, valores, entre outros meios. Porém, todos têm direito ao SNS, desde que consigam acessar os serviços e possam pagar as taxas que geralmente são exigidas.

Do Sistema: O Sistema Nacional de Saúde (SNS) da Guiné-Bissau, carece de um documento oficial que discorra sobre sua organização, modelo de gestão, de financiamento e as suas diretrizes, que possibilitariam conhecer o seu desenho teórico de funcionamento. Esta situação dificulta a análise comparativa entre o que se propõe e o que está sendo realizado, desde financiamento,

avaliação e prestação dos cuidados à saúde da população. A avaliação do SNS torna-se possível a partir da análise dos Planos Nacionais do Desenvolvimento Sanitário (PNDS) e dos seus relatórios, que são elaborados por um certo período de tempo. O PNDS é um documento estratégico que é contemplado nas políticas nacionais de saúde dos países, nos programas dos governos e nos objetivos do desenvolvimento sustentável. Estes apresentam a estratégia de prestação de serviço de saúde de modo geral e as prioridades de acordo com as necessidades, desafios e metas. Além disso, os PNDS destacam alguns pontos centrais, como: saúde como “bem estar”; acesso universal a cuidados primários de saúde com qualidade e equidade; a descentralização das estruturas de tomadas das decisões; a participação comunitária no financiamento e gestão dos serviços de saúde, etc. (MINSAP, 2008). Guiné-Bissau já está no seu terceiro PNDS. O primeiro abrangeu os anos, entre 1998 e 2002, foi prorrogado até 2007 por causa da crise provocada durante e depois do conflito político-militar no país em 1998. O segundo englobou os anos, entre 2008 e 2017 e terceiro compreende os anos entre 2018 e 2022.

O SNS está organizado em três níveis de prestação de serviços: local, regional e central. No nível local, são prestados serviços da atenção primária, no regional, atenção secundária e no central, atenção terciária. Os serviços estão distribuídos em 11 regiões sanitárias e subdividas em 114 áreas de saúde. Estima-se que cada área de saúde abrange entre 5.000 e 12.000 habitantes, mas mesmo assim, até no ano de 2017, em média, 66% da população vive numa distância de 5 km das estruturas de prestação dos cuidados de saúde primários (CÁ et al, 2017).

Figura 2: Mapa Sanitário do Sistema de Saúde da Guiné-Bissau



Fonte: MINSAP

O SNS apresenta características que o faz se aproximar mais do modelo universal com coparticipação, entretanto, não se pode afirmar que seja, porque faltam elementos teóricos para uma possível confirmação. Nos modelos universais com coparticipação, geralmente o Estado disponibiliza estruturas, serviços etc., e cidadãos coparticipam no financiamento por meio de pagamento das taxas dos serviços/atendimentos fixadas pelo Estado. Em outros casos, a população participa da definição das taxas e na gestão, através dos conselhos, fórum, movimentos sociais, etc. Em Guiné-Bissau, as cobranças das taxas foram legalizadas no ano de 1997, por meio do decreto lei Nº 4/1997 que cria o sistema nacional de coparticipação nos custos de assistência médica e medicamentosa e, anos depois, reajustado por um despacho ministerial do MINSAP Nº 19/2003 e Nº 20/2003 que estabelece os moldes em que se deve dar a coparticipação nos custos referidos no decreto de lei Nº 4/1997 (BARROS et al, 2018).

Segundo CÁ et al (2017), as cobranças das taxas são influenciadas pela insuficiência do orçamento que se destina ao MINSAP. Ou seja, se os orçamentos do MINSAP fossem suficientes, não seriam necessárias as cobranças das taxas, ou coparticipação no financiamento. De acordo com esta fonte:

O orçamento regular do MINSAP depende majoritariamente do apoio dos parceiros de desenvolvimento. Grande parte dos sectores de serviços não têm orçamento de funcionamento, recorrendo a receitas próprias não auditadas de prestação de serviços, vistorias, coimas, multas e outras, criando situações muitas vezes pouco transparentes e sem responsabilização direta (p. S57).

Em Guiné-Bissau, o financiamento do setor de saúde se dá por meio de duas fontes: interna e externa. De acordo com Barros et al (2018):

O financiamento pela via interna é proveniente do Orçamento Geral do Estado (OGE), do seguro de doença, da Iniciativa de Bamako (IB) e da Mutualidade de Saúde. O financiamento externo, por sua vez, provém dos parceiros de cooperação, mediante apoio direto ou indireto aos programas de saúde (p. 61).

Do Serviço: O SNS está estruturado em 4 setores de serviço. Segundo Cá et al (2017):

Setor Público: patrimonial, contratual e operacionalmente na dependência direta do Estado, composto por: a) Serviço Nacional de Saúde sob a direção do MINSAP; b) Serviços de Saúde Militar na dependência do Ministério da Defesa; e c) Serviços de Saúde Prisionais na responsabilidade do Ministério da Justiça; Setor Conveniado: entre a Igreja Católica (a qual assume o património imóvel e tecnológico) ou ONGs e o Estado (o qual coloca recursos humanos e define as políticas e estratégias a seguir); Setor Privado: composto por clínicas com internação, consultórios, postos de enfermagem, farmácias e posto de vendas de medicamentos sem vínculo patrimonial ou contratual com Estado; e Setor Tradicional: ainda por caracterizar (CÁ et al, 2017, p. S57).

No setor público, os serviços de saúde prestados são disponibilizados para todas as pessoas residentes, ou em trânsito, no território guineense, desde que apresentem os documentos necessários e paguem as taxas de serviços estipuladas para cada situação. Os Serviços de Saúde Militar, prestados nos hospitais militares, não são de atendimentos exclusivos para a classe castrense. Sempre estão abertas ao público em geral, desde que a pessoa apresente os documentos necessários e esteja em condições de pagar as taxas de prestação de serviços. No entanto, os serviços prestados no setor de saúde prisional, são de atendimento exclusivo para essa população. No setor conveniado, nem sempre são cobradas as taxas de serviços, principalmente nas zonas rurais, onde geralmente as pessoas têm menos recursos financeiros. A grande parte das organizações não governamentais que prestam serviços de saúde no país

não cobram nada e, em alguns casos, além das consultas, fornecem remédios para tratamento.

No âmbito privado, com a maior concentração de prestação dos serviços na capital do país, a regulamentação e fiscalização dos serviços, da segurança técnica, da infraestrutura, entre outros aspectos relacionados, são realizados pelo Estado. No entanto, a questão dos preços praticados na prestação dos serviços, são facultativos, isto é, cada grupo, ou profissional, têm liberdade em estipular o preço que desejam.

Quanto ao setor tradicional, ele não foi caracterizado ainda, mesmo sendo o modo de cuidado de saúde-doença mais utilizado no país, possivelmente pelo desinteresse do Estado ou pelo seu desconhecimento desta forma de cuidado em saúde-doença. A MT é considerada como parte do SNS, porém o Estado, não tem controle sanitário deste serviço e possivelmente desconhece, ao fundo, como é realizado, quem são as pessoas que a praticam e quais os principais benefícios e ou riscos à saúde dos usuários (Cá et al, 2017).

3.2 SITUANDO O DEBATE

O debate internacional a respeito da eficácia, segurança, liberação e integração das MAC, MT e outras medicinas não convencionais, nos Sistemas de Saúde Locais (SSL), enquanto práticas dos cuidados de saúde-doença, tem ganhando espaço entre os pesquisadores, usuários, os que desejam usar, ativistas e dentre gestores de saúde, tanto nos países ditos desenvolvidos como naqueles referidos países em desenvolvimento.

Em vários países do mundo, principalmente naqueles em desenvolvimento, caso específico de Guiné-Bissau, analisado neste trabalho, a discussão sobre MT está mais voltada para a necessidade da sua institucionalização e posterior integração nos SSL, das possíveis implicações na saúde pública e na sociedade local, caso venha a ser institucionalizada e integrada, do que da sua eficácia, segurança ou liberação, por dois grandes motivos diferentes, mas que se complementam. Primeiramente, na maioria destes países, inclusive em Guiné-Bissau, o uso deste modo de cuidado de saúde-doença é uma realidade há séculos e está mais presente na vida das pessoas (nas estratégias de prevenção e cuidados com saúde-doença), se

comparado com qualquer outra forma de cuidado de saúde-doença que circula neste país. O segundo motivo, nos países em desenvolvimento e no caso específico de Guiné-Bissau, é que a grande maioria da população, principalmente aquelas que residem nas zonas rurais, nem sempre têm acesso aos serviços de saúde da Medicina Convencional (MC) e quando os têm, geralmente são de baixa qualidade. Ou seja, a MT tem sido a única forma de cuidado de saúde-doença acessível para grande parte da população nestes países. Por estas e outras possíveis razões, nestes países, o debate sobre MT está mais voltada para sua possível integração nos SSL, com propósito de ampliar a capacidade desses sistemas, no acesso, diagnóstico, tratamento, entre outros aspectos, principalmente das questões básicas de saúde. No entanto, isso não inibe que seja questionada a eficácia, segurança e outros aspectos da MT nestes países. No entanto, este é um tema específico e complexo que não será discutido neste trabalho.

No ano de 1962, a OMS posicionou-se pela primeira vez frente ao debate internacional que vinha acontecendo acerca das possibilidades de integração da MT e MAC nos SSL. Segundo Luz (2005), esta organização se posicionou a favor da integração da MT e MAC “no intuito de resolver os problemas de adoecimentos de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo” (p.146). Foi um posicionamento político-estratégico, com intuito de tentar dar conta das calamidades na saúde pública mundial, principalmente nas regiões mais pobres, da qual Guiné-Bissau é parte. A OMS decidiu se pronunciar apoiando o uso formal destas medicinas, não porque acredite ou tenha certeza da sua eficácia e segurança, mas porque tinha que apresentar uma alternativa de cuidados de saúde-doença, visto que a MC, o principal e talvez o único modo de cuidado de saúde-doença tido como seguro pela OMS, não estava e ainda não está disponível/acessível para todos, principalmente para pessoas e regiões pobres.

Nos finais da década de 1970 e começo de 1980, de acordo com Luz (2005), registrou-se um crescimento significativo no uso da MT e MAC, tanto nos países desenvolvidos e como naqueles em desenvolvimento. Este crescente consumo da MT e MAC provocou vários questionamentos em diferentes esferas da sociedade, principalmente a respeito da segurança e eficácia. A OMS se viu obrigada a posicionar de maneira mais detalhada, no sentido de orientar o

processo das possíveis integração destas medicinas nos SSL, também de mediar a discussão em relação a segurança, eficácia e outros aspectos relacionados a elas.

Em 1978, na conferência de Alma-Ata, segundo Luz (2005), “OMS declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializante para resolver problemas de saúde de dois terços da Humanidade” (p.152). Diante disso, orientou os Estados-membros a desenvolverem formas simplificadas de atenção à saúde para dar conta das demandas vindas das populações carentes do mundo inteiro. Neste mesmo evento, a OMS referiu aos praticantes da MT e das outras medicinas não convencionais como parte do pessoal de saúde de quem dependem os cuidados de saúde primários, para darem resposta às necessidades de saúde expressas pelas comunidades (OMS, 2011). De acordo com esta organização:

En muchos lugares del mundo, los responsables de las políticas, los profesionales sanitarios y el público se debate con preguntas sobre la seguridad, la eficacia, la calidad, la disponibilidad, la preservación y con el desarrollo de este tipo de atención sanitaria (OMS, 2002, p. 1).

O aval da OMS para as possíveis integrações das MT/MAC nos SSL não foi pensando nas qualidades e potencialidades que estas têm, ou no papel que desempenham e que possam desempenhar nos cuidados de saúde-doença das pessoas, sejam elas pobres, ou ricas. Ficou evidente que a liberação, ou a recomendação desta organização para as possíveis integrações desses modos de cuidado de saúde-doença nos SSL e dos outros aspectos relacionados, com a ideia de que isso garantirá a segurança no seu uso, aconteceram por conta da crise da MC que provocou um acréscimo significativo no custo das tecnologias biomédicas, igualmente, provocou um aumento considerável das especialidades medicas, que implica diretamente na diminuição de número dos médicos generalistas. Outros fatores, ou eventos da época, também influenciaram nessa crise, entre os quais, destacamos o aumento da população mundial, crise econômica da década de 1970 provocada pela desregulamentação do sistema monetário internacional e choques petrolíferos – decadências dos Estados do bem-estar social, chegada das políticas neoliberais, entre outros aspectos.

Segundo a OMS, as demandas em relação a possibilidade de integração da MT nos SSL vieram dos países em desenvolvimento e das MAC, e também vieram dos países desenvolvidos. De acordo com esta organização:

la medicina tradicional, complementaria y alternativa suscita un amplio abanico de reacciones, desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado. El uso de la medicina tradicional (MT) sigue estando muy extendido en los países en vías de desarrollo, mientras que el uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA) está aumentando rápidamente en los países desarrollados (OMS, 2002, p. 1).

No ano de 2002, atendendo as demandas sobre MT e MAC que vinham de diferentes setores, OMS lançou seu primeiro grande documento sobre MT, intitulado: Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional, com vigência de três anos (2002-2005). Neste documento, a organização buscou atender as preocupações levantadas por diferentes setores da sociedade que vinham debatendo várias questões a respeito da MT e MAC. No primeiro momento, o documento discorre sobre os debates em torno da MT e MAC, de onde vinham as demandas sobre a necessidade de regulamentar estas formas de cuidados de saúde-doença, justifica a necessidade de uso ampliado destas e apresenta algumas definições conceituais do que são. Em seguida, fala dos desafios, isto é, o que e como fazer em relação a essas demandas, aponta caminhos para definição das políticas nacionais para as possíveis integração destas nos SSL, e aborda a questão da segurança, eficácia e qualidade destas medicinas. Ainda na mesma linha, o documento discorre sobre acesso aos serviços, sobre seu uso racional e o papel da OMS neste processo. Por último, dá destaque para a questão dos recursos nacionais e internacionais para apoiar ações relacionadas a MT.

Em 2013, foi lançado o segundo grande documento sobre MT, titulado Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional, com duração de nove anos (2014-2023), no qual atualiza e reforça os desafios estabelecidos nos documentos anteriores: a) na primeira Estratégia sobre Medicina Tradicional (2002-2005), primeiro documento preparado pela OMS neste campo; b) as ações sobre Medicina Tradicional e estratégia Farmacêutica da OMS (2004-2007); e c) os componentes da Medicina Tradicional da estratégia Farmacêutica da OMS (2008-2013). Esta estratégia examina a contribuição que a MT pode dar

à saúde, em particular no que diz respeito à prestação de serviços de saúde e estabelece ações prioritárias até 2023.

Em 2019, a OMS publicou um relatório global sobre Medicina Tradicional e Complementar, no qual analisou o progresso global em MT&C nas últimas duas décadas. A análise foi baseada nas contribuições de 179 Estados Membros da OMS, na qual se viu que muitos países estão reconhecendo o papel da MT&C em seus sistemas nacionais de saúde. “Por exemplo, em 2018, 98 Estados Membros desenvolveram políticas nacionais sobre MT&C, 109 lançaram leis ou regulamentações nacionais sobre MT&C e 124 implementaram regulamentações sobre medicamentos fitoterápicos” (OMS, 2019, p. 6).

A OMS segue, através da sua comissão permanente sobre MT e de outros parceiros, incentivando os Estados-membros, principalmente os dos países em desenvolvimento, a considerarem a MT e MAC como parte importante dos SSL. Guiné-Bissau é um dos Estados-membros da OMS, pertence ao grupo dos países em desenvolvimento e a MT é uma realidade neste país há séculos, mas não está integrada ainda, como veremos em seguida.

3.2.1 Cenário da Guiné-Bissau

3.2.1.1 Medicina Tradicional em Guiné-Bissau

Neste país, a MT é uma realidade há séculos e era a única forma de cuidado de saúde. No entanto, quando da chegada e posterior instalação do homem branco da Europa Ocidental ao solo guineense, datada dos finais da primeira metade do século XV (1444), a sociedade guineense passou, involuntariamente a conviver com duas formas de cuidado de saúde-doença que se fundamentam em ontologias, epistemologias e metodologias diferentes, isto é, em técnicas, conhecimentos e práticas distintas. São: Medicina Ocidental, também conhecida como Medicina Moderna, ou Convencional, levada pelos portugueses e Medicina Tradicional, dos nativos.

Durante os cinco séculos da colonização portuguesa neste país, a MT, assim como outros elementos da cultura local, sofreu a repressão e perseguição por parte dos colonizadores, que entre várias atrocidades cometidas nas terras

outras, tentaram acabar com as culturas locais e marginalizar os aspectos dessas culturas que conseguiram resistir as perseguições. A MT é um dos aspectos da cultura guineense que sobreviveu as barbáries cometidas pela colonização portuguesa em Guiné-Bissau. Porém, não escapou da marginalização e da estigmatização que, até os dias atuais, perduram e tem dificultado a sua consolidação, de maneira formal, isto é, institucional, na sociedade guineense.

Nos dias atuais, na sociedade guineense, as duas maneiras de cuidar da saúde-doença, MT e MC, apesar de diferentes e geralmente opostas, funcionam normalmente. No entanto, do ponto de vista legal, só uma delas, a do homem branco, é formal e, ao mesmo tempo, oficial, isto é, a única que é operada no SNS guineense; igualmente, é a única ofertada e incentivada pelo Estado local. Em outras palavras, o Estado não oferta e nem incentiva o uso da MT, mesmo Guiné-Bissau estando situada em uma região da África em que 80% da população utiliza os serviços da MT para resolver os seus problemas, ou necessidades de cuidados de saúde-doença, segundo informa a OMS¹⁸. De acordo com esta organização:

La MT se utiliza ampliamente y es un sistema sanitario que está creciendo rápidamente y de gran importancia económica. En África hasta un 80% de la población utiliza la MT para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias. En Asia y en Latinoamérica, las poblaciones siguen utilizando la MT como resultado de circunstancias históricas y creencias culturales. En China, la MT contabiliza alrededor de un 40% de la atención sanitaria (OMS, 2002, p.1).

A realidade de Guiné-Bissau, de ter MT fora do seu SNS, até os dias atuais, não é algo isolado no continente, mas é diferente da realidade da grande maioria dos países africanos que são membros da OMS, que há um tempo integraram a MT nos seus SSL (OMS, 2011). Certamente, integraram a MT em seus SSL para atender suas necessidades de ampliar acesso aos serviços de cuidados de saúde-doença, seguindo uma tendência internacional que tem sido

¹⁸ Em Guiné-Bissau, não se sabe ao certo qual é a percentagem da população que usa exclusivamente a MT e nem daquelas que usam as duas formas de cuidado de saúde-doença, MT e MC, que circularam no país. Não foram encontrados dados oficiais ou de pesquisas acadêmicas a este respeito. A informação que o MINSAP tem veiculado é a média da região que a OMS apresenta.

incentivada e apoiada pela OMS, desde 1962, como já exposto. Esses países vieram a integrar MT em seus SSL a partir de ano de 2000, quando o Comité Regional Africano da OMS adotou a resolução AF/RC50/R3 que discorre sobre a promoção do papel da MT nos SSL. A mesma resolução fala da estratégia da MT para a região africana, que espera atingir a saúde para todos na região, por meio da otimização do uso da MT. Neste mesmo encontro, os representantes dos países presentes instauraram a Década da Medicina Tradicional Africana, entre anos 2001 e 2010.

Em 2011, o relatório dos 10 anos dessa década, revelou um crescimento significativo dos países africanos que integrarem a MT nos seus SSL, entre outras medidas, como simplificado no trecho de relatório:

O número de países com políticas nacionais de medicina tradicional aumentou de 8 em 1999/2000, para 39 em 2010, e os que criaram planos estratégicos nacionais de medicina tradicional aumentaram, respectivamente, de zero para 18. Os quadros nacionais de regulamentação aumentaram de 1 em 1999/2000, para 28 em 2010, ao abrigo dos quais foram criados diversos instrumentos, como um código de ética e um quadro jurídico para praticantes de medicina tradicional (OMS, 2011, p.1). Em 2018, mais de 85% do total de Estados membros da região africana da OMS e da região do Sudeste Asiático relataram ter uma política nacional para T&CM. (OMS, 2019, p. 16)¹⁹.

No seu último relatório sobre MT na região africana, a OMS (Comité Regional para a África), apresentou os progressos alcançados em relação a MT em seus diferentes aspectos. De acordo com esta organização:

Implementação das políticas, estratégias e planos nacionais em matéria de medicina tradicional: de 2012 a 2020, o número de Estados-Membros com políticas de medicina tradicional manteve-se sempre em 40, enquanto os que têm planos operacionais para a implementação de políticas aumentou de 19 Estados-Membros em 2012 para 28 em 2020. O número de Estados-Membros com estruturas de medicina tradicional nos Ministérios da Saúde aumentou de 25 em 2012 para 38 em 2020;

Promoção da investigação biomédica e operacional no sentido de gerar dados factuais sobre a qualidade, segurança e eficácia da medicina tradicional e dos seus produtos: o número de instituições de investigação que realizam actividades de investigação e desenvolvimento (I&D) em medicina tradicional aumentou de 28 em 2012 para 34 em 2020 (Anexo 22); enquanto o número de Estados-Membros com esse tipo de instituições passou de 22 em 2012 para 26 em 2020. Doze deles declararam investir em I&D através de alocações de fundos públicos desde 2012. As orientações da OMS para avaliar a

¹⁹ Traduzido no Google Tradutor. Dia 21 de Julho de 2021.

qualidade, segurança e eficácia dos produtos de medicina tradicional foram utilizadas por 23 Estados-Membros para infecções oportunistas relacionadas com o VIH/SIDA, 22 usaram-nas para o paludismo, 16 para a diabetes, 13 para a hipertensão e 6 para a drepanocitose;

Melhoria da disponibilidade e acessibilidade física e económica à medicina tradicional e aos seus produtos, bem como da sua segurança: em 2020, todos, à excepção de oito Estados-Membros, estavam envolvidos no cultivo em grande escala de plantas medicinais e 19 produzem localmente produtos de medicina tradicional, principalmente os utilizados para o tratamento de algumas doenças transmissíveis e não transmissíveis prioritárias. O número de produtos de medicina tradicional registados em 14 Estados-Membros aumentou de 53 em 2012 para 89 em 2020; enquanto o número de medicamentos tradicionais incluídos nas listas nacionais de medicamentos essenciais aumentou de 18 para 43 no mesmo período. O número de Estados-Membros com quadros que regulam a medicina tradicional e os seus praticantes aumentou de 29 em 2012 para 38 em 2020;

Protecção dos direitos de propriedade intelectual e preservação dos conhecimentos e dos recursos da medicina tradicional: o número de Estados-Membros com quadros nacionais para a protecção dos direitos de propriedade intelectual e a preservação dos conhecimentos e dos recursos da medicina tradicional aumentou de 9 em 2012 para 16 em 2020. Por exemplo, a África do Sul, o Gana, o Quênia, o Mali e Moçambique estão a implementar medidas para: evitar a pirataria biológica; codificar e documentar conhecimentos da medicina tradicional em bases de dados seguras; realizar inventários de plantas medicinais; e formular leis ou políticas para a protecção e o acesso à biodiversidade (OMS, 2020, p. 1-3).

Apesar destes progressos, em alguns países as coisas andam devagar, como é o caso da Guiné-Bissau. O país está entre aqueles do continente, membros da OMS, que ainda não integrou a MT no seu SSL, entre outros aspectos relacionados, mas não faltam iniciativas nesse sentido. Em 2010, MINSAP, através do Serviço de Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional, apresentou dois documentos voltadas as questões da MT. São eles: Política Nacional de MT e Plano Estratégico Nacional de MT. Estes documentos²⁰, versam sobre a organização política e administrativa da MT no SNS e o seu devido funcionamento na sociedade, sua avaliação, critérios de credenciamento de CT, etc. Estes documentos foram frutos de uma articulação da Direção do Serviço da Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional que integra a Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde do MINSAP, com apoio técnico e participação da OOAS, OMS, Caritas de Guiné-

²⁰ Obtidos em papel e em arquivo digital no Ministério da Saúde de Guiné-Bissau, em 2018, durante exploração do campo.

Bissau, PROMETRA²¹, entre outras instituições e algumas pessoas físicas que também prestaram apoio técnico na elaboração destes. Os dois documentos encontram-se engavetados, até novembro de 2021 no MINSAP, aguardando uma apreciação especial por parte do titular da pasta e sua possível discussão e consequente aprovação no Conselho dos Ministros, para depois seguir com o processo da integração, caso as propostas forem aprovadas²².

Outra iniciativa na mesma direção, foi a realização de um evento, no ano de 2016 pelo MINSAP, intitulado, Conferência Nacional de Medicina Tradicional e Moderna, com a participação de diferentes entidades, sob tema: Para Um Sistema Nacional de Saúde Integral ao Bem-Estar da População. O objetivo principal da conferência foi de “contribuir para a construção de um espaço de reflexão, concertação e coordenação entre os atores de ambas as medicinas na influência de políticas públicas coerentes para o setor da saúde” (MINSAP, 2016). Neste evento, segundo o relatório analisado, parece existir um consenso de que a possível integração da MT no SNS daquele país trará benefícios para saúde pública.

Nesse país, além da OMS e da OOAS, existem outros atores nacionais interessados no processo da integralização da MT no SNS, por acreditarem que ela tem potencial e que as vantagens serão maiores para saúde pública. Entre estes outros atores, destacamos Caritas de Bissau, que tem trabalhado na produção e comercialização de produtos/remédios desta medicina, ONG PROMETRA, usuários e alguns CT, como se verá na análise dos resultados.

²¹ Organização Não Governamental para Promoção da Medicina Tradicional é uma entidade que existe em vários países da sub-região da Guiné-Bissau e trabalha pela valorização e promoção da MT e tem atuado fortemente junto ao Ministério de Saúde e dos outros parceiros na luta pela institucionalização da MT junto ao SNS.

²² Estas informações foram possíveis a partir da conversa com um funcionário do MINSAP vinculado a Direção do Serviço da Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional, em janeiro de 2019, em Bissau, na instalação desta direção do serviço.

CAPITULO III

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem afrocêntrica. A consideramos afrocêntrica não só por estar fundamentada nesta perspectiva, mas também, por apresentar aspectos que segundo Asante (2009), são necessários para que um estudo, ou um projeto seja considerado afrocêntrico. De acordo com este autor, um estudo pode ser considerado afrocêntrico quando apresenta ou esteja necessariamente relacionado com uma das seguintes características: a) interesse pela localização psicológica; b) compromisso com a descoberta do lugar do africano como sujeito; c) defesa dos elementos culturais africanos; d) compromisso com uma nova narrativa da história da África” (ASANTE, 2009, p. 96).

Segundo estes requisitos, esta pesquisa enquadra-se, fundamentalmente na alinha c: defesa dos elementos culturais africanos. De acordo com Asante (2009), em relação a este ponto, um estudo afrocêntrico preocupa-se em defender e proteger os valores e elementos culturais africanos como parte do projeto humano, utilizando os elementos linguísticos, psicológicos, sociológicos e filosóficos necessários para fazer esta defesa, sem que estes elementos sejam eurocêntricos ou não-africanos. Isto é, deve-se encontrar os referidos elementos dentro ou a partir da própria África.

Assim sendo, esta investigação seguiu os métodos e metodologias afrocêntricos para não deixar de fora os elementos importantes e indispensáveis de uma investigação afrocêntrica. Visto que, segundo Mazama (2003), “a visão do mundo de um povo determina o que constitui problema pra ele, além de como resolver seus problemas” (p.122). Portanto, para uma investigação afrocêntrica é necessário utilizar das ferramentas afrocêntricas, tanto na coleta e como na análise dos dados. Mazama (2003) apresenta de maneira sucinta alguns princípios metodológicos importantes e indispensáveis da pesquisa afrocêntrica:

toda investigação deve ser determinada pela experiência africana; o espiritual é importante e deve ser colocado no lugar devido; a imersão no sujeito é necessário; o *holismo* é um imperativo; deve-se confiar na intuição; nem tudo é mensurável porque nem tudo que é importante é material; o conhecimento gerado pela metodologia afrocêntrica deve ser libertador (p.123).

Estes princípios foram levados em consideração, desde a estruturação do projeto de pesquisa, durante a coleta, na organização e análise dos dados e, por último, na análise dos resultados finais.

Segundo Gil (2007), na pesquisa da natureza descritiva, pode-se encontrar vários tipos de pesquisa, entre as quais encontram aquelas que buscam “levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população” em relação à um determinado fenômeno. Este tipo de pesquisa está relacionado à abordagem qualitativa e esta relação se dá na medida em que a abordagem qualitativa levanta, analisa e discute fatos e situações. Segundo Richardson et al (2008), a abordagem qualitativa é uma forma adequada para entender um fenômeno social. Para Suely et al:

a pesquisa de abordagem qualitativa trabalha com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Suely et al, 1994, p. 21, 22).

4.1 POPULAÇÃO-ALVO DA PESQUISA

A partir dos objetivos definidos, a população da pesquisa foi composta por diferentes grupos sociais e entidades, separadas em duas categorias: pessoas físicas e representantes institucionais. Em relação as pessoas físicas, foram entrevistadas: a) CT, por um lado, com intuito de compreender como se dá a sua formação e a prática das suas atividades no cotidiano e, por outro lado, conhecer as suas opiniões em relação a proposta que visa institucionalizar a MT junto ao SNS, sobre a necessidade ou não da institucionalização, os impactos no exercício das suas atividades, entre outros aspectos relacionados aos objetivos da pesquisa; b) Ex-Ministros da Saúde de Guiné-Bissau, para conhecer suas opiniões e atuações enquanto Ministros em relação a institucionalização da MT junto ao SNS; c) Usuários da MT, com o proposito de conhecer suas opiniões em relação a institucionalização da MT junto ao SNS e dos possíveis impactos na relação usuário-curandeiro; e d) Pesquisadores, profissionais e estudantes do campo da saúde pública, com a finalidade de conhecer suas opiniões em

relação a institucionalização da MT junto ao SNS e às possíveis implicações deste processo na sociedade, principalmente na saúde pública do país.

Quanto aos representantes institucionais, foram entrevistadas as seguintes entidades: a) OMS - Guiné-Bissau, sobre as implicações da institucionalização da MT junto ao SNS, seu apoio a este processo, entre outros assuntos; b) Ministério de Saúde Pública, em relação ao desafio de institucionalização da MT junto ao SNS, das condições de trabalhos dos CT, das implicações da institucionalização na saúde pública, etc.; c) Comissão parlamentar permanente para assuntos sociais, que inclui saúde, a respeito da proposta de institucionalização da MT junto ao SNS e outros assuntos relacionados; d) Caritas de Bissau²³, com propósito de conhecer suas opiniões sobre necessidade da institucionalização da MT junto ao SNS, suas implicações na saúde pública e demais aspectos; e) Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), para saber qual seu posicionamento no debate sobre institucionalização da MT junto ao SNS, suas implicações na saúde pública e entre outros assuntos relacionados; e f) ONG PROMETRA com a finalidade de conhecer seus interesses ou não na institucionalização da MT junto ao SNS, sua atuação neste processo e no assuntos da MT no país.

A seleção das pessoas, físicas e instituições, deu-se por critério de sua relevância como informantes-chave sobre o tema investigado, isso é, foram selecionadas pessoas que julgamos conhecerem melhor o tema e representarem grupos sociais relevantes da sociedade guineense em relação ao assunto pesquisado. Utilizamos também a técnica da bola de neve, que consiste na possibilidade de um informante indicar outro que acreditar ter informações relevantes a respeito do assunto em questão.

4.2 ÉTICA NA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

A adoção da ética em pesquisa envolvendo seres humanos implica, sobretudo, no respeito pela dignidade humana das pessoas envolvidas (in)diretamente no processo de produção do conhecimento científico. Nos dias atuais é indispensável a consideração da adoção desta, tendo em conta os

²³ É uma entidade religiosa, porém tem trabalhado com medicina tradicional, mas que preferem chamar de medicina natural.

danos físicos, mentais e outros impactos negativos que o processo da produção do conhecimento científico tem causado nas pessoas e comunidades envolvidas.

Nesta pesquisa, adotamos os princípios éticos na pesquisa com seres humanas, não só para respeitar os critérios éticos internacionais na produção do conhecimento científico, ou dos dois países envolvidos na pesquisa, Brasil e Guiné-Bissau, mas fundamentalmente para respeitar a dignidade humana das pessoas envolvidas (in)diretamente nela.

A pesquisa foi idealizada e realizada no Brasil, financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES), uma das instituições de fomento da pesquisa deste país. No entanto, 100% do trabalho de campo, a parte que envolveu seres humanos, ocorreu em Guiné-Bissau. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (CEPSH-UFSC), por uma questão de procedimentos legais, esta entidade, sendo brasileira, respondeu que não é da sua competência avaliar a adequação ética do projeto de pesquisa, uma vez que o trabalho de campo não será feito no território brasileiro, área da sua jurisdição.

Em Guiné-Bissau, ainda não existe um órgão ou um documento oficial que discorra sobre Ética na Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, mas já existe uma proposta neste sentido. Porém, a proposta aguardando a tramitação legal para sua possível validação. No entanto, esta demora parece não ter atrapalhado muito, porque um grupo de pessoas, na maioria ligadas ao MINSAP, se organizaram e têm atuado na clandestinidade sem esperar a possível aprovação da proposta²⁴.

Diante disso, foram respeitados todos os procedimentos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando os direitos e garantido a segurança das pessoas que participaram, conforme as regulamentações

²⁴ Estas informações foram obtidas através de uma conversa informal por telefone com um funcionário do MINSAP que é presidente do suposto comitê, na qual ele confessou que realmente estão agindo na ilegalidade, mas é para o bem das pessoas que geralmente são envolvidas na pesquisa sem mínima proteção. Foi possível conversar com ele, depois de ter falado com vários outros membros que me passaram as taxas dos valores cobrados para submeter o projeto de pesquisa. Quando comecei a perguntar do documento oficial que regula o funcionamento e defini os conceitos, alguns começaram a fugir da conversa e resolveram me passar o contato telefônico do Presidente, que não aceitou me encontrar pessoalmente. Este, pelo telefone, assumiu a ilegalidade do processo e frente a isso parei de procurar mais informações para obter uma autorização de um ponto de vista ético para a pesquisa. Vale observar que considero ser muito difícil ou impossível provar estas informações por meio de um documento.

brasileiras. Todos os participantes foram informados sobre a pesquisa e seu nível de participação, da possibilidade de poder desistir a qualquer momento de participar sem qualquer prejuízo e que suas privacidades serão respeitadas e garantidas a confidencialidade das informações que deram, etc. Os participantes foram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como prova de que suas participações acontecerem dentro dos termos legais.

Até momento atual, nenhum dos entrevistados ou pessoa que tenha participado direta ou indiretamente da pesquisa comunicou algum dano causado a ela, ou a outra pessoa pela sua participação na pesquisa. E ninguém procurou o pesquisador para pedir que as informações dadas por ela fossem anuladas por algum motivo. Isso parece mostrar duas coisas: primeiro, que a pesquisa apresentou pouquíssimos riscos à saúde ou à dignidade humana dos seus participantes; e segundo, no trabalho de coleta o pesquisador teve muito cuidado nos procedimentos e na forma de abordar interlocutores.

A adoção da ética na pesquisa, seja com seres humanos, animais, ou outros seres vivos, não se configura como barreira para produção do conhecimento científico de qualidade. Este pode continuar acontecendo em grande escala, sem causar efeitos negativos a saúde do planeta e dos seres que nele habitam.

4.3 TRABALHO DE CAMPO

4.3.1 Técnicas e Recursos da Coleta dos Dados

Na coleta de dados desta pesquisa, a entrevista foi a principal técnica utilizada. Demais técnicas, observação e análise dos documentos, serviram para complementar os dados. A entrevista é um processo de interação social entre duas ou mais pessoas em que existe emissor e receptor. Segundo Richardson et al (2008) é uma técnica que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre pessoas. De acordo com Minayo (1994), a entrevista favorece a obtenção de informações através da fala, olhares, reações etc., reveladores de condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos.

Existem várias modalidades da entrevista, entre as quais destaca-se: estruturada, semiestruturada e aberta. No entanto, nesta pesquisa, foram aplicadas entrevista aberta. Nesta modalidade da entrevista, a pessoa entrevistada possa discorrer sobre o tema proposto. A intervenção do entrevistador, deve ser oportuna, isto é, dirigir a discussão para assunto do seu interesse, fazer perguntas adicionais ao longo da fala da pessoa entrevistada, sempre que considerar importante.

A Observação enquanto técnica de pesquisa, possibilita uma interação mais próxima do pesquisador com o contexto e grupo que está sendo pesquisado e oportuniza uma compreensão da realidade, além daquilo que foi falado. É uma técnica frequentemente usada nas pesquisas de abordagens qualitativas, porque consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado (QUEIROZ, 2017). Segundo Bogan e Taylor (1975), a observação é uma investigação caracterizada por interações sociais entre investigador e sujeitos, no meio destes, sendo um procedimento durante o qual os dados são recolhidos de formas sistematizadas. A opção pela observação como uma das técnicas é pela possibilidade de complementar as outras técnicas, mas também, porque ela vai possibilitar uma interação mais próxima, ainda que de pouco tempo, com os CT em suas atividades, aspecto indispensável numa pesquisa afrocêntrica.

A Análise Documental é uma técnica de coleta dos dados que possibilita complementar as informações obtidas por meio das outras técnicas, assim como ajuda a encontrar novas informações sobre um determinado assunto (LUDKE e ANDRÉ, 1986). Segundo Santos (2000), geralmente, considera-se como documentos, atas, relatórios, projetos de lei, ofícios, discursos, fotografias, tabelas estatísticas, pareceres, depoimentos orais e escritas, correspondência pessoal ou comercial, mapas entre vários outros.

No processo da coleta dos dados, foram utilizados gravador de áudio e caderno do campo. O primeiro teve função de captar as informações verbalizadas pelos entrevistados, assegurando a possibilidade do pesquisador poder escutar a conversa quantas vezes for necessária para garantir a segurança na transcrição e conseqüentemente na análise. Foi utilizado um recurso de *Smartphone* da marca Motorola, linha: Moto G5S Plus, para gravar as entrevistas. O caderno do campo foi utilizado para anotar e descrever as

observações, os silêncios, lapsos, chistes, assim como reações faciais e corporais, entre outras situações imprevisíveis. Em alguns casos, nos quais a pessoa entrevistada não autorizou a gravação da conversa, o caderno de campo foi utilizado como o único recurso de coleta, e serviu também para registrar aquilo que foi verbalizado pela pessoa entrevistada.

4.3.2 O Campo

O campo abrangeu todo território de Guiné-Bissau, porém, a maior parte da coleta aconteceu em Bissau, capital do país, porque a maioria das pessoas que foram entrevistadas residem e trabalham lá e os documentos que foram necessários consultar encontram-se nos arquivos e bibliotecas que ali estão.

O trabalho começou em dezembro de 2017, quando pude visitar meus familiares em Guiné-Bissau, depois de 7 anos e 8 meses morando no Brasil. O início do campo não estava previsto para 2017, mas foi possível aproveitar a viagem para dar os primeiros passos que foram fundamentais no delineamento do projeto. O trabalho de campo foi dividido em três etapas, ou momentos diferentes, porém complementares. A primeira etapa foi subdividida em duas fases: a primeira fase consistiu no mapeamento do campo (instituições, coletivos, movimentos, comissões e pessoas físicas envolvidas/relacionadas com objeto de estudo); na segunda fase, foram exploradas várias informações nas conversas informais com os futuros entrevistados e selecionados alguns documentos que, junto com as informações extraídas das conversas, deram base para estruturação do projeto de pesquisa. Esta etapa ocorreu entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2018.

A segunda etapa, assim como a primeira, foi subdividida em duas fases: na primeira fase, foi realizado o remapeamento do campo, seguido de contato para visitas, agendamento das entrevistas, das visitas observacionais e consulta dos documentos relacionados. Na segunda fase, foram realizadas entrevistas, visitas observacionais e seleção dos documentos considerados relevantes. Os trabalhos desta etapa decorreram entre os meses de dezembro de 2018 e fevereiro de 2019. A terceira e última etapa, ocorreu entre junho e setembro de 2021, quase 2 anos depois da qualificação do projeto, ou melhor, da parte da tese, por ter apresentado resultados preliminares, em julho de 2019. Esta etapa

teve uma única fase, cuja o objetivo foi completar os dados, mas sobre tudo, explorar alguns aspectos sugeridos na qualificação.

As entrevistas, observações e consulta dos documentos foram conduzidas/realizadas pelo pesquisador. Todas as entrevistas foram individuais e nos locais indicados pelas pessoas entrevistadas e considerados apropriados por ambas as partes envolvidas na entrevista, isto é, entrevistador e pessoa entrevistada. De acordo com Mazama (2003), toda produção acadêmica afrocêntrica precisa ser conduzida necessariamente por meio de uma interação entre o pesquisador, o tema e o ambiente sociocultural da investigação. Por outro lado, deve refletir a “ontologia, a cosmologia, a axiologia, a estética, e assim por diante, do povo africano: deve estar centrado em suas experiências” (p.123). Na pesquisa afrocêntrica “a imersão cultural e social é um imperativo” (MAZAMA, 2003, p.123).

Ao todo, foram entrevistadas 28 pessoas, sendo 21 pessoas físicas e 7 representantes institucionais. Na nossa avaliação e das pessoas entrevistadas, todas as conversas foram saudáveis. Foram realizadas 4 observações nos ambientes de trabalho dos 6 CT entrevistados. Foi possível acompanhar algumas consultas, orientações terapêuticas, preparo de insumos, parte de um processo de ensino-aprendizagem (um aprendiz sendo orientado pelo seu mestre), entre outros aspectos. Os quadros 1 e 2 apresentam algumas informações da coleta dos dados.

Quadro 1- Informações da Coleta com Representantes Institucionais

Identificação	Técnica da coleta		Recurso da coleta			Duração
	Entrevista	Análise de documento	Gravador de áudio	Caderno de campo	Câmera fotográfica	
OMS Guiné-Bissau	X	X	X	X		30,42 min
MINSAP	X	X	X	X		26,55 min
INASA	X		X	X		37,40 min
Caritas de Bissau	X	X	X	X	X	83,41 min
CRM	X		X	X		24,23 min
PROMETRA	X	X	X	X		14,10 min
ANP	X	X	X	X	X	31,06 min

As conversas com os representantes institucionais foram no total 4 horas, 08 minutos e 39 segundos. A média do tempo de duração das conversas é de 35 min. A maioria das instituições forneceram documentos relacionados ao assunto. No caso da OMS, os documentos analisados foram obtidos em suas páginas na internet. Estas pessoas todas foram entrevistadas nas instalações das suas instituições.

Quadro 2- Informações da Coleta com Pessoas Físicas

Identificação	Técnicas da coleta			Recursos da coleta			Duração
	Entrevista	Observação	Análise de documento	Gravador de áudio	Caderno de campo	Câmera fotográfica	
Ex-Ministro da Saúde I	X				X	X	22,18 min
Ex-Ministro da Saúde II	X			X	X	X	29,05 min
Curandeiro Tradicional I	X				X		77,09 min
Curandeiro Tradicional II	X	X		X	X		161,18 min
Curandeiro Tradicional III	X			X	X		82,56 min
Curandeiro Tradicional IV	X	X	X		X		155,39 min
Curandeiro Tradicional V	X	X	X	X	X		186,13 min
Curandeiro Tradicional VI	X	X	X		X		128,27 min
Usuário I	X			X	X		21,09 min
Usuária II	X				X		13,02 min
Usuário III	X			X	X		15,05 min
Usuária IV	X			X	X		19,13 min
Usuário V	X			X	X		10,52 min
Pesquisadora I	X			X	X		36,17 min
Pesquisador II	X				X		12,49 min
Médico I					X		10,21 min
Médica II					X		14,01 min
Aluna de Medicina				X	X		7,13 min
Aluno de Enfermagem				X	X		11,19 min
Aluno de Sociologia				X	X		19,04 min
Pastor Evangélico I					X		9,31 min

Foram, ao todo, 16 horas, 35 minutos e 54 segundos, de entrevistas com pessoas físicas, entre conversa e observação participante. A grande parte das entrevistas com pessoas físicas foram gravadas e, em todas elas foram utilizados caderno de campo. As entrevistas não gravadas foram com pessoas que não permitiram que as conversas fossem gravadas, por motivos não revelados e que, só nessas condições poderiam conceder a entrevista. Visto que

eram pessoas julgadas como importantes para serem entrevistadas, realizamos a entrevista utilizando outro recurso de coleta de dados.

Em relação a observação participante, eram previstas só com os CT. As duas não realizadas, foram com CT entrevistados fora dos seus ambientes de trabalho. Os documentos analisados no ambiente de trabalho dos três CT, foram fotografias com pessoas que já tiveram passagem por lá, cartas de agradecimentos, cartas de pacientes que vivem em outros países informando do resultado de tratamento, caderno de controle e acompanhamento dos pacientes, entre outras anotações. Em alguns casos, observou-se a tabela de preços dos insumos e das despesas com produtos e logística da casa para fornecer estes insumos.

4.3.3 Análise dos Dados

Os dados desta pesquisa foram analisados com base na formulação de análise de conteúdo (AC) proposta pela Minayo et al (2001) e na sequência utilizamos a proposta da autora sobre interpretação qualitativa dos dados, denominado de *método hermenêutico-dialético*, por apresentar os requisitos exigidos para uma pesquisa afrocêntrica. No entanto, não foram seguidas rigorosamente, porque os métodos ou técnicas de análise devem ser adaptadas ao tempo e a realidade das informações a serem analisadas, mas garantiu-se o rigor na análise das informações que se propôs analisar.

Segundo Bardin (2011), análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Minayo et al (2001) compartilha desta definição e acrescenta que, nos dias atuais, há 20 anos, a AC é compreendida muito mais que um conjunto de técnicas. Autora destaca duas outras funções que nos dias atuais estão agregados ao AC: verificação de hipótese e/ou questões; descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Em relação a primeira função é possível através da AC, encontrar respostas para as questões formuladas e também pode-se confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho da investigação (hipótese). A segunda função possibilita ir além das aparências do que está sendo comunicado. As duas funções não são excludentes e ambas foram aplicadas nesta pesquisa. De um lado, buscamos encontrar responder para as questões levantadas e por outro lado, buscamos

entender os conteúdos não verbalizados pelos entrevistados, através da análise dos olhares, reações e chistes. De mesmo modo, buscamos entender os conteúdos não expostos nos documentos.

Minayo et al (2001) sugere três fases que a AC pode abranger cronologicamente: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, primeira, segundo e terceira respectivamente. De acordo com a mesma fonte:

Na primeira fase, em geral, organizamos o material a ser analisado. Nesse momento, de acordo com os objetivos e questões de estudo, definimos, principalmente, unidade de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias. Para isso, faz-se necessário que façamos uma leitura do material no sentido de tomarmos contato com sua estrutura, descobrirmos orientações para a análise e registrarmos impressões sobre a mensagem.

Na segunda fase, o momento é de aplicarmos o que foi definido na fase anterior. É a fase mais longa. Pode haver necessidade de fazermos várias leituras de um mesmo material. A terceira fase, em geral, ocorre a partir de princípios de um tratamento quantitativo. Entretanto, como estamos apresentando procedimentos de análise qualitativa, nessa fase devemos tentar desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto. Sem excluir as informações estatísticas, nossa busca deve se voltar, por exemplo, para ideologias, tendências e outras determinações características dos fenômenos que estamos analisando (MINAYO, 2001, p. 76).

Nesta pesquisa, trabalhamos com as três fases propostas pela Minayo et al (2001), mas com algumas ressalvas, como observado a cima. A primeira fase desta pesquisa foi dividida em duas etapas distintas, mas complementares: pré-organização dos dados e preparação do *corpus* de análise, primeira e segunda respectivamente. A primeira etapa ocorreu durante o trabalho do campo, onde reservava-se um dia em cada semana para organizar os materiais ou informações coletadas. O esquema da organização, ou agrupamento dos dados seguia seguinte categorização: por técnicas da coleta, perfil dos entrevistados, por objetivos e perguntas da pesquisa. As anotações no caderno do campo eram reorganizadas (reescritas) para ligar os pontos entre as falas da mesma pessoa, situar momentos que antecederam e aqueles que procederam os silêncios, ou alguma expressão facial que possa ser entendida como algo não dito

verbalmente. A segunda etapa, preparação do *corpus* de análise, ocorreu depois e consistiu na transcrição das entrevistas, das anotações do caderno de campo, na seleção definitiva dos documentos analisados e na separação das informações por temáticas, pelas perguntas e pelos objetivos da pesquisa. Quanto às entrevistas gravadas, optamos pela não transcrição integral. Foram transcritas as partes consideradas importantes, ou aplicáveis ao objeto e objetivos da pesquisa. Isso porque, como foram entrevistas abertas, em alguns casos, os entrevistados aproveitaram o momento para contar outras histórias relacionadas, mas que não são do interesse deste trabalho. Um exemplo neste sentido, foi numa das entrevistas com um dos ex-ministros de saúde, este aproveitou momento para falar de algumas das realizações da sua gestão e outras que tinham na manga para serem ainda realizadas, se não fosse demitido do cargo. Mas não eram assuntos do interesse desta pesquisa.

Na segunda fase, exploração do material, tratamos de ler e buscar compreender de maneira mais profunda os conteúdos verbalizados pelos entrevistados, aqueles explícitos nos documentos analisados, os percebidos nas observações participantes, bem como as informações latentes das mesmas fontes. Na sequência, ainda nesta etapa, após apreender os conteúdos dos materiais analisados, tornou menos difícil a definição das contribuições teóricas que sustentaram a discussão dos resultados. A terceira e última etapa, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, consistiu inicialmente na organização, apresentação e discussão dos resultados de maneira articulada com as contribuições teóricas. Em seguida, fizemos as interpretações dos resultados, respondendo as perguntas e objetivos da pesquisa.

Em todas as três fases da análise, levamos em consideração o *método hermenêutico-dialético*, mas foi aplicado mais na terceira fase, principalmente por ser uma pesquisa de cunho afrocêntrico, em que relacionar os dados com o contexto em que foram extraídos, ou produzidas é imperativo.

O *método hermenêutico-dialético* é proposta metodológica de análise de dados qualitativos, proposta pela Minayo et al (2001), em que a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. “Esta compreensão tem, como ponto de partida, o *interior da fala*. E, como ponto de chegada, o *campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala*” (MINAYO et al, 2001, p. 78). Esta proposta se destaca pelos dois pressupostos

de análise. O primeiro diz respeito à ideia de que não há consenso e nem ponto de chegada na produção de conhecimento. Já o segundo, se refere ao fato de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta. A proposta apresenta dois níveis de interpretação:

O primeiro nível da interpretação: diz respeito à conjuntura sócio-econômica e política do qual faz parte o grupo social a ser estudado; história desse grupo e política que se relaciona a esse grupo. Essas determinações (contexto sócio-histórico) já devem ser definidas na fase exploratória da pesquisa;

O segundo nível de interpretação: baseia-se no encontro que realizamos com os fatos surgidos na investigação. Esse nível é, ao mesmo tempo, ponto de partida e ponto de chegada da análise. As comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições e a observação de cerimônias e rituais são aspectos a serem considerados nesse nível de interpretação (MINAYO, et al, 2001, p. 77-78).

Nesta pesquisa, como pode se ver, o contexto sócioeconômico, político e cultural dos atores envolvidos na produção dos dados, foram levadas em consideração desde primeiras horas, por consideramos que são indispensáveis, principalmente quando se trata de uma pesquisa qualitativa. De igual modo, os aspectos sugeridos no segundo nível, também foram levadas em considerações na análise dos dados como um todo. Este foi o caminho que percorremos para chegar aos resultados apresentados.

CAPÍTULO IV

5. MEDICINA TRADICIONAL EM GUINÉ-BISSAU: ENSINO-APRENDIZAGEM, PRÁTICA, INSTITUCIONALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO NA PERSPECTIVA DOS CURANDEIROS TRADICIONAIS

Me. Davi Saba N'bundé

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

Resumo: Este artigo objetivou analisar, a partir das narrativas dos Curandeiros Tradicionais (CT) de Guiné-Bissau, como se dá o ensino-aprendizagem e exercício da mesma, além de analisar a posição desses Curandeiros em relação à institucionalização do processo de ensino-aprendizagem da MT e à integração do seu exercício no Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Guiné-Bissau. **Método:** O trabalho de campo foi realizado em Guiné-Bissau, entre novembro/2018 e março/2019, em que foram entrevistados 6 CT e realizadas observações nos ambientes de trabalho de 4 deles. As informações foram transcritas, organizadas e analisadas, utilizando a análise temática, com abordagem *hermenêutico-dialética*, em que as falas dos atores sociais são situadas em seus contextos para melhor serem compreendidas. **Resultados:** Há uma distinção entre duas categorias de curadores exercendo a MT em Guiné-Bissau: os CT, nossos entrevistados, que são vistos como possíveis aliados de demônios; e os Djambakusis, que são tratados como aliados de demônios ou os próprios demônios. Ser CT não é necessariamente uma escolha pessoal, em muitos casos as pessoas são escolhidas para esta missão. O processo de ensino-aprendizagem e o exercício da MT em Guiné-Bissau segue uma metodologia tradicional secular, em que aprendizagem tem início com um mestre, mas o tempo para término é indeterminável. Os CT entrevistados acreditam que uma possível institucionalização do processo de ensino-aprendizagem e integração do exercício no SNS poderá contribuir significativamente para a quebra dos preconceitos e estigmas atrelados à MT, para promover a valorização daqueles que a exercem, atrair interesse dos jovens para esse exercício e aumentar sua clientela. Os CT admitem a possibilidade de abrir mão de alguns aspectos do processo de ensino-aprendizagem e exercício da MT em Guiné-Bissau, numa construção conjunta com Estado e sociedade civil, desde que isso não cause alterações significativas no *modus operandi* da MT naquele país. **Conclusão:** os CT entrevistados não são contra a institucionalização do ensino-aprendizagem da MT e da integração do seu exercício no SNS, mas têm preocupação em proteger os elementos centrais do processo de ensino-aprendizado e prática deste modo de cuidado de saúde-doença, para que ele não venha a ser transformada em algo não mais africano e guineense.

Palavras Chaves: Medicina Tradicional, Curandeiro Tradicional, Integração, Institucionalização, Saúde Pública.

Abstract: This article aimed to analyze, based on the narratives of Traditional Healers (TC) of Guinea-Bissau, how the teaching-learning and practice of TM takes place, as well as to analyze the position of these Traditional Healers in relation to the institutionalization of the teaching-learning process of TM and the integration of its practice in the National Health System (NHS) of Guinea-Bissau. Method: Fieldwork was conducted in Guinea-Bissau, between November/2018 and March/2019, in which 6 CTs were interviewed and observations were conducted in the work environments of 4 of them. The information was transcribed, organized and analyzed using thematic analysis, with a hermeneutic-dialectical approach, in which the speeches of the social actors are placed in their contexts to be better understood. Results: There is a distinction between two categories of healers exercising TM in Guinea-Bissau: the TC, our interviewees, who are seen as possible allies of demons; and the Djambakusis, who are treated as allies of demons or demons themselves. Being a TC is not necessarily a personal choice, in many cases people are chosen for this mission. The teaching-learning process and the exercise of TM in Guinea-Bissau follows a traditional secular methodology, in which learning begins with a master, but the time for completion is indeterminable. The CTs interviewed believe that a possible institutionalization of the teaching-learning process and integration of the practice into the SNS could contribute significantly to breaking the prejudices and stigmas attached to TM, to promote the valorization of those who practice it, to attract the interest of young people in this practice, and to increase their clientele. The TCs admit the possibility of giving up some aspects of the teaching-learning process and TM practice in Guinea-Bissau, in a joint construction with the State and civil society, provided that this does not cause significant changes in the modus operandi of TM in that country. Conclusion: the TCs interviewed are not against the institutionalization of the teaching-learning of TM and the integration of its practice into the NHS, but they are concerned about protecting the central elements of the teaching-learning process and practice of this health-disease care mode, so that it does not become something no longer African and Guinean.

Key words: Traditional Medicine, Traditional Healer, Integration, Institutionalization, Public Health.

1 INTRODUÇÃO

A concepção da Medicina Tradicional (MT) varia de um lugar para outro, por estar intrinsecamente ligada às culturas dos povos. Apesar disso, existe a busca por uma definição que possa incorporar todas as MT, independentemente dos lugares, das culturas ou dos povos. É nesta tentativa que a Organização Mundial de Saúde (OMS) a concebe como “soma total dos conhecimentos, procedimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não e, usados para a

manutenção da saúde (...)” (OMS, 2002). Esta concepção da MT proferida pela OMS difere em parte da que fundamentou este artigo, produzida no trabalho de campo, baseada nas entrevistas com Curandeiros Tradicionais (CT)²⁵ de Guiné-Bissau, como veremos adiante.

São variados os processos de ensino-aprendizagem e as práticas das MT. O método mais comum utilizado no continente africano, e igualmente em Guiné-Bissau, no processo de ensino-aprendizagem da MT é a oralidade, isto é, transmissão dos conhecimentos oralmente, de geração em geração de curandeiros. No entanto, com as orientações da OMS para possibilidade de integração²⁶ da MT nos Sistemas de Saúde Locais (SSL), principalmente nos países em desenvolvimento, com o propósito de atender as necessidades básicas de saúde, a partir da segunda metade do século XX (LUZ, 2005), o seu processo de ensino-aprendizagem e exercício vem sendo institucionalizado²⁷ nos formatos que os cursos seculares acadêmicos são organizados em níveis de graduação, mestrado e doutorado, como aponta a OMS:

El número de Estados Miembros que disponen de programas de capacitación superior en MTC, incluidas las licenciaturas, las maestrías y los doctorados de nivel universitario, ha aumentado de apenas unos pocos, a 39, lo que representa el 30% de los países encuestados (OMS, 2013, p. 23).

O argumento central da OMS para justificar a necessidade da institucionalização do processo de ensino-aprendizagem da MT, e consequente integração do seu exercício nos SSL, é que isso vai garantir a segurança no uso,

²⁵ A decisão em usar o termo Curandeiro Tradicional neste trabalho, para se referir às pessoas que exercem essa atividade, em vez de outros termos, tais como, Praticante da MT (PTM) como aparece em alguns documentos oficiais do Ministério de Saúde da Guiné-Bissau, e também na literatura, em alguns casos, se deve à opção ou a forma como os entrevistados, preferem ser chamadas, ou seja, como elas se autodenominam. Pela minha experiência, em Guiné-Bissau, estas pessoas sempre foram e ainda são chamadas de Curandeiros Tradicionais.

²⁶ As palavras integração/integrar foram usadas no sentido do Estado, através do Ministério de Saúde Pública, integrar a MT no Sistema Nacional de Saúde (SNS), isto é, oferecer este serviço no SNS, assumir sua gestão, avaliação e contratar Curandeiros Tradicionais para atuarem como funcionários públicos.

²⁷ O emprego das palavras institucionalização e/ou institucionalizar nesta pesquisa, foi no sentido de o Estado criar leis e/ou regras, ou validar as criadas por outras instituições autorizadas, (políticas nacionais, regimentos, estruturas formais, etc.), para possibilitar que todos os aspectos da MT possam estar organizados e regulamentados, política e juridicamente.

na qualidade do ensino-aprendizagem e conseqüentemente no exercício da mesma. De acordo com esta organização:

A fin de mejorar la seguridad y la práctica calificada de la MTC, los Estados Miembros han elaborado reglamentos relativos a calidad, cantidad, acreditación y estructuras de formación de profesionales de MTC, en particular los profesionales de medicina convencional que utilizan la MTC. Se han logrado importantes progresos en muchos aspectos (OMS, 2013, p. 23).

A justificativa da OMS possibilita reconhecer o quanto suas ações e seus discursos são orientados por um pensamento colonial, que aceita ou valida uma determinada técnica ou conhecimento não científico só quando este for submetido aos critérios e métodos científicos de validação. Este argumento nega ou coloca em dúvida, ainda que de maneira indireta, a qualidade, eficácia e segurança atribuída à MT por séculos e ainda hoje, sem que seu ensino-aprendizagem tenha sido institucionalizado ou que seu exercício tenha sido feito por pessoas com formações escolares ao modo acadêmico/científico ocidental moderno. Na África, no caso concreto de Guiné-Bissau, muitos CT não têm escolaridade considerável ou mesmo alguma escolaridade, mas aprenderam, ensinam e exercem a MT sem sentir falta desse nível de instrução que a OMS tem defendido em suas orientações aos países que desejam integrar MT nos seus SSL.

Segundo a OMS (2013), a África é a região do mundo que ainda mantém a forma tradicional, de ensino-aprendizagem e exercício da MT, apesar de que alguns países deste continente vêm abraçando, mesmo que de maneira tímida, a tendência internacional em relação à institucionalização do processo de ensino-aprendizagem e do exercício da MT. De acordo com esta organização:

En la región de África, los prácticos de la medicina tradicional han transmitido sus conocimientos y prácticas oralmente, de generación en generación. En los últimos años, algunos países han fortalecido los programas de capacitación, con miras a desarrollar los conocimientos de los prácticos de la medicina tradicional. Además, en algunos países la medicina tradicional figura en los planes de estudios universitarios de las carreras médicas. Por ejemplo, diversas universidades de países de la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental, la República Democrática del Congo, Sudáfrica y Tanzania incluyen la medicina tradicional en los planes de estudio de medicina y farmacia (OMS, 2013, p. 23).

Em Guiné-Bissau, desconhecemos a existência de uma proposta concreta de institucionalização do processo de ensino-aprendizagem da MT. O debate que existe em andamento é sobre a possibilidade da integração do exercício da MT no Sistema Nacional de Saúde (SNS), o que demonstra que existe certo reconhecimento social e político da sua potencialidade. É provável que se a integração da MT no SNS venha a ser aprovada será necessário discutir outros aspectos relacionados a ela, principalmente a questão do seu ensino-aprendizagem (quem pode ensinar, como será o ensino, por quanto tempo, em que formato, etc.) e também quem poderá ou não exercer, entre outros detalhes.

O documento intitulado ‘Plano Estratégico da Medicina Tradicional’²⁸, que apresenta uma proposta de possível integração do exercício da MT no SNS, foi elaborada em 2010 pela Direção do Serviço da Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional que integra a Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde do Ministério de Saúde Pública (MINSAP), com apoio técnico e participação da Organização Oeste Africana de Saúde (OOAS), da OMS, da Caritas de Guiné-Bissau, da organização não-governamental PROMETRA, entre outras instituições e algumas pessoas físicas que também prestaram apoio técnico. No documento, não foi feita nenhuma menção sobre a participação dos CT de Guiné-Bissau, na sua discussão e posterior elaboração e os CT entrevistados afirmaram desconhecer este documento, seu conteúdo e nem sabiam que estava sendo elaborado. Neste manuscrito, o MINSAP fala da necessidade de integrar a MT junto ao SNS, como pode se ver neste trecho do documento: “há uma necessidade da integração dos dois sistemas para aumentar a cobertura dos cuidados de saúde através da colaboração frutuosa (...)”. Outro aspecto destacado para justificar a possível integração é a possibilidade de um controle amplo e formal dos aspectos envolvendo a MT, principalmente os processos de ensino-aprendizagem e prática. Para o MINSAP, a integração vai possibilitar um exercício mais seguro da MT, ou seja, “o Estado terá uma ferramenta oficial que o permite definir quem, quando e como pode ensinar, aprender e posteriormente exercer a MT em Guiné-Bissau”. Entre os pontos descritos nessa proposta, consta a exigência de um nível de escolaridade

²⁸ Documento obtido em mãos junto a Direção do Serviço da Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional no mês de Janeiro de 2018, não disponível na Internet.

mínima para os CT e daqueles que pretendem ser CT (seguindo a linha de argumentação da OMS), como mostra este trecho do documento: “o nível de instrução mínimo para todos os praticantes da medicina tradicional deve ser o certificado de fim de estudos do ensino primário”, igualmente, só poderá exercer a MT em Guiné-Bissau, “quem for aprovado e ter certificado do Conselho Nacional de Medicina Tradicional²⁹.”

Foram a partir dos pontos apresentados neste documento que decidimos investigar a perspectiva dos CT em relação a possível institucionalização dos diversos aspectos da MT que vem se levantando no continente africano, e no caso concreto de Guiné-Bissau. Sendo assim, este artigo tem como objetivo: descrever, a partir das narrativas de CT de Guiné-Bissau, como se dá o ensino-aprendizagem e o exercício da Medicina Tradicional naquele país e analisar a posição desses curandeiros em relação às possíveis implicações da institucionalização desses processos e integração ao SNS em Guiné-Bissau.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa afrocêntrica de natureza descritiva com abordagem qualitativa. Segundo Asante (2009), para que uma investigação seja considerada afrocêntrica ela deve apresentar ou estar necessariamente relacionada com uma das seguintes características: a) interesse pela localização psicológica; b) compromisso com a descoberta do lugar do africano como sujeito; c) defesa dos elementos culturais africanos; e, d) compromisso com uma nova narrativa da história da África” (ASANTE, 2009, p. 96). Segundo estes requisitos, esta pesquisa enquadra-se, fundamentalmente no item c: ‘defesa dos elementos culturais africanos’. De acordo com Asante (2009), em relação a este ponto, um estudo afrocêntrico preocupa-se em defender e proteger os valores e elementos culturais africanos como parte do projeto humano, utilizando os elementos linguísticos, psicológicos, sociológicos e filosóficos necessários para fazer esta defesa; sem que estes elementos sejam eurocêntricos ou não-africanos. Isto é, deve-se encontrar os referidos elementos dentro ou a partir da própria África.

²⁹ O Conselho Nacional de Medicina Tradicional referido, seria o órgão máximo que regulamentará e fiscalizará as atividades envolvendo a MT como um todo, em Guiné-Bissau. A proposta da sua criação e estruturação está dentro do Plano Estratégico da Medicina Tradicional.

Mazama (2003) apresenta de maneira sucinta alguns princípios metodológicos importantes e indispensáveis da pesquisa afrocêntrica:

Toda investigação deve ser determinada pela experiência africana; o espiritual é importante e deve ser colocado no lugar devido; a imersão no sujeito é necessária; o *holismo* é um imperativo; deve-se confiar na intuição; nem tudo é mensurável porque nem tudo que é importante é material; o conhecimento gerado pela metodologia afrocêntrica deve ser libertador (p.123).

O trabalho de campo ocorreu entre os meses de novembro de 2018 e março de 2019, em que foram entrevistados 6 CT da nacionalidade guineense, residentes em diferentes regiões do país. Os CT foram selecionados por serem popularmente conhecidos na sociedade guineense, principalmente nas regiões que atuam.

Na coleta de dados, utilizamos três técnicas diferentes e complementares: entrevista aberta, observação e análise documental. Utilizamos na recolha das informações gravador de áudio, caderno do campo e câmera fotográfica. Para gravar as entrevistas e fotografar os ambientes, etc., utilizamos um *Smartphone* da marca Motorola, linha: Moto G5S Plus. Todas as entrevistas foram individuais e nos lugares indicados pelas pessoas entrevistadas e todos foram em ambientes seguros para entrevista.

Realizamos observação no ambiente de trabalho de 4 dos 6 CT entrevistados, onde os mesmos foram entrevistados. Foi possível acompanhar consultas, preparação de insumos para tratamento, orientação dos aprendizes e estes, orientando os pacientes em como seguir o tratamento. Das 4 observações realizadas, 3 ocorreram nos horários entre 11:00h e 15:00h, apenas 1 aconteceu entre 14:00h e 17:00h, em dias e localidades diferentes. Os horários incluem o tempo completo da permanência no local (ambiente do trabalho dos entrevistados). Ao todo, foi possível acompanhar 9 consultas, 7 eram retornos, 2 eram primeira vez, mas sem perguntas, apenas para observar como acontece o processo da consulta. Não foi possível acompanhar 2 consultas por completo (as do primeiro encontro), porque as pacientes disseram que não se sentiriam à vontade, mas foram as mesmas que autorizaram que podia acompanhar uma parte da consulta.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, mas esta entidade alegou em seu parecer que como 100% da coleta de dados envolvendo pessoas iria acontecer em Guiné-Bissau, não tinha jurisdição para autorizar a pesquisa. No entanto, em Guiné-Bissau, no momento da pesquisa não existia uma entidade, setor ou instituição com jurisdição legal para tratar desde assunto. Assim, foram respeitados todos os procedimentos e assegurados os direitos e a segurança às pessoas que participaram, conforme a legislação e a regulamentação brasileiras. Todos os participantes foram informados sobre a pesquisa e seu nível de participação, da possibilidade de poder desistir a qualquer momento de participar, sem nenhum prejuízo para si, e que sua privacidade seria respeitada e garantida a confidencialidade das informações que forneceram, etc. Os participantes foram convidados a assinar e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como prova de que suas participações aconteceram de livre e espontânea vontade (dentro dos termos legais vigentes no Brasil).

Analizamos os dados com base na Análise de Conteúdo (AC) proposta por Minayo et al., (2001), respeitando as três fases sugeridas por ela: pré-análise (primeira fase), exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (segunda fase) e interpretação (terceira fase). Segundo Minayo et al., (2001), a AC é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. A técnica empregada neste trabalho foi análise temática, que consiste na organização dos conteúdos por temas para posteriormente serem analisados. Também utilizamos a abordagem *hermenêutico-dialética* de análise de dados qualitativos, defendida pela mesma autora, por apresentar os requisitos exigidos para uma pesquisa afrocêntrica. Neste método, Minayo (et al., 2011) sugere que as falas dos atores sociais sejam situadas em seus contextos para melhor serem compreendidas. “Esta compreensão tem, como ponto de partida, o *interior da fala*. E, como ponto de chegada, o *campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala*” (MINAYO et al, 2001, p. 78). A proposta se destaca pelos dois pressupostos de análise: o primeiro diz respeito à ideia de que não há consenso e nem ponto de chegada na produção de conhecimento. Já o segundo se refere ao fato de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Medicina Tradicional

Os entrevistados apresentaram uma concepção³⁰ da MT um pouco diferente daquela da OMS, como observado antes. De acordo com os CT entrevistados, a MT é um conjunto de conhecimentos que se fundamentam nas crenças em Deus/deuses, natureza, cultura e na longa experiência carregada por gerações. Ela serve para proteger as pessoas, às vezes animais, dos diferentes tipos de doenças, vindas de Deus/deuses, da natureza, ou dos homens, curá-las e tratar as não curáveis. Segundo este entrevistado: *Deus/deuses nos deu este conhecimento para cuidar da comunidade e de tudo que nela há. Porque tem muitas pessoas de má fé por aí, querendo fazer mal na comunidade, seja com pessoas, animais e com plantações.* (CT - I)

A definição da MT dos CT diverge em parte a ideia de que os saberes da MT seriam 'explicáveis ou não', como aponta a concepção da OMS. Segundo os CT entrevistados: "todo CT sabe explicar o que faz e como faz e os usuários entendem as explicações, tanto do diagnóstico como dos procedimentos terapêuticos a serem seguidos para curar ou tratar a doença". Isto é, tudo é explicável, sob certa lógica, a lógica da MT local. O cerne desta discordância reside no pensamento colonizado que orienta as ações da OMS, implícito na expressão "explicável ou não", em que está subliminarmente projetado todo o poder de explicação – ou explicação confiável - a respeito da saúde-doença na ciência e na Medicina Ocidental. Para os entrevistados:

O problema dos brancos é que eles não conseguem entender como funciona a MT, mas vivem falando coisas por aí. É coisa da nossa cultura, eles não vão entender facilmente. Até mesmo na nossa cultura, só pessoas que praticam e aquelas que frequentam que entendem.
(CT - V)

A concepção proferida pelos CT é ancorada na crença de que existem doenças/pragas que Deus/deuses manda(m) para punir pessoas, ou comunidade(s) de algum mal, ou desobediência. Por outro lado, ancora-se

³⁰ Elaborada com base em entrevistas com Curandeiros Tradicionais (CT) no trabalho de campo em Guiné-Bissau.

também na crença de que existem doenças por causas naturais, assim como existem doenças provocadas por pessoas, feiticeiras ou não. Quando são provocadas pelas pessoas feiticeiras, elas fazem isso para causar sofrimentos e mortes, como forma de recompensar os demônios que concedem a elas esses poderes. Quando se trata de pessoas não feiticeiras, geralmente fazem isso para tirar algum benefício, principalmente financeiro. Neste último caso, pode-se pensar na possibilidade de criar vírus no laboratório e provocar surto, ou epidemia em uma determinada região, ou talvez uma pandemia, para depois propor e vender vacinas, e assim gerar lucro financeiro. De acordo com um dos entrevistados:

Deus/deuses castiga seu povo, sempre que estes desobedecem a orientações, ou descumprem os acordos..., às vezes, as pessoas são abençoadas, suas crias, plantações, entre outras coisas, mas esquecem, ou não fazem sacrifício para agradecer pela benção. Isso traz maldição na comunidade. Mas também, tem doenças que vem por conta própria, sem mão de ninguém. (CT - VI)

O uso da MT para proteção dos animais fundamenta-se na crença de que pessoas feiticeiras podem jogar doença sobre animais e provocar mortes em grande quantidade por má-fé, ou para gerar prejuízos principalmente econômicos na comunidade, visto que, em muitas delas, a criação de animais (porcos, ovelhas, cabritos, vacas etc.) é a principal fonte de recursos da economia, por isso se faz necessário a utilização da MT para proteção dos recursos da comunidade. No entanto, os CT acreditam também que existem doenças por causas naturais que podem atacar os animais, assim como pragas atacam plantações. De acordo com um dos entrevistados:

Sempre que doenças por causas naturais atacam nossas crias, procuramos ajuda do pessoal da veterinária, mas também usamos algumas plantas e raízes para junto com remédios tentar resolver a situação. O mesmo acontece quando tem praga nas plantações. (CT - IV)

3.2 Ser Curandeiro Tradicional e ou Djambakus em Guiné-Bissau

Identificamos que em Guiné-Bissau existem duas categorias diferentes de curadores que praticam a MT: os CT e os Djambakus. Segundo os CT entrevistados, são consideradas como CT pessoas que exercem ou praticam a

MT com base nas plantas (raízes, folhas, flores etc.) ou medicamentos à base de minerais, técnicas manuais e exercícios, aplicados isoladamente ou em combinação, para manter o bem-estar, diagnosticar, tratar e prevenir doenças. As pessoas que utilizam terapias espirituais, isto é, consultam as entidades, divindades ou espíritos para realizar diagnóstico e tratar as situações ou doenças tratáveis, principalmente as causadas por demônios (possessão, ou algum outro tipo de perturbação/doença/sofrimento provocadas por demônios ou pelas pessoas feiticeiras), são chamadas de Djambakusis. Há, portanto, uma diferenciação na MT de Guiné-Bissau, entre os CT e os Djambakusis, de modo que esta pesquisa foi restrita aos CT. Sendo assim, seu escopo empírico não englobou toda a MT, mas aquela que compõem grande parte dela, praticada pelos CT.

Em outras regiões africanas ocorre algo semelhante. Em África do Sul, segundo Xaba (2005, p. 384), inicialmente existem duas categorias que são usadas para referir CT: Os *Azinyanga*, plural de *anyanga*, são, ou significa herbanário, isto é, curador tradicional que trabalha com ervas; e, os chamados *Sangoma*, plural de *izangoma*, que são, ou significa adivinhos, ou seja, adivinhadores. Mais tarde, surgiu os chamados *abathandazi*, que significa adivinhos cristãos, em decorrência da proibição dos *sangoma* por meio de leis antifeitiçaria. As *abathandazi*, segundo Xaba (2005, p. 385) “atuavam nesta fronteira entre os *izangoma* e o curandeiro ou médium cristão. O seu conhecimento foi influenciado pela epistemologia e cosmologia africana e cristã e oscila entre ambas”.

De acordo com os entrevistados, em Guiné-Bissau também há aqueles que exercem as duas atividades assumidamente (se identificam como CT e Djambakus), assim como existem CT que são cristãos (católicos e evangélicos) e usam oração/reza como terapia adicional, tanto para diagnóstico como no tratamento das doenças, sejam as causadas por questões naturais, por Deus/deuses, sejam as provocadas pelas pessoas, feiticeiras ou não. No entanto, estas pessoas não são consideradas e não se consideram Djambakusis, como afirma um dos entrevistados:

Conheço pessoas que são CT e Djambakus, exercem as duas atividades. Eu também uso a espiritualidade, mas de outra forma. Tenho certeza que foi Deus que me escolheu pra ser CT. Portanto, não faço nada sem invocá-lo para pedir que me oriente, tanto no

diagnóstico como no tratamento de diferentes doenças, independentemente da causa. Conheço um padre que exerce MT com ajuda de Deus, mas não somos Djambakusis, somos filhos e servos de Deus. (CT - I)

A negação de pertencer a categoria dos *Djambakus* pelos CT cristãos dá-se, provavelmente, porque em Guiné-Bissau geralmente os *Djambakusis* são associados com demônios, como observado na fala acima, porque invocam entidades, divindades ou espíritos que não são cultuados no cristianismo. Os CT cristãos também invocam os espíritos, as divindades e santos cultuados em suas religiões, mas não são considerados ou não se consideram *Djambakusis*. Isso tem nome e chama-se racismo religioso contra os *Djambakusis*, ou pessoas não cristãs que usam a espiritualidade no processo de cuidado de saúde-doença. Este pensamento racista de associar a espiritualidade africana não cristã com demônios ou maus espíritos, produzido pelos colonizadores, e que infelizmente é reproduzido pelas pessoas negras, tanto por aquelas que estão na diáspora como aquelas que estão no continente africano (reféns dos efeitos da colonização), é observado em vários lugares do mundo. Na África do Sul, segundo Xaba (2005), “a marginalização das religiões, costumes e práticas africanas foi metódica..., através do trabalho, do cristianismo e da educação missionária, bem como do papel desempenhado pelo Estado e pelas normas médicas e farmacêuticas” (p. 387).

A campanha pela marginalização do *modus operandi* dos povos africanos sempre teve e ainda têm as mãos dos missionários das religiões cristãs. De acordo com Xaba (2005), em África do Sul, os missionários que trabalharam dedicadamente na marginalização das religiões africanas, das práticas da MT, entre outros aspectos, “tiveram o apoio do Estado local e de quase todos os europeus (mineiros, agricultores, caçadores de diamantes e outros que procuravam fortuna naquele país)” (p. 391).

No Brasil, não foi muito diferente. As religiões cristãs desempenharam e ainda desempenham um papel fundamental na marginalização das culturas, ou práticas dos índios e dos negros. Neste país, sempre foi e ainda é comum ver ou ouvir falas de fiéis cristãos, movidos pelo racismo e intolerância, acusações contra praticantes das religiões/espiritualidades das matrizes africanas como práticas diabólicas. Uma prova contundente disso é a publicação do livro: Orixás,

Caboclos e Guias: Deuses ou Demônios? escrito pelo 'bispo' Edir Macedo (2004), líder da Igreja Universal do Reino de Deus. Este livro afirma que as religiões das matrizes africanas cultuam demônios. De acordo com Macedo (2004, p. 7), "no Brasil, em seitas como vodu, macumba, quimbanda, candomblê ou umbanda, os demônios são adorados, agradados ou servidos". Estas acusações, de cunho racista, feitas por Macedo (2004), líder principal da Igreja acima citada, com milhões³¹ de seguidores ou fiéis no mundo, simplesmente reforça o racismo religioso já existente contra as religiões ou espiritualidades das matrizes africanas no Brasil e não só.

3.3 Aprender e Praticar Medicina Tradicional

Em relação ao aprendizado da MT, os dados revelam que, em Guiné-Bissau, ser CT nem sempre é uma escolha pessoal. Os CT entrevistados acreditam que na maioria dos casos, as pessoas que mais tarde serão CT, são escolhidas por Deus/deuses³² para esta missão na comunidade/aldeia, mas reconhecem que outras pessoas buscam aprender a MT por vontade própria e são ótimos CT, porque é algo que se pode aprender. Eles explicam que ser CT não é uma tarefa fácil, por conta do longo período de tempo de aprendizado e por não ter garantia de um retorno financeiro lucrativo. Para um dos entrevistados:

Para maioria de nós, ser CT é um chamado..., mas outros escolhem a profissão por vontade própria. Aqueles que escolhem ser por vontade própria, na sua maioria desistem do processo e, entre os escolhidos também é observada a desistência; mas geralmente a maioria vai até o fim e cumpre a missão de ser CT e exercer a MT para o bem da comunidade, apesar das dificuldades e longo anos de dedicação. (CT - VI)

³¹ "Fundada em julho de 1977 no Rio de Janeiro por Edir Macedo e Romildo Ribeiro Soares, tornou-se o maior e mais representativo grupo neopentecostal brasileiro. Segundo estimativas do censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a IURD tem mais de seis mil templos, doze mil pastores e um milhão e oitocentos mil fiéis ao redor do país.

³² Deus/deuses é referido no sentido ampla da palavra. Não entramos em detalhes para tentar entender as diferentes ideias de Deus que podiam existir entre os entrevistados.

Por ser um chamado de Deus/deuses, a cobrança para os moradores da aldeia local é simbólica e nem sempre esse pagamento simbólico é feito. Se paciente ou seus familiares não têm como pagar, são atendidos normalmente. Isso porque a grande maioria dos CT, que residem na zona rural, têm outras fontes de renda, ou seja, poucos se dedicam integralmente ao exercício da MT. Como afirmou um dos entrevistados: “eu exerço praticamente só final da tarde para noite, porque durante dia vou ao campo, sou agricultor e tenho minhas plantações. Só nos sábados e domingos que exerço o dia todo, porque não vou ao campo” (CT - VI).

No entanto, para aqueles CT que residem nas grandes cidades, principalmente na capital, a realidade é diferente em relação aos da zona rural. Geralmente, os da zona urbana se dedicam ao exercício da MT por tempo integral e às vezes esta é a única fonte de renda da pessoa. Por conta disso, praticam preços mais altos, se comparado aos outros. Trabalham com tabelas de preços, mas afirmam não serem rígidos com os preços da tabela.

Tenho tabela dos preços para me orientar, mas sou flexível com os preços, levo em consideração a condição financeira e a necessidade da pessoa. Outros colegas que conheço também fazem quase a mesma coisa. Não tem como fazer de graça, porque daqui que sai o sustento da minha casa, mas ajudo na medida do possível, pode ter certeza disso. Porque foi Deus que me deu este dom. (CT - II)

Os entrevistados acreditam que a pessoa escolhida sempre recebe algum tipo de sinal, direta ou indiretamente, avisando que é escolhida para ser CT e exercer a MT. De acordo com um dos entrevistados:

Só a pessoa sabe se foi ou não escolhida, mas as vezes dá para perceber nos pequenos detalhes, no amor ao exercício da MT e no pensar nas pessoas em primeiro lugar, ao em vez do dinheiro. Os sinais variam de pessoa para pessoa, mas todas entendem, cedo ou tarde. Porém, a pessoa pode resistir, negar e fugir para outra profissão. Outras conciliam o exercício da MT com outra profissão..., Deus/deuses não obrigam ninguém a aceitar..., por isso, se a pessoa for escolhida, ela pode negar, ou aceitar. (CT - V)

O processo de ensino-aprendizagem da MT em Guiné-Bissau segue uma metodologia tradicional secular, em que a aprendizagem tem início, mas o tempo para término é indeterminável, diferentemente do que acontece nos cursos acadêmicos e ou profissionalizantes formais, nas sociedades modernas. A

transmissão do conhecimento de uma geração para outra segue o método da oralidade. Os iniciantes aprendem na prática, ao lado dos seus mestres, acompanhando as consultas, terapias e coleta dos insumos nos hortos ou florestas (geralmente plantas medicinais), como mostram as entrevistas:

Apreendi com meu pai durante 15 anos, mas comecei a me considerar CT e atuar de forma independente quando ele faleceu. Por isso digo que meu aprendizado durou 15 anos. Hoje em dia, está difícil conseguir algumas plantas, porque tem gente derrubando árvores para fazer madeira. Isso demonstra a falta do interesse de Estado com Medicina Tradicional...porque é o Estado que concede licença para estas pessoas derrubarem árvores para fazer madeira. Às vezes, tem que ir para outras cidades para poder conseguir plantas raras que são importantes no tratamento de várias doenças. (CT - II)

Posso dizer que conheço todas as matas importantes do país, hoje viajo até o Sul do país, saindo aqui do Norte, em busca de plantas raras. Passei mais de 10 anos aprendendo, para depois começar a praticar sozinho. Mas sempre visito a pessoa que me ensinou (mestre) este trabalho, porque as vezes tem coisas difíceis, daí procuro ele, também outros curandeiros para trocar experiências. (CT - III)

Não lembro quantos anos passei aprendendo, mas são mais de 15 anos. Trabalhava em tudo, nas consultas, na orientação dos exercícios físicos, coleta de insumos nas florestas/hortos, as vezes temos que fazer viagens de uma semana para diferentes lugares, buscando plantas raras. Hoje em dia, poucos jovens querem aprender isso, porque é difícil e leva muito tempo para começar a ganhar seu próprio dinheiro, sabe. (CT - V)

Na África do Sul, o tempo médio da formação, isto é, de aprendizado dos CT, não é tão diferente da realidade com a qual nos deparamos em Guiné-Bissau. Segundo Gumede (1990, p.154, apud XABA, 2005, p. 385), “Os *azinyanga* eram auxiliados pelos seus estudantes na obtenção, preparação e administração dos remédios. Esta ajuda fazia parte da formação dos estudantes, que se considerava durar entre dez anos e uma vida inteira”.

Em Guiné-Bissau, os dados revelam que o processo de aprendizagem da MT tem sido desafiador para as novas gerações. Segundo os CT entrevistados, “é um desafio que muitos não têm interesse em enfrentar, principalmente os jovens de hoje, que têm várias outras possibilidades de profissionalização com menos tempo e retorno financeiro garantido”. A dificuldade centra-se em três fatores que envolve o aprender e exercer a MT: tempo de aprendizagem e metodologia e, posteriormente, retorno financeiro.

Fator Tempo: aprender os conhecimentos e técnicas da MT demanda um longo período de tempo, tanto para o escolhido como para aquele que decidiu

por interesse próprio. O processo tem início, porém o tempo para término é desconhecido, tanto pelo mestre como para o aprendiz. Os resultados indicam que este tempo pode variar até 20 anos, mas pode ser bem menos que isso, dependendo de alguns aspectos. Aqui apontamos dois desses aspectos, esboçados nas falas dos entrevistados: 1º) habilidades do mestre e aprendiz; 2º) circunstâncias de vida na relação do mestre e aprendiz. Em relação ao primeiro aspecto, os resultados apontam que o tempo de aprendizado poderia ser menos longo, se o mestre for habilidoso, demonstrar interesse e vontade em ensinar ao seu aprendiz tudo que sabe, deixá-lo acompanhar as consultas, terapias, coleta e preparo dos insumos com mais frequência, oportunizar momentos de prática com mais periodicidade e querer que este seja independente o quanto antes. Por outro lado, o aprendiz teria que ser habilidoso também, ter e demonstrar muito interesse e vontade em aprender e dedicar mais tempo ao lado do seu mestre. Mas as entrevistas sugerem que, em alguns casos, os mestres escondem o conhecimento, vão ensinando pouco a pouco para aumentar o tempo de aprendizagem dos seus aprendizes. Esta extensão do tempo acontece na ideia de que, quanto mais tempo de aprendizagem, melhor a pessoa aprende e, por outro lado, alongam o tempo com propósito de continuar a contar com a colaboração do aprendiz, principalmente quando este é bom. De acordo com alguns dos entrevistados:

Meu mestre era muito rigoroso, exigia muito de nós, tínhamos que prestar muita atenção e perguntar sempre que tivéssemos dúvida, na cabeça dura. Ele era muito bom, mas não como professor. Dizia que eram necessários anos e anos para sermos bons o suficiente. Ele falava de passos lentos e seguros, porque a MT é coisa séria. Foi nesse ritmo que aprendi. Não foi ruim, mas poderia ser menos tempo..., fiquei uns 13 anos para começar a exercer sozinho, mas mantenho contato com ele, visito sempre que preciso de algo. (CT - III)

Nosso mestre não queria que fossemos embora, porque estava sendo difícil ver outros interessados em aprender MT, principalmente pela localização da aldeia, muito longe das cidades grandes. Poucas pessoas queriam morar lá, mas ele era excelente, aprendi muito bem. Ele nos manteve lá até quando não dava mais (risos). (CT - V)

Quanto ao segundo aspecto - circunstâncias de vida na relação do mestre e aprendiz - um aprendiz pode começar a atuar com menos tempo de aprendizagem nos seguintes casos: adoecimento do seu mestre (com restrições que o impossibilita de exercer) ou morte; e, em caso de alguma situação que faz

com que os dois não possam continuar juntos. No caso de adoecimento ou morte, o aprendiz veterano assume as funções do mestre, com a colaboração dos demais. No caso de alguma situação que impossibilita a continuidade juntos, não é incomum procurar outro mestre para dar continuidade à aprendizagem, principalmente quando se trata de um aprendiz principiante, sem base sólida, este procura outro mestre para dar seguimento ao seu processo de aprendizagem. No entanto, quando se trata de um aprendiz com muito tempo de aprendizado, geralmente este começa a exercer a MT sozinho, porém não deixa de buscar a complementação da formação e aperfeiçoamento das técnicas junto de outros mestres.

Eu tive que me mudar para outra região do país, com apenas 3 anos de aprendizagem. Onde fui morar, não tinha CT por perto. Comecei a exercer o mínimo que aprendi e as demandas começam a aumentar, fui aprendendo na prática para atendê-las..., não foi fácil, mas continuei firme. (CT - IV)

Fator Metodológico: a transmissão das técnicas e dos conhecimentos entre mestres e aprendizes no processo de ensino-aprendizagem da MT em Guiné-Bissau segue uma metodologia tradicional, isto é, a oralidade. Neste método de ensino-aprendizagem, praticamente não se utiliza quadro, cadernos e etc., ou algo semelhante. Mas os entrevistados apontaram que os aprendizes não são proibidos de utilizar caderno para anotação, porém são incentivados a não utilizar, por dois motivos: primeiro, pela crença de que guardar na mente é mais seguro do que no papel; segundo, para manter a tradição da oralidade. Os dados revelam que este método não tem sido fácil para pessoas que tiveram contato com o ensino regular das escolas ocidentais antes de começarem a aprender os conhecimentos e técnicas da MT. Porque nas escolas ocidentais, as pessoas aprendem lendo livros e materiais semelhantes, escrevendo nos cadernos para ler em casa, etc. De acordo com um dos entrevistados:

Aprendi a ler quando criança, mas depois não dei continuidade na escola, senti que fui escolhido para ser CT. Meu mestre dizia, "você meninos da escola dos brancos gostam de escrever tudo, não guardam na cabeça. Se o caderno perder, vai perder tudo". Era a maneira que utilizava para me desestimular a não anotar e conseguiu. Porém acho que é bom anotar, para quando morrer, outra pessoa pode aproveitar um pouco do seu conhecimento. (CT - III)

Segundo um dos entrevistados, “vai ser bom ter registro de coisas básicas para partilhar com pessoas, mas as coisas específicas - difíceis - acho que é bom aprender na prática para garantir a segurança” (CT - III). Vale observar que, em Guiné-Bissau, já há iniciativas produzindo manuais, livros ilustrativos com orientações de como preparar chás à base de folhas e raízes das plantas comuns para usar em caso de diarreia, dor de cabeça, gripes leves, entre outras sintomas. Estes materiais já estão possibilitando o aprendizado de coisas básicas sem precisar ter contato com algum CT. O que significa que num futuro não tão distante, o tempo de aprendizagem será menor e pessoas poderão aprender lendo manuais, livros, entre outros materiais similares³³.

O terceiro fator do desafio de aprender e praticar MT em Guiné-Bissau, como antecipamos acima, é o fator financeiro. Segundo um dos entrevistados, “ganhar muito dinheiro como CT não é fácil, tem que ser muito bom e popular para que pessoas que têm dinheiro possam procurar seu serviço” (CT- II). Como já observado, os dados indicam que, geralmente os CT que residem e exercem nas zonas rurais não esperam muito retorno financeiro, por conta da condição financeira desfavorável da maioria dos que residem na região, mas também principalmente por acreditarem que foram escolhidos para prestar um serviço para o bem da comunidade; ao contrário daqueles que moram nas zonas urbanas e têm isso como a principal fonte de renda para seu sustento. Para este entrevistado:

É necessário divulgar seu trabalho para ter mais clientes, mas precisa ser bom e ter responsabilidade com a saúde das pessoas. Porque muitos fazem publicidade prometendo várias coisas, mas alguns nem são CT, apenas aventureiros. Isso tem dificultado nosso trabalho, porque algumas pessoas acabam pensando que todos são. Mas com tempo, vai ganhando confiança das pessoas e elas mesmas indicam seus familiares, amigos e conhecidos. (CT- II)

Em Guiné-Bissau é comum ouvir publicidade nas emissoras de rádios a respeito dos serviços dos CT. Geralmente anunciam seus currículos, anos de experiência profissional, especialidades, principais habilidades e endereço de atendimento. Igualmente, não é incomum ouvir que um CT que vinha prometendo solucionar problemas de saúde x e/ou y, não tem cumprido com

³³ Os materiais referidos não estão disponíveis na internet. São documentos físicos conseguidos no trabalho de campo.

suas promessas. Na África do Sul, de acordo com Xaba (2005), os falsos CT também existem e são chamados de *impostores*. São pessoas sem formação/conhecimento para exercer a MT, mas enganam pessoas prometendo curas, principalmente das doenças raras. De acordo com esta mesma fonte, “o agravamento das condições econômicas levou a que muitos se estabelecessem como profissionais da medicina indígena” (p. 409).

Em Guiné-Bissau, existe uma certa esperança dos CT de que o Estado poderia se interessar e propiciar um rendimento financeiro para quem pratica MT. Para alguns entrevistados, uma possível regulamentação da MT como um todo possibilitaria o exercício formal e exclusivo para quem realmente é CT e ou Djambakus. Igualmente, a institucionalização da MT tenderia a contribuir fortemente na desconstrução dos estigmas e preconceitos atrelados a MT.

Se o Estado decidir organizar a MT, as coisas vão poder funcionar com mais responsabilidade, segurança e os falsos CT serão pegos. Só o Estado pode ajudar na desconstrução do preconceito que existe contra MT, porque Estado tem força e a maioria das pessoas confiam nele. Mas, aqui em Guiné-Bissau, falta muita vontade e interesse nessa matéria. Por isso que as coisas andam desse jeito, cada um vem e mente que é CT, rouba dinheiro das pessoas prometendo cura de doenças raras e depois foge, ninguém o encontra. E isso acaba prejudicando o trabalho daqueles que realmente são CT e vivem disso. (CT - IV).

Os entrevistados acreditam que uma outra possibilidade para que sua categoria possa garantir retorno financeiro no exercício da MT é ter vínculo empregatício com Estado, prestando serviço para população em certos horários, sem cobrar nada. De acordo um dos entrevistados:

Se o Estado tivesse interesse nesse assunto, poderia contratar CT para serem seu funcionário. Até porque em vários lugares no interior do país, nas zonas mais longes, onde não tem centros de saúde, os CT são os únicos que prestam serviço de saúde lá. Mas não são funcionários de Estado e não recebem nenhuma ajuda. Esta dificuldade faz com que os jovens de hoje não queiram ser CT e assim vai morrendo a nossa cultura, os conhecimentos dos nossos antepassados. Muito triste! (CT - III)

3.4 Procedimentos de Diagnóstico

Antes de começar, consideramos importante informar ao leitor que nosso trabalho não teve como objetivo conhecer os detalhes de como ocorre o

processo de diagnóstico ou tratamento no exercício da MT, isto é, o que orienta as interpretações, conclusões, entre outros aspectos, porque isso exigiria uma pesquisa etnográfica profunda. No entanto, exploramos o básico de como acontece esse processo, aqui apresentado de maneira sucinta.

No exercício da MT em Guiné-Bissau, o processo de diagnóstico não é tão diferente de como acontece nas outras formas de cuidado de saúde-doença, por exemplo na medicina convencional (MC), em que a paciente relata para profissional o que tem sentido, como e desde quando, etc. No processo de diagnóstico no exercício da MT, o paciente entra no consultório, ou lugar equivalente, conversa com o CT, narra seus sintomas, fala de quando começou, qual intensidade, etc. De acordo com um dos entrevistados:

As pessoas pensam que somos feiticeiros, ou fazemos magia para saber qual doença a paciente tem, mas não é isso, fazemos tudo na base do conhecimento que temos e da longa experiência com a profissão. Passamos muito tempo aprendendo, acompanhando consultas diferentes, acabamos adquirindo muita experiência e conhecimento. Conversando muito com paciente, com a experiência e conhecimento que temos, conseguimos saber qual o problema real da pessoa. Não é tão difícil para quem realmente passou muito tempo aprendendo, para um CT de verdade. (CT – V)

Os dados mostram que, geralmente a primeira consulta com CT tem uma longa duração de tempo e serve para duas coisas: primeiramente, para identificar o real sintoma e doença; e no segundo momento, o desafio é identificar a causa, origem, ou natureza da doença. Por exemplo, se é causada por demônios, ou pelas pessoas feiticeiras, por Deus/deuses, ou é natural. De acordo com os entrevistados, a capacidade de diferenciar essas questões é com base na longa experiência e conhecimentos, como afirma este entrevistado:

Nossas consultas demoram muito, porque precisamos conhecer a história das pessoas para melhor saber qual tipo de problema ela tem. Tem gente que tem problema de demônios, porque seus pais chegaram a fazer alguma promessa, ou pacto com algum demônio, coisas assim. Precisa saber qual o problema da pessoa para ter certeza se consegue ajudá-la; caso não vai poder, você orienta a procurar outra pessoa, CT, Djambakus ou ir pra hospital. (CT - IV)

Os resultados indicam que o processo de diagnóstico não é necessariamente concluído no mesmo dia, dependendo da complexidade do caso. Nestas circunstâncias, paciente é orientado a voltar outro dia, enquanto

isso, o CT vai buscando entender a situação para na próxima consulta ter uma explicação da situação. De acordo com este entrevistado:

Tem gente com história difícil, mas sempre tem solução. Se não puder resolver, a gente orienta para procurar outra pessoa, CT ou Djambakus, também orientamos para tentar nos hospitais. Mas sempre vai ter solução para a pessoa. Eh, mandamos a pessoa voltar outro dia, enquanto isso, vai pensando no assunto, conversar com outro CT e aqueles que são da Igreja fazem orações para pedir orientação de Deus..., não, não sou da Igreja (risos), mas acredito em Deus e tenho certeza que ele sempre me ajuda. (CT - V)

Os dados mostram que alguns pacientes procuram os serviços da MT só depois de não conseguirem resolver seus problemas com a MC e, neste caso, chegam com diagnóstico; mas mesmo assim, são ouvidas para ter certeza se o diagnóstico apresentado vai coincidir com o do CT, porque são conhecimentos de ordens diferentes. De acordo com um dos entrevistados (CT- I) “pode vir com papel de hospital, mas temos que conversar pra saber qual é o problema da pessoa, uma vez que o que fazemos é diferente da medicina dos brancos.” Os entrevistados afirmam que os seus diagnósticos não são precisos, isto é, tem margem de erro, principalmente quando se trate de doenças causadas por demônios, ou feiticeiros.

Alguns casos de doenças envolvendo demônios ou feiticeiros são difíceis de detectar no início, só depois de um tempo. Portanto, as vezes começamos tratar a pessoa normal para depois descobrir que o problema dela é de outra ordem, daí orientamos para procurar pessoa ideal, geralmente indicamos. (CT - II)

Os conhecimentos acumulados durante os longos anos de aprendizado, somados às experiências no decorrer do aprendizado e posteriormente no exercício, são as duas bases que orientam o processo de diagnóstico no exercício da MT em Guiné-Bissau. As observações realizadas e anotações de reações e expressões faciais no decorrer das entrevistas, nos levaram a levantar a hipótese de que existem outros aspectos para além da experiência e do conhecimento acumulado que são utilizados no processo de diagnóstico. Porém, apenas realizando uma etnografia nos pareceria possível compreender mais profundamente as possíveis questões que envolvem o funcionamento da MT como um todo, principalmente o processo de diagnóstico. A etnografia possibilita uma inserção profunda na exploração dos detalhes no campo, e igualmente

conhecer e ganhar confiança dos informantes e conseqüentemente conseguir informações relevantes, que provavelmente são difíceis de conseguir em poucos dias do campo.

3.5 Institucionalização e Integração da Medicina Tradicional

Os CT não são contra a institucionalização do ensino-aprendizagem e do exercício da MT, ou de sua integração ao SNS. Porém, estão preocupados com a maneira que o Estado pretende fazer e com as possíveis implicações que isso poderá desencadear em seu *modus operandi* e das futuras gerações de CT. Segundo estes:

Queremos isso, assim poderemos ter mais reconhecimento, respeito e uma aposentadoria no Estado. Mas deve ser uma construção conjunta. Temos que participar para saber como vai ser. (CT - V)

Se institucionalizar, a formação vai ser por quantos anos? Muitos CT não sabem escrever bem, como vão poder ensinar? Porque quem não é CT não vai saber ensinar, até mesmo CT, nem todos aceitam assumir o papel de ensinar. A ideia é boa, mas também é preocupante, porque não sabemos ainda como vão querer fazer. (CT - II)

Quero que seja institucionalizado, isso aumenta o reconhecimento, mas ouvi dizer que vão exigir que as pessoas estudem! Estudar para que? Para ser CT não precisa estudar, por isso falo que as pessoas são escolhidas, porque se for estudar não vai aprender tudo que a gente aprende. (CT - I)

Já foram anos e anos que falaram dessa institucionalização, mas não estão fazendo nada. Me parece que o Estado não tem interesse, porque se tivesse, teria feito há muito tempo, ou não sabe como deve ser feita, porque pode gerar problemas com os CT. (CT - III)

Minha geração já está velha, mas para próximas gerações, vão poder ter vínculo com Estado, serem mais reconhecidos. Nosso trabalho é muito importante, precisa ser reconhecido pelo Estado, como em outros países. (CT - IV)

Algo como um dilema e preocupações parecem pairar frente aos curandeiros tradicionais entrevistados em relação à institucionalização do ensino-aprendizagem da MT na África e no caso de Guiné-Bissau. De acordo com este entrevistado:

Temos conhecimento de que em alguns países da África já estão ensinando a MT nas universidades, isso deve ser bom, porque está valorizando os conhecimentos dos nativos. Mas a preocupação é como está sendo feito. Será que em 4 anos da universidade vai ser suficiente para uma pessoa aprender ser [CT] e exercer a MT? Aqui em Guiné-

Bissau chegou-se a falar disso, mas ninguém mais toca neste assunto, não sei o porque. (CT - IV)

Tenho certeza que a maioria dos CT têm interesse na institucionalização do ensino-aprendizagem da MT no nosso país, assim como foi feito em outros países, porque vai atrair interesse dos jovens. Porém a preocupação é quem são as pessoas que vão ensinar nas escolas (universidades), se muitos de nós não sabem ler e nem escrever? Duvido se alguém que não é CT possa ensinar a MT. (CT-VI)

Os debates a respeito da institucionalização da MT, seja do ensino-aprendizagem, ou da sua integração no SNS, encontram seu maior desafio em como fazer sem causar prejuízos, ou subordinar a MT aos *modus operandi* da Medicina Convencional (MC), visto que esta tem se colocado como norma ou padrão. Ijaz & Boon (2018) apontam que a dificuldade que os países têm encontrado em elaborar políticas capazes de institucionalizar e/ou integrar a MT em suas diferentes frentes e aspectos (regulamentação dos praticantes, institucionalização do ensino-aprendizagem e da prática junto aos sistemas de saúde), sem prejudicar a mesma, reside no poder que a colonização europeia conferiu à biomedicina (como representante da ciência na área da saúde) em relação aos demais modos de cuidado de saúde-doença. Para as autoras, ainda que a MT seja bastante usada no Sul global há séculos, as exigências da biomedicina têm dificultado a elaboração de políticas sobre ela, sem prejudicar os *modus operandi* dos nativos, segundo o qual aprendem, ensinam e exercem a MT.

Os dados apontam que em uma construção conjunta entre o Estado – representado pelo Ministério de Saúde – e os CT, as chances são maiores de encontrarem um denominador comum para uma institucionalização e/ou integração sem prejudicar os aspectos essenciais da MT. De acordo com um dos CT:

Não somos contra, até porque queremos que seja feita, mas temos que participar nessa construção. Porque não podemos deixar pessoas que não são CT definirem o rumo da MT. As vezes trazem até os brancos para falar disso como se soubessem melhor que nós. MT é parte da nossa cultura, coisa sagrada que resistiu à colonização, apesar de que hoje está morrendo aos poucos, por falta de jovens da sua geração interessados em ser CT, mas não devemos desistir enquanto é possível resistir. (CT - V)

Quando convidados para falar da possível maneira que a institucionalização do ensino-aprendizagem da MT poderia funcionar sem provocar prejuízos significativos (ou nenhum), um dos entrevistados afirma seguinte:

Não sei e nem faço ideia. A proposta é deles, vamos esperar pra ver, assim poderemos saber como contribuir. Com certeza não vai ser fácil, porque os brancos querem acabar com MT, isso podes ter certeza (...), fico feliz pelo seu interesse em pesquisar sobre isso, porque nosso Estado parece estar do lado deles para dar um fim na MT. Não confio no Estado, porque dão aos brancos tudo que eles querem. (CT - VI)

A elaboração das políticas ou propostas para institucionalização do ensino-aprendizagem da MT, da sua inserção nos sistemas de saúde locais, assim como de regular/profissionalizar os praticantes é da responsabilidade dos países, que geralmente contam com apoio (técnico, financeiro, etc.) da OMS. No entanto, nos países como Guiné-Bissau, onde os princípios básicos da democracia são frequentemente desrespeitados pelos próprios ocupantes do aparelho de Estado, apesar de ser declarado na constituição como um Estado democrático de direito, é fácil o Estado tomar medidas ou elaborar políticas sem necessariamente consultar e/ou debater com a sociedade, ou as partes envolvidas diretamente no assunto. Nesse país, a proposta de regulamentar a MT referida na introdução deste artigo contou com apoio da OMS, OOAS, Caritas entre outras entidades, porém, os entrevistados afirmam desconhecer essa proposta e não terem participado na sua construção. E essa mesma proposta não fez nenhuma menção da participação dos CT na sua construção e nem dos usuários, ou da sociedade civil.

Segundo os entrevistados, o assunto precisa ser debatido com representantes de diferentes esferas da sociedade, porque é problema de todos.

A MT não é dos CT, mas sim de todos os guineenses. É nossa cultura, herança dos nossos antepassados. Merece ser preservada da melhor maneira e a sociedade precisa saber dessa intenção do Estado para que possa opinar também. Mas infelizmente, parece que só os CT que têm interesse neste assunto..., preservar a MT é resguardar a cultura, uma tradição secular que foi passada de geração em geração, um patrimônio cultural vivo. (CT - V)

A postura demonstrada pelos CT nesta pesquisa, vai ao encontro dos elementos centrais que fundamentam a perspectiva afrocêntrica, principalmente

no que diz respeito a proteção dos elementos culturais africanos, mas também da descolonização dos pensamentos, hábitos, práticas, etc., assim como da resistência contra as ondas de aquilo que podemos chamar de (re)colonização. Por exemplo, a MT da Guiné-Bissau começou a sofrer ataques desde quando os colonizadores puseram os pés naquele país, mas resistiu e mantém grande parte de suas características nativas, tanto no processo de ensino-aprendizagem, quanto no exercício. Porém, não escapou da marginalização promovida pelos colonizadores, que de certo modo provocou um distanciamento entre pessoas e esta forma de cuidado de saúde-doença, tanto no uso dos seus serviços e como no interesse em exercê-la. Portanto, pode-se dizer que a MT da Guiné-Bissau resistiu à primeira onda da colonização e hoje (da independência para cá), estando mais enfraquecida, está a enfrentar o que talvez seja a segunda onda, que vem sendo viabilizada de maneira formal, através das propostas de institucionalizações/regulamentações dos seus diferentes aspectos.

Os países africanos, no caso específico de Guiné-Bissau, precisam se apoiar cada vez mais nas diferentes contribuições que as epistemologias, abordagens e/ou teorias descolonizadoras trazem para que possam enfrentar de maneira mais eficiente os problemas causados pelo longo e violento processo da colonização europeia e suas consequências nos dias atuais e no futuro próximo. Estes pensamentos, produzidos principalmente no Sul Global, Quijano (2009); Lander (2005); Sousa (2007), etc.), trazem contribuições capazes de auxiliar nas políticas que visam desconstruir o pensamento colonial e suas implicações nas sociedades africanas colonizadas. Igualmente, podem ajudar no resgatar do pensamento africano, aprisionado pelas correntes da colonização e posteriormente, reconstruir esse pensamento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os preconceitos e estigmas atrelados à MT, resultantes do racismo produzido pelo longo e violento processo da colonização europeia em África, no caso específico de Guiné-Bissau, levam pessoas a acreditarem que os CT são pessoas que provavelmente têm pacto com demônios e que os Djambakusis sem dúvidas têm esse pacto, ou eles mesmo são os próprios demônios. Isso é

um dos motivos pelos quais muitas pessoas têm vergonha e ou medo de procurar os seus serviços.

Os CT entrevistados admitem a possibilidade de abrir mão de alguns aspectos que envolvem o processo de ensino-aprendizagem e exercício da MT em Guiné-Bissau, sem causar alterações significativas no *modus operandi* da MT naquele país, numa construção conjunta com Estado e a sociedade civil. Acreditam que uma provável institucionalização poderá contribuir significativamente na quebra dos preconceitos e estigmas atrelados à MT, na promoção e valorização dos seus praticantes, em atrair interesse dos jovens para o seu exercício e aumentar sua clientela. A preocupação demonstrada pelos CT em relação à institucionalização dos diversos aspectos da MT em Guiné-Bissau visa proteger os elementos centrais da MT para que ela não venha a ser transformada em algo não mais africana e guineense. O assunto não é de hoje, porém está muito pouco desenvolvido, em parte por falta de subsídio científico para contribuir no seu avanço. Outras pesquisas são necessárias no sentido de fornecer mais recursos para amparar os envolvidos na elaboração (ou não) de uma política das institucionalizações que não cause prejuízos à MT guineense.

REFERENCIAS

ASANTE, Molefi Kete. Afrocentricidade: Notas sobre uma posição disciplina. In. Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora / Elisa Larkin Nascimento (org.). São Paulo: Selo Negro, 2009.

IJAZ, Nadine; BOON, Heather. Statutory Regulation of Traditional Medicine Practitioners and Practices: The Need for Distinct Policy Making Guidelines. In: THE JOURNAL OF ALTERNATIVE AND COMPLEMENTARY MEDICINE. Volume 24, Number 4, 2018, pp. 307–313

LANDER, Edgardo. Europa, modernidade e eurocentrismo. In: LANDER, Edgardo (Org.) A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. setembro 2005.

LUZ, Madel T. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3 ed. – São Paulo: Hucitec; 2007. 174 p.

MACEDO, Edir. Orixás, Caboclos e Guias: Deuses ou Demônios. Rio de Janeiro. Unipro Editora, 15ª edição 2004.

MAZAMA, Ama. The Afrocentric Paradigm. In. Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora / Elisa Larkin Nascimento (org.). São Paulo: Selo Negro, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

OMS. Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional (2002-2005), 2002.1

_____. Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional (2014-2023), 2013.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. In: SANTOS, B. de S.; MENEZES, M.P. (Orgs.) Epistemologias do Sul. Coimbra/PT: Edições Almedina/CES, 2009. p. 73-118.

SANTOS, B. de S. Para além do Pensamento Abissal: Das linguas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra/PT, n.78, p. 3-46, 2007.

XABA, T. Prática médica marginalizada: a marginalização e transformação das medicinas indígenas na África do Sul. In: SOUSA SANTOS, B. (Org.). Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais. Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2005. p.377-421.

CAPÍTULO V

6. A INSTITUCIONALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL EM GUINÉ-BISSAU: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE PÚBLICA

Me. Davi Saba N'bundé

Dr. Charles Dalcanale Tesser

Resumo: O presente artigo objetivou analisar os argumentos e visões de diferentes atores sociais e entidades da sociedade guineense a respeito da institucionalização da Medicina Tradicional em Guiné-Bissau, sua integração junto ao Sistema Nacional de Saúde e suas implicações na saúde pública e na sociedade daquele país, bem como as razões da não integração da mesma, até então. **Método:** O trabalho de campo foi realizado em Guiné-Bissau, em duas etapas, entre novembro de 2018 e julho de 2021, em que foram entrevistadas, ao todo, 28 pessoas, sendo 21 físicas e 7 representantes institucionais. Foram analisados documentos institucionais e realizadas observações nos ambientes de trabalho dos Curandeiros Tradicionais entrevistados. As informações foram transcritas, organizadas e posteriormente analisadas, utilizando a análise temática, uma das técnicas da análise de conteúdo e a abordagem *hermenêutico-dialética* de análise de dados qualitativos, em que as falas dos atores sociais são situadas em seus contextos para melhor serem compreendidas. **Resultados:** Os representantes institucionais, atores sociais e CT convergem quanto a ser necessária, em uma perspectiva afrocêntrica e na visão do mais de 85% dos entrevistados, a institucionalização da Medicina Tradicional e sua integração no Sistema Nacional de Saúde em Guiné-Bissau, porque vai propiciar melhorias na saúde pública do país, principalmente na atenção primária à saúde, a longo prazo. No entanto, os representantes institucionais e alguns atores sociais entrevistados, sugerem que sejam apurados as evidências científicas em relação eficácia e segurança da Medicina Tradicional antes da sua integração junto ao Sistema Nacional de Saúde. Os efeitos do longo e o violento processo da colonização europeia em Guiné-Bissau foram e ainda são as principais razões pelas quais a Medicina Tradicional não está institucionalizada e integrada no Sistema Nacional de Saúde naquele país. **Conclusão:** É necessária a institucionalização da Medicina Tradicional e sua integração no Sistema Nacional de Saúde em Guiné-Bissau, porque vai propiciar melhorias na saúde pública do país, principalmente na atenção primária à saúde, a longo prazo. Este passo, institucionalização e integração da Medicina Tradicional, vai configurar uma justiça restaurativa na sociedade daquele país. Os efeitos do longo e violento processo da colonização europeia foram e ainda são as principais razões pelas quais a Medicina Tradicional não está integrada no Sistema Nacional de Saúde naquele país.

Palavras-Chaves: Saúde Pública, Sistema de Saúde, Medicina Tradicional, Integração, Institucionalização.

Abstract: This article aimed to analyze the arguments and views of different social actors and entities of Guinean society regarding the institutionalization of

Traditional Medicine in Guinea-Bissau, its integration into the National Health System and its implications for public health and society in that country, as well as the reasons for its non-integration so far. Method: The fieldwork was conducted in Guinea-Bissau, in two stages, between November 2018 and July 2021, in which a total of 28 people were interviewed, 21 individuals and 7 institutional representatives. Institutional documents were analyzed and observations were conducted in the work environments of the Traditional Healers interviewed. The information was transcribed, organized and then analyzed, using thematic analysis, one of the techniques of content analysis, and the hermeneutic-dialectical approach to qualitative data analysis, in which the speeches of social actors are situated in their contexts to be better understood. Results: The institutional representatives, social actors and TC converge on the fact that it is necessary, in an Afrocentric perspective and in the view of more than 85% of the interviewees, the institutionalization of Traditional Medicine and its integration into the National Health System in Guinea-Bissau, because it will provide improvements in the public health of the country, mainly in primary health care, in the long term. However, the institutional representatives and some of the social actors interviewed suggest that the scientific evidence be verified regarding the efficacy and safety of Traditional Medicine before its integration into the National Health System. The institutionalization and integration of Traditional Medicine in the National Health System will configure a restorative justice in the society of that country. The effects of the long and violent process of European colonization in Guinea-Bissau were and still are the main reasons why Traditional Medicine is not institutionalized and integrated into the National Health System in that country. Conclusion: The institutionalization of Traditional Medicine and its integration into the National Health System in Guinea-Bissau is necessary, because it will provide improvements in the public health of the country, especially in primary health care, in the long term. This step, institutionalization and integration of Traditional Medicine, will configure a restorative justice in the society of that country. The effects of the long and violent process of European colonization were and still are the main reasons why Traditional Medicine is not integrated into the National Health System in that country.

Key Words: Public Health, Health System, Traditional Medicine, Integration, Institutionalization.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Medicina Tradicional (MT) como “soma total dos conhecimentos, procedimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não e, usados para a manutenção da saúde (...)” (OMS, 2002). Nos dias atuais, pode-se dizer que a MT é praticada em quase todas as regiões do mundo, seja integrada nos Sistemas de Saúde Locais (SSL), ou não, de forma

legal, ou clandestinamente. No continente africano, no caso específico de Guiné-Bissau, cuja situação foi analisada neste artigo, MT é a principal e às vezes a única forma de cuidado à saúde-doença disponível para população, sobretudo nas regiões rurais, onde existem menos serviços de saúde biomédicos e hospitalares disponíveis. Esta realidade não é exclusiva de Guiné-Bissau, mas da maioria dos países do continente africano, segundo aponta OMS. De acordo com esta organização:

La MT se utiliza ampliamente y es un sistema sanitario que está creciendo rápidamente y de gran importancia económica. En África hasta un 80% de la población utiliza la MT para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias (OMS, 2002, p.1).

O debate a respeito da institucionalização e da possível integração da MT nos SSL, enquanto prática de cuidado de saúde-doença, entrou em pauta internacional na década de 1960, quando a OMS sinalizou ser a favor desta possibilidade. Segundo Luz (2005), este sinal da OMS a favor da integração da MT nos SSL, “foi no intuito de resolver os problemas de adoecimentos de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo” (p.146). Nos finais da década seguinte, na conferência de Alma-Ata em 1978, de acordo com Luz (2005), “OMS declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializante para resolver problemas de saúde de dois terços da Humanidade” (p.152). Diante disso, a organização orientou os Estados-membros a desenvolverem formas simplificadas de atenção à saúde para dar conta das demandas vindas das populações carentes do mundo inteiro. Neste mesmo evento, a OMS referiu aos CT como parte do pessoal de saúde de quem dependem os cuidados primários à saúde para haver resposta às necessidades de saúde expressas pelas comunidades (OMS, 2011).

As orientações da OMS em relação à institucionalização e possível integração da MT nos SSL foram voltadas mais para os países em vias de desenvolvimento, por dois grandes motivos: primeiramente, nestes países, MT é uma realidade, ou seja, a população está acostumada a usá-la para seus cuidados em saúde-doença. Segundo, são países sem condições, ou que não têm demonstrado condições necessárias para oferecer os serviços da Medicina Convencional (MC) de forma suficiente para suas populações. Nestes argumentos, com viés colonizador, a OMS admite, ainda que de maneira

indireta, que a MT deve ser institucionalizada e integrada no SSL só quando não se tem MC disponível para atender as necessidades de cuidado de saúde-doença da população. Em outras palavras, a organização vê a necessidade de uso formal da MT só na ausência da MC, como se ambas as formas de cuidado de saúde-doença não pudessem ser administradas simultaneamente. As medicinas Tradicional e Convencional não são iguais, porque se fundamentam em ontologias, epistemologias e metodologias distintas, portanto, uma não pode substituir a outra e a ausência ou insuficiência de uma delas numa sociedade não configura a falta de mecanismo de cuidado de saúde-doença.

As demandas em relação a necessidade da institucionalização e possível integração da MT nos SSL vieram da parte dos países em vias de desenvolvimento, em que as MT são realidades há séculos. Segundo a OMS, *“El uso de la medicina tradicional sigue estando muy extendido en los países en vías de desarrollo”* (OMS, 2002, p.1). Entretanto, somente no ano de 2000, duas décadas depois da conferencia de Alma-Ata, o Comitê Regional Africano da OMS adotou a resolução AF/RC50/R3³⁴ que discorre sobre a promoção do papel da MT nos SSL. Esse documento propõe uma estratégia para a região africana atingir saúde para todos na região por meio da otimização do uso da MT. Os representantes dos países presentes no encontro em que foi estabelecido esse documento instauraram a Década da Medicina Tradicional Africana, de 2001 à 2010. Em 2011, o relatório dos 10 anos revelou um crescimento significativo dos países africanos que institucionalizaram a MT junto aos seus SSL, entre outras medidas, como indicado nesse relatório. De acordo com OMS (2011):

O número de países com políticas nacionais de medicina tradicional aumentou de 8 em 1999/2000, para 39 em 2010, e os que criaram planos estratégicos nacionais de medicina tradicional aumentaram, respectivamente, de zero para 18. Os quadros nacionais de regulamentação aumentaram de 1 em 1999/2000, para 28 em 2010, ao abrigo dos quais foram criados diversos instrumentos, como um código de ética e um quadro jurídico para praticantes de medicina tradicional (OMS, 2011, p.1).

A Guiné-Bissau está entre os países que ainda não institucionalizou e/ou integrou a MT ao seu sistema de saúde, ou seja, neste país, a MT é praticada

³⁴ Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112147/AFR_RC50_R3_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

fora do Sistema Nacional de Saúde (SNS), isto é, sem a devida fiscalização do Ministério de Saúde Pública (MINSAP). Contudo, não faltam iniciativas pensando nas possibilidades da institucionalização e integração deste modo de cuidado de saúde-doença no SNS. Desde 2010, existe uma proposta³⁵ da institucionalização (regulamentação do exercício, profissionalização dos CT, entre outros aspectos) e possível integração da MT neste país, elaborada pelo MINSAP, através da Direção do Serviço da Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional, com apoio técnico e participação da Organização Oeste Africana de Saúde (OOAS), OMS, Caritas de Guiné-Bissau, Organização Não Governamental para Promoção da Medicina Tradicional (PROMETRA)³⁶, entre outras instituições e algumas pessoas físicas que também prestaram apoio técnico na elaboração desse documento.

Outra iniciativa na mesma direção foi a organização da Conferencia Nacional de Medicina Tradicional e Moderna, sob tema: Para Um Sistema Nacional de Saúde Integral ao Bem-Estar da População, realizado em Julho de 2016, organizada pelo MINSAP, através do INASA, sendo o evento incentivado e financiado pela OOAS. A conferência teve como objetivo principal, “contribuir para a construção de um espaço de reflexão, concertação e coordenação entre os atores de ambas as medicinas na influência de políticas públicas coerentes para o setor da saúde” (MINSAP, 2016). Ao final do evento, foram tirados alguns encaminhamentos, ou recomendações, voltadas para as possibilidades de viabilizar a institucionalização e integração da MT no SNS. Eis alguns dos pontos:

Acelerar o processo de revisão dos documentos de orientações de Medicina Tradicional existente, nomeadamente Plano Nacional de Medicina Tradicional, Plano Estratégico de Medicina Tradicional e Código de Ética Técnica de PMT;

Criação de Jardins botânicos para cultivo de plantas medicinais (escolas, hospitais, quartéis, etc.;

Comtemplar no processo de revisão do Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário (PNDS) capítulo sobre a integração da

³⁵ Material indisponível online, ou seja, indisponível para público. Conseguimos uma cópia física no trabalho de campo, junto ao serviço que organizou o documento.

³⁶ Organização Não Governamental para Promoção da Medicina Tradicional é uma entidade que existe em vários países da sub-região da Guiné-Bissau e trabalha pela valorização e promoção da MT e tem atuado fortemente junto ao Ministério de Saúde e dos outros parceiros na luta pela institucionalização da MT junto ao SNS e dos outros aspectos relacionados a este modo de cuidado de saúde-doença.

Medicina Tradicional e Moderna e velar pela sua efetivação através da criação de um departamento ou serviço para o efeito;

Criação de um espaço de concertação e diálogo permanente entre Medicina Tradicional: a) Definir a Medicina Tradicional; b) Definir quem é Curandeiro; c) Regulamentar atividades dos curandeiros através de uma comissão permanente que reunirá regularmente (Ex. trimestralmente) com composição heterogênea (Botânicos, Biólogos, Médicos, Farmacêuticos, Curandeiros, INASA, Instituto da Biodiversidade e das Areas Protegidas - IBAP) para acompanhar o trabalho de integração da medicina tradicional e moderna e servirá da comissão preparatória das próximas conferencias nacionais;

Divulgação dos documentos existentes nomeadamente: a) Política Nacional de Regulamentação da Medicina Tradicional; b) Plano Estratégico da Medicina Tradicional (MINSAP, 2016).

Em Guiné-Bissau, todos os anos, em 31 de agosto, na celebração do dia da MT africana, instituída pela OMS-África, ativistas, entidades, CT e usuários falam da urgência, necessidade e da importância da institucionalização e integração desta forma de cuidado em saúde-doença no SNS. Porém, até a redação deste artigo, a proposta acima referida não avançou muito, por motivos que suscitam várias hipóteses por parte dos ativistas, entidades, CT e usuários assumidos da MT³⁷. Igualmente, as recomendações tiradas na Conferência Nacional de Medicina Tradicional e Moderna, não saíram do papel, ou seja, nada foi feito até este momento, por razões discutidas mais na frente. Por conta destas e outras questões, este artigo tem como objetivo, analisar os argumentos e visões de diferentes atores sociais e entidades da sociedade guineense a respeito da necessidade, ou não, da institucionalização da Medicina Tradicional em Guiné-Bissau, da sua integração ao Sistema Nacional de Saúde e suas implicações na saúde pública e na sociedade daquele país, bem como as razões da não integração da mesma até então.

³⁷ Mencionamos 'usuários assumidos' por porque existem usuários não assumidos, ou seja, aquelas pessoas que procuram os serviços da MT discretamente, porque têm receio de serem vistos, por conta da marginalização e estigma que a MT carrega, fruto do racismo e dos seus desdobramentos produzidos pela colonização europeia em África, no caso específico da Guiné-Bissau.

2 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa afrocêntrica de natureza descritiva e analítica com abordagem qualitativa. É uma pesquisa afrocêntrica, por estar fundamentada nesta abordagem, mas principalmente por apresentar aspectos que, segundo Asante (2009), são necessários para que um estudo seja considerado afrocêntrico. De acordo com este autor, um estudo pode ser considerado de afrocêntrico quando apresenta ou esteja necessariamente relacionado com uma das seguintes características: a) interesse pela localização psicológica; b) compromisso com a descoberta do lugar do africano como sujeito; c) defesa dos elementos culturais africanos; d) compromisso com uma nova narrativa da história da África” (ASANTE, 2009, p. 96). Segundo estes requisitos, esta pesquisa enquadra-se, fundamentalmente na alinha c: defesa dos elementos culturais africanos. De acordo com Asante (2009), em relação a este ponto, um estudo afrocêntrico preocupa-se em defender e proteger os valores e elementos culturais africanos como parte do projeto humano, utilizando os elementos linguísticos, psicológicos, sociológicos e filosóficos necessários para fazer esta defesa; sem que estes elementos sejam eurocêntricos ou não-africanos. Ou seja, deve-se encontrar os referidos elementos dentro ou a partir da própria África.

Mazama (2003) apresenta de maneira sucinta alguns princípios metodológicos importantes e indispensáveis da pesquisa afrocêntrica. Para esta autora:

Toda investigação deve ser determinada pela experiência africana; o espiritual é importante e deve ser colocado no lugar devido; a imersão no sujeito é necessária; o *holismo* é um imperativo; deve-se confiar na intuição; nem tudo é mensurável porque nem tudo que é importante é material; o conhecimento gerado pela metodologia afrocêntrica deve ser libertador (p.123).

O trabalho de campo ocorreu em duas etapas distintas: primeira aconteceu entre os meses de novembro de 2018 e fevereiro de 2018 e a segunda, entre os meses de novembro de 2018 e julho de 2019. Os participantes da pesquisa foram divididos em dois grupos: pessoas físicas e representantes institucionais. As pessoas físicas foram compostas por Curandeiros Tradicionais

(CT), Ex-ministros da Saúde Pública de Guiné-Bissau, pesquisadores, profissionais de saúde, estudantes do campo da saúde pública e usuários da MT. Os representantes das instituições foram formados pela representação da OMS na Guiné-Bissau, Ministério da Saúde Pública de Guiné-Bissau, Comissão Parlamentar, Caritas de Bissau, INASA e da organização não-governamental PROMETRA. A seleção dos participantes deu-se por critério da sua relevância como informantes-chave sobre o tema investigado, isto é, foram selecionadas pessoas que julgamos conhecerem melhor o tema e representarem grupos sociais relevantes da sociedade guineense em relação ao assunto pesquisado. Utilizamos a técnica da *'snow ball'* ou bola de neve, que consiste na possibilidade de uma fonte indicar outra que acreditar ter informações relevantes a respeito do assunto em questão.

Na coleta dos dados, utilizamos três técnicas diferentes e complementares: entrevista, observação e análise documental. Todas as entrevistas foram individuais e nos lugares indicados pelas pessoas entrevistadas e todos foram em ambientes seguros para entrevista. Realizamos observação no ambiente de trabalho de 4 CT, também entrevistados e, acompanhamos consultas, preparação de insumos, orientações de procedimentos terapêuticas, entre outros aspectos.

Em relação à ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil, mas esta entidade alegou, em seu parecer, que como 100% da coleta envolvendo pessoas iria ocorrer em Guiné-Bissau, não tinha jurisdição para aprovar a pesquisa. No entanto, em Guiné-Bissau, até o momento da coleta de dados não existia uma entidade com jurisdição legal para tratar deste assunto. Sendo assim, foram respeitamos todos os procedimentos para assegurar os direitos e a segurança das pessoas que participaram, seguindo as orientações legais e éticas brasileiras. Todos os participantes foram informados sobre a pesquisa e seu nível de participação, da possibilidade de poder desistir a qualquer momento de participar sem nenhum prejuízo e que suas privacidades serão respeitadas, sendo garantida a confidencialidade das informações prestadas. Os participantes foram convidados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como prova de que suas participações acontecerem dentro

dos termos legais brasileiros e, todos assinarem sem exigir alguma alteração no documento.

Analisamos os dados com base na Análise de Conteúdo (AC) segundo pela Minayo et al., (2001), respeitando as três fases: pré-análise (primeira fase), exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (segunda fase) e interpretação (terceira fase). Segundo Minayo et al., (2001), a AC é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. A técnica empregada neste trabalho é análise temática, que consiste na organização dos conteúdos por temas para posteriormente serem analisados. Também utilizamos a abordagem *hermenêutico-dialética* de análise, defendida pela mesma autora, por apresentar os requisitos exigidos para uma pesquisa afrocêntrica. Nesta abordagem, Minayo (2001), sugere que as falas dos atores sociais sejam situadas em seus contextos para melhor serem compreendidas. “Esta compreensão tem, como ponto de partida, *o interior da fala*. E, como ponto de chegada, *o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala*” (MINAYO et al., 2001, p. 78). A abordagem se destaca pelos dois pressupostos de análise: o primeiro diz respeito à ideia de que não há consenso e nem ponto de chegada na produção de conhecimento. O segundo se refere ao fato de que a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As pessoas entrevistadas, entre físicas e representantes institucionais, com exceção de uma pessoa física (Ex-Ministro da Saúde Pública), consideram que a institucionalização e posterior integração da MT no Sistema Nacional de Saúde (SNS), em Guiné-Bissau, é importante, necessária e urgente, desde que seja numa perspectiva afrocêntrica, como se pode ver nos trechos de algumas falas transcrevidas: “... é urgente porque é o que as pessoas mais têm acesso e demonstra ser melhor para os nossos problemas da saúde, porque é da nossa cultura. Medicina dos brancos é mais para eles, do que para nós.” (PF-XXI)

Os resultados indicam que os entrevistados acreditam no potencial que a MT tem para propiciar melhorias na saúde pública do país, principalmente na atenção primária à saúde, a longo prazo, se for institucionalizado e integrado ao

SNS. Segundo alguns entrevistados: *“se Estado investir na MT vai melhorar o problema da saúde do povo, porque a MT é muito boa, eu sou testemunha vivo...”* (PF-XIII); *“se integrar pode trazer dificuldades no início, mas depois vai ajudar bastante na melhoria da saúde da população. Os curandeiros já ajudam muito, imagine se Estado decidir apoiar e investir, as coisas vão melhorar muito.”* (PF – XVI)

Igualmente, os resultados sinalizam que este passo pode possibilitar o acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde, sobretudo para os residentes das zonas rurais, como se pode ver no trecho da fala de um dos entrevistados: *“é a única forma de cuidado de saúde-doença neste país que pode ser encontrado em todas as aldeias e nas cidades. Se integrar, vai poder alcançar todo mundo, principalmente os irmãos das zonas rurais, sabes ...”* (PF - IV)

Da mesma forma, a institucionalização e integração vão configurar uma justiça restaurativa na sociedade daquele país, bem como vão ajudar na desconstrução dos estigmas atrelados a MT pela colonização e promover a sua valorização na sociedade. De acordo com uma das falas transcritas:

A integração tinha que acontecer desde ano de 1973, quando proclamamos nossa independência. Tinha que exaltar tudo que é nosso, reconstruir tudo que os brancos destruíram, recuperar nossa cultura. Mas, melhor tarde do que nunca, ainda tenho esperança de um dia ver este povo valorizando tudo que tem, sem desrespeitar a cultura dos brancos. (PF - XVIII)

Os resultados apontam que os desdobramentos dos diversos efeitos causados pelo longo e violento processo da colonização europeia (portuguesa), em Guiné-Bissau, foram e ainda são as principais razões pelas quais, até agora, neste país. A MT não foi institucionalizada e integrada no SNS e, ainda continua sendo marginalizada, estigmatizada e ignorada pelo próprio Estado, reproduzindo de maneira (in)consciente o pensamento colonial, como se pode ler na fala transcrita:

Os brancos chegaram aqui e desrespeitaram tudo que é nosso, até os nossos deuses. Hoje, muita gente fala que esses deuses são diabos, que os *Djanbakusis* são diabos e que a MT é coisa do diabo. Por isso muita gente tem medo de usar, Estado não ajudam em quase nada, em relação a MT (PF – I)

3.1 Implicações na Saúde Pública

O reconhecimento da potencialidade que a MT possui, enquanto modo de cuidado em saúde-doença, para ajudar em melhorar a qualidade dos serviços da saúde e ampliar o acesso, entre outros aspectos, principalmente dos serviços da atenção primária, não é uma constatação isolada das pessoas entrevistadas nesta pesquisa. Outras instituições, como é caso da OMS, reconheceu o potencial da MT desde a década de 1960 (Luz, 2005) e ainda o reconhece, razão pela qual tem incentivado a sua regulamentação do modo geral e posterior integração nos sistemas de saúde locais, há muito tempo.

Os entrevistados acreditam que a institucionalização e posterior integração da MT em Guiné-Bissau, numa perspectiva afrocêntrica, desencadeará implicações positivas na saúde pública deste país. De acordo com trechos de algumas das falas dos entrevistados:

Se organizar tudo isso e integrar no sistema de saúde, só temos a ganhar. Por exemplo, em vários lugares do país não existem centros de saúde, principalmente no interior (nas zonas rurais). Com a MT integrada, vai ser possível aproveitar os curandeiros daquelas áreas para estarem fazendo trabalho em nome do Estado e com apoio deste, vão poder ampliar suas capacidades de atendimento. (PJ – I)

Se o Estado investir na MT, vai salvar muitas vidas, principalmente nas zonas rurais, onde pessoas geralmente só têm acesso aos curandeiros. Muitos curandeiros só precisam de apoio do Estado para ampliar e melhorar seus atendimentos. (PF – XX)

Os dados da OMS (2019), que trouxe a atualização das informações em relação ao número dos países que já providenciaram leis, regulamentação e integração da MT, entre outros dos seus aspectos, não deixam dúvidas de que a institucionalização (regulamentação) e posterior integração deste modo do cuidado de saúde-doença, tem mais a contribuir para melhorar os serviços e conseqüentemente a saúde da população, também possibilitar a diversidade de terapias nos serviços de saúde. No caso concreto da Guiné-Bissau, como pode-se perceber nos trechos das falas acima descritas, existe um grau considerável de confiança e esperança na melhoria dos serviços de saúde de modo geral, com a possível institucionalização e integração da MT junto ao SNS.

A confiança e esperança que a população tem demonstrado em relação a melhoria dos serviços públicos da saúde no país, caso a MT for institucionalizada

e posteriormente integrada junto ao SNS, não se deve apenas ao fato dos serviços públicos prestado neste sistema, estão baseados exclusivamente na Medicina Ocidental (MO) e/ou não tem dado cobertura em várias localidades do país, principalmente nas zonas rurais. Mas, fundamentalmente por acreditarem na qualidade e segurança da MT, por terem vivenciado e experienciado seus serviços, como se pode ler nos trechos das falas de alguns entrevistados:

Quase todo mundo já usou MT e se não fosse ela, não sei o que seria de nós, principalmente dos nossos irmãos que vivem no interior (zonas rurais), porque esta medicina dos brancos não consegue resolver vários problemas de saúde dos africanos. (PF - III)

Com certeza, se institucionalizar vai trazer mais benefícios do que malefícios, no entanto, precisa-se discutir como vai ser e quem vai poder exercer, entre outros aspectos. (PJ - II)

A MT sempre resolveu nossos problemas de saúde! Se institucionalizar e dar apoio técnico, logístico e financeiro aos curandeiros tradicionais, com certeza as coisas vão melhorar muito e a cobertura do serviço de saúde vai ampliar e todos poderão beneficiar do serviço público de saúde. (PF - XVII)

(...), A MT é coisa do povo, está entre o povo nas comunidades. Se organizar isso, vai ajudar o Estado em poder cuidar das pessoas que moram nas comunidades distantes dos centros. (PF - IV)

Com certeza, a MT será mais útil do que é hoje, se for institucionalizado e se o Estado começar a investir nela, principalmente para as soluções dos problemas básicos de saúde. A MT tem um potencial que se pode explorar só com investimento, tanto nas pesquisas científicas e como no incentivo aos seus praticantes. (PJ - III)

Na percepção dos entrevistados, com base nas falas acima descritas, a institucionalização e posterior integração da MT junto ao SNS, poderá ajudar em diminuir o nível da desigualdade no acesso aos serviços públicos da saúde que se observa entre os habitantes das áreas urbanas e os das zonas rurais, isto é, propiciar a equidade no acesso. Igualmente, esta possível ação poderá promover a ampliação da cobertura dos serviços públicos da saúde.

3.2 Implicações na Sociedade

Em Guiné-Bissau, no universo das pessoas entrevistadas, foi possível perceber que existe uma certa confiança e/ou esperança com as implicações que uma possível institucionalização e posterior integração da MT junto ao SNS possa trazer à sociedade, além dos benefícios diretos aos serviços públicos da

saúde, acima descrita. Essa esperança e/ou confiança se observa no desejo manifestado pelas pessoas, em ver MT sendo valorizada e promovida pelo Estado, porque acreditam que esta forma de cuidados da saúde-doença tem potencial, mas essencialmente porque, *kil ku idi nos, tem balur* (aquilo que é nosso, tem valor, ou seja, aquilo que é nosso, merece ser valorizado), como se pode ver nos trechos da fala de dois dos entrevistados:

MT deveria estar no SNS desde 1973, quando proclamamos nossa independência, exaltar tudo o que é nosso e que reconquistamos, ter orgulho do que somos e do que temos, mas não foi feita, continuamos a depender dos colonizadores. Nossos antepassados viviam só com MT, não conheciam medicina dos brancos, mas hoje, quase todos querem ser tratados com a medicina dos brancos, porque pensam que é melhor. Mas, ainda tenho esperança de um dia ver este país exaltando suas qualidades, porque temos muitas coisas boas. (PF - III)

A comida da casa do outro pode ser boa, mas tens que valorizar a comida da sua casa. Nós guineenses, temos que valorizar as nossas qualidades, sem desprezar a qualidade dos outros. Eu falo para meus filhos é bom aprender falar a língua portuguesa, mas tem que aprender falar a língua dos seus pais e orgulhar disso. Precisamos valorizar nossa MT e nossos curandeiros, porque são bons no que fazem, eu sou testemunha disso. O Estado precisa integrar a MT no SNS e enquadrar os curandeiros para que possam ter salários como outros médicos, até porque eles trabalham mais, sem apoio do Estado e nas condições difíceis. (PF-IV)

Os trechos das falas acima descritas, reivindicam a posição que a MT e seus demais aspectos, devem e/ou merecem ocupar na sociedade guineense, há muito tempo. Esta posição, também defendida por outros entrevistados, é uma defesa contundente pela restauração de todos os elementos culturais locais que foram destruídos pela colonização, sua valorização e constante manutenção. Percebe-se que o desejo das pessoas é ver o seu modo secular do cuidado de saúde-doença, outrora marginalizada, estigmatizada e descaracterizada pela colonização, disponibilizado no SNS, porque consideram que esta medida vai configurar justiça restaurativa. Isto é, vai propiciar a recolocação de aquilo que, há séculos, foi afastado e de maneira violenta pela colonização.

Segundo os entrevistados, a justiça restaurativa não vai se dar só pela integração do exercício da MT junto ao SNS, mas fundamentalmente pela incorporação dos curandeiros tradicionais no sistema, afim de serem eles a

realizarem os atendimentos. Igualmente, entendem que a justiça restaurativa vai além dos aspectos da MT, como pode se ver nos trechos de algumas falas:

Tem muita justiça restaurativa para ser feita em Guiné-Bissau. Entre elas, valorizar nossas línguas, oficializar a língua crioula, integrar MT no SNS, entre outras. Também precisamos valorizar nossos curandeiros e dar condições para que continuem trabalhando para o bem da sociedade. (PF-V)

Precisamos organizar nosso país, explorar tudo de bom que temos e evitar de depender dos brancos. Lutamos pela independência, temos que seguir independentes. Acho que povo precisa levantar para que isso possa acontecer, porque nossos governantes parecem não têm interesse. (PF- XVI)

Integrar a MT no SNS, com certeza orgulharia muitos guineenses, inclusive eu, porque é parte da nossa cultura e funciona bem. No entanto, precisa ser analisado com cautela. (PJ-III)

No entendimento dos entrevistados, a institucionalização e posterior integração da MT junto ao SNS, impulsionará outros setores da sociedade para um despertar da restauração da cultura local, dos valores, hábitos, entre outros aspectos que a colonização perseguiu e tirou da livre circulação na sociedade guineense. Para estes, muitas pessoas terão orgulho de ver a MT sendo ofertado no SNS e financiado com o dinheiro público.

3.3 As Razões da não Institucionalização e Integração da Medicina Tradicional em Guiné-Bissau

Os dados revelam que a não institucionalização e integração da MT no SNS desse país, até então, se deve, em grande parte, aos desdobramentos dos efeitos do longo e violento processo da colonização europeia (portuguesa), como pode se ver na fala de um dos entrevistados:

Os brancos é que mandam ainda nesta terra, eles não querem que alguma coisa nossa seja valorizada para que possamos continuar a comprar seus produtos. Eles mandam aqui, porque os nossos governantes dão ouvidos a eles. Todos sabem que nossa MT é boa e resolve problema de muitos, mas não querem que esteja no SNS, porque não querem que sejamos independentes. (PF – VI)

Em nossa análise, podemos estruturar em três momentos diferentes, porém complementares, o que vislumbramos como a estratégia colonial que possibilitou com que a MT esteja às margens do SNS em Guiné-Bissau. São

estes os momentos: primeiramente, a colonização marginalizou, estigmatizou e descaracterizou a MT; no segundo momento, os colonizadores apresentaram o seu modo de cuidado de saúde-doença como alternativa, forjaram o seu uso e criaram nos nativos a dependência e/ou estima com aquilo que vem da “metrópole”; e no terceiro momento, exigiram dos nativos a garantia científica em relação a eficácia e segurança da MT, como pré-requisito para depois seja analisada a possibilidade da sua institucionalização e posterior integração nos SSL.

No primeiro momento, que ocorreu na primeira metade do século XV, quando da chegada e posterior instalação dos colonizadores, a estratégia utilizada para justificar o enquadramento da MT, enquanto único modo de cuidado de saúde-doença que circulava no país, às margens de aquilo que podia ser entendido como sistema de saúde até os dias atuais, foi pela sua marginalização, estigmatização e descaracterização. Esta estratégia colonial não foi um evento que ocorreu unicamente neste país, o mesmo ou semelhante foi praticado por eles em quase todas suas ex-colônias, principalmente em África. Estamos a falar da negação e/ou desqualificação do Outro, da sua cultura, dos seus valores, entre outros aspectos culturais. Segundo Ijaz & Boon (2018), com a adoção de uma lente teórica pós-colonial, ou anticolonial, é possível compreender como os fatores decorrentes do encontro colonial europeu com as suas ex-colônias continuam a impactar as questões regulatórias da MT em todo o mundo. De acordo com a mesma fonte, as práticas da medicina tradicional há muito tempo têm sido subjugados, desviados, cooptados e, em alguns casos, dizimados no contexto da colonização europeia.

No segundo momento, os colonizadores apresentaram seu modo de cuidado de saúde-doença, isto é, a Medicina Ocidental, como alternativa e/ou solução, uma vez que desqualificaram o dos nativos. Durante os cinco séculos da dominação, conseguiram criar na maioria dos nativos a dependência em relação ao consumo do que vem da “metrópole”, fazendo estes acreditar que é melhor e seguro. Apesar disso, a MT resistiu e sobreviveu, ainda que de maneira clandestina, mas está presente na sociedade guineense, como narra um dos curandeiros entrevistados:

Os brancos chegaram aqui, tentaram acabar com tudo o que é nosso, dizendo que é coisa de diabo, roubaram o que queriam e destruíram

muitas coisas da nossa cultura, mas nossa MT não morreu. Muitos têm vergonha da nossa cultura, porque os brancos disseram que são coisas dos diabos, mas estamos aqui, continuamos fazendo nosso trabalho com muita dificuldade, porque o Estado não ajuda com nada, mas atendemos pessoas e não cobramos aquelas que não têm condições de pagar. O Estado nos despreza porque os brancos não querem que nossa cultura seja valorizada, que nossa MT esteja no sistema, só querem sua medicina, que continuemos a comprar seus produtos, pagar muito dinheiro para ir fazer tratamento em seus países. Mas não sabem que tem coisas que a medicina dos brancos não consegue resolver, só a nossa medicina, porque nossa cultura é diferente com a dos brancos, só que eles não respeitam nossa cultura, falam que é coisa do diabo e de feiticeiro. Tem muito conhecimento na MT que os governantes não sabem, se soubessem, iriam nos apoiar para melhorar os problemas de saúde no país, mas só querem saber da cultura dos brancos, da comida dos brancos, porque os brancos enganam as pessoas que nossa cultura é coisa do diabo, não presta e mata. Mas, sabia que os brancos vem aqui como você para tentar saber como conseguimos curar pessoas? Sempre vem um grupo para fazer investigação, mas nunca vão entender, porque isso é coisa sagrada da nossa cultura. Já roubaram muita coisa nossa, agora querem roubar o que restou da nossa MT, mas não vamos deixar, porque não confiamos neles, não gostam da nossa cultura, querem acabar com tudo que é nosso, fingem que gostam e que querem aprender. Os nossos governantes dizem que estudaram na escola dos brancos, com certeza, aprenderam bem com eles, porque não resolvem nada, não sabem valorizar nossas riquezas culturais, só querem saber das coisas dos brancos, compram tudo na terra dos brancos. Isso é muito triste e preocupante, porque assim vão matar nossa cultura a cada dia. Vocês jovens, precisam mudar isso, se não, vossos filhos não vão viver nada da nossa cultura, só coisas dos brancos..., não nada contra coisas dos brancos, tem muita coisa boa que têm, sua medicina ajuda muita gente, só que precisamos manter nossa medicina, não deixar as pessoas continuarem a acreditar que é coisa do diabo, porque não é verdade. Os brancos têm que respeitar nossa cultura, deixar como está, porque não entendem nada dela, mas ... em falar que coisa dos diabos. Será que eu sou diabo? Meu pai era diabo? Isso que me deixa triste, porque tem gente aqui da nossa terra que apoia esta ideia de ... dos brancos. Mas, tenho esperança na vossa geração, porque isso é uma vergonha. (PF - IX)

A fala acima traz vários pontos de reflexão em relação aos impactos dos efeitos da colonização na sociedade, na cultura e principalmente em relação a MT, que poderiam ser problematizados, no entanto, optamos em deixar a narrativa falar por si só.

Quanto ao terceiro momento, no qual a colonização vem fazendo exigências científicas em relação aos aspectos da MT, principalmente no que diz respeito a sua segurança e eficácia, sem respeitar as diferenças ontológicas, epistemológicas e metodológicas existentes entre os conhecimentos que fundamentam a biomedicina e aqueles que fundamentam outras medicinas não biomédicas. O respeito à diferença entre as epistemologias que fundamentam

as duas formas do cuidado de saúde não significa que os aspectos da MT não podem ser, até uma certa medida, estudados a luz do conhecimento científico, o que não quer dizer que se tenha que ter e/ou tomar os métodos científicos como parâmetros para determinar a eficácia, segurança e demais qualidades ou não, da MT no seu todo. Este rigor pela cientificidade, se assim podemos dizer, que está sendo aplicado no caso da MT, pode ser parcialmente compreensível e aceitável nos países europeus, nos quais a MC se desenvolveu e tem uma cultura enraizada. Entretanto, não faz sentido em outras regiões do mundo, em que ela foi levada e imposta de maneira autoritária e violenta pelos colonizadores, nos territórios onde existiam, ainda existem, outras crenças e práticas culturais do cuidado de saúde-doença seculares, como é caso da Guiné-Bissau.

As exigências pela cientificidade da MT e seus aspectos não são recentes, no entanto, pode-se considerar que está em seu auge, devido o crescente consumo desta no mundo todo (Hollenberg & Muzzin, 2010). Segundo esta fonte, existe uma tendência internacional com metas para incorporação, seja parcial ou integral, das medicinas não convencionais aos sistemas de saúde locais. No entanto, este processo tem enfrentado grandes desafios que só podem ser identificados a partir de uma análise baseada nas teorias anticoloniais. De acordo com Hollenberg & Muzzin (2010, p 34), três aspectos têm sido ignorados nesse processo. São estes: “(a) a desvalorização dos conhecimentos da saúde não biomédicos; (b) aceitar apenas evidências biomédicas; e (c) a criação de uma visão de mundo monolítica biomédica.” Neste mesmo sentido, foi possível identificar nitidamente em falas de pessoas entrevistadas nesta pesquisa a preocupação com as evidências científicas em relação ao uso seguro da MT, como pré-requisito para a integração desta junto SNS. Alguns dos entrevistados dizem o seguinte:

(...) não é por acaso que a OMS e várias outras organizações têm apoiado e incentivado a regularização da MT, é porque concordam que ela tem muito a contribuir, mas é necessário ter a comprovação científica da sua eficácia e segurança, para prevenir possíveis complicações na saúde dos consumidores. (PJ - II)

(...), seria muita falta da responsabilidade do Estado, se aceitar integrar sem ter comprovação científica. Entendemos que muita gente quer que seja integrada, mas a maioria dessas pessoas não têm ideia dos possíveis riscos que isso pode trazer. Tem muita gente por aí que se autodeclara CT, mas não são, isso é um perigo. Por isso é necessário

muita cautela. A ciência pode nos ajudar em saber o que integrar e como fazer isso, com mais segurança. (PJ – V)

O discurso de apelo às evidências científicas em relação a MT, reproduzido por instituições e/ou pessoas, seja consciente ou não, é uma estratégia colonial para promover a negação e desvalorização dos diferentes modos dos cuidados de saúde-doença não biomédicas e, com isso, exaltar a biomedicina, por ser o modo de cuidados de saúde-doença mais alinhado com os parâmetros do conhecimento científico. A reprodução destes discursos por parte dos nativos é indicação do quanto os efeitos do longo e violento processo da colonização dificulta os nativos de enxergarem o mundo sob suas perspectivas.

4 CONCLUSÃO

Os representantes institucionais, atores sociais e CT concordam que é necessária, em uma perspectiva afrocêntrica e na visão do mais de 85% dos entrevistados, a institucionalização da Medicina Tradicional e sua integração no Sistema Nacional de Saúde em Guiné-Bissau, porque vai propiciar melhorias na saúde pública do país, principalmente na atenção primária à saúde, a longo prazo. No entanto, os representantes institucionais e alguns atores sociais entrevistados sugerem que sejam apuradas as evidências científicas em relação eficácia e segurança da Medicina Tradicional antes da sua integração junto ao Sistema Nacional de Saúde. A institucionalização e integração da Medicina Tradicional no Sistema Nacional de Saúde vai configurar uma justiça restaurativa na sociedade daquele país. Em nossa análise, coerente com vários dos entrevistados, os efeitos do longo e violento processo da colonização europeia em Guiné-Bissau foram e ainda são as principais razões pelas quais a Medicina Tradicional não está institucionalizada e integrada no Sistema Nacional de Saúde naquele país.

REFERENCIAS

ASANTE, Molefi Kete. Afrocentricidade: Notas sobre uma posição disciplina. In. Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora / Elisa Larkin Nascimento (org.). São Paulo: Selo Negro, 2009.

HOLLENBERG, D. & MUZZIN, L. (2010) Epistemological challenges to integrative medicine: An anti-colonial perspective on the combination of complementary/ alternative medicine with biomedicine, *Health Sociology Review*, 19:1, 34-56. To link to this article:
<http://dx.doi.org/10.5172/hesr.2010.19.1.034>

LUZ, T. Madel. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento):145-176, 2005.

MAZAMA, Ama. The Afrocentric Paradigm. In. Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora / Elisa Larkin Nascimento (org.). São Paulo: Selo Negro, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINSAP. Relatório da Conferência Nacional de Medicina Tradicional e Moderna. Tema: Para um Sistema Nacional de Saúde Integral ao Bem-Estar da População, 2016.

OMS. AFR/RC50/R3. agosto de 2000. Disponível em: <https://apps.who.int>

_____. Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional (2002-2005), 2002.1

_____. AFR/RC61/PR/2. 5 de Julho de 2011. Disponível em:
<https://www.afro.who.int>

_____. Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional (2014-2023), 2013.

7. CONCLUSÃO GERAL

Em vista dos argumentos e das narrativas apresentados ao longo do texto, principalmente nos capítulos IV e V nos quais analisamos os resultados da pesquisa, foi possível concluir que, com um processo simultâneo de desconstrução do pensamento colonial, acumulado durante os longos cinco séculos violentos da dominação, e reconstrução do pensamento social africano na sociedade guineense, será possível libertar este país de vários efeitos produzidos pela colonização que dificultam os nativos a enxergarem o mundo sob suas perspectivas. Enquanto isso, a sociedade guineense continua a reproduzir o pensamento colonial, as gerações seguem desconhecendo o pensamento social africano. Igualmente, foi possível concluir que, a aceitação e confiança demonstrada pelas pessoas na Medicina Tradicional enquanto modo de cuidado de saúde-doença justifica pensar e viabilizar sua institucionalização e integração junto ao Sistema Nacional de Saúde, pois trará benefícios.

As contribuições desta pesquisa vão propiciar a sociedade guineense, uma percepção de como o pensamento colonial tem feito o país refém em diferentes aspectos, caso concreto da Medicina Tradicional. Possibilitará os ativistas, curandeiros tradicionais, usuários da MT, entre outros atores interessados na sua institucionalização e integração junto ao SNS perceberem que as razões pelas quais este processo está estagnado há muito tempo não depende só da falta do interesse e/ou vontade dos gestores da saúde, mas que existem outros fatores que influenciam.

Em relação a comunidade acadêmica, ela chama atenção para necessidade das pesquisas ou análises científicas saírem das visões globalizantes em certas matérias e incentivar as investigações voltadas as particularidades dos povos, principalmente quando se trata de fenômenos intrinsecamente ligados às culturas locais, como é o caso da Medicina Tradicional. Nesta pesquisa, como pode-se perceber na análise dos resultados, dialogamos com poucas contribuições teóricas e igualmente com poucos resultados de outras pesquisas, por dois motivos: primeiramente, de um lado, tanto as contribuições teóricas como os resultados de outras pesquisas às quais tivemos acesso espelharam outras realidades que são diferentes da realidade da Guiné-Bissau. Por outro lado, deparamo-nos com várias análises genéricas,

ou específicas de um determinado lugar, que não poderiam contribuir muito na análise do resultado desta pesquisa. Em segundo lugar, ao tentar fazer o diálogo com essas contribuições, correr-se-ia o risco de forjar a análise para tentar legitimar os resultados na nossa pesquisa, ou para atender uma lógica/exigência acadêmica. Diante disso, optamos em priorizar a descrição das falas/narrativas dos entrevistados.

O trabalho teve suas limitações, isto é, não apresentou uma proposta concreta para todos os aspectos que talvez sejam necessários antes de uma possível processo de institucionalização e integração da MT junto ao SNS. Isso se deve, em grande parte, ao recorte temático feito, devido à complexidade e grandeza do tema. Por outro lado, houve também o fator tempo para a pesquisa de campo. No entanto, as perguntas levantadas foram respondidas e os objetivos traçados foram alcançados. Sendo assim, pesquisas específicas são necessárias, por exemplo para identificar a melhor forma como esse processo de possível institucionalização e integração da MT junto ao SNS poderá ser realizado sem causar prejuízos e/ou a subordinação de um modo de cuidado de saúde-doença em relação ao outro. Outro ponto que será necessário explorar futuramente será avaliar as possíveis implicações, em caso da institucionalização e integração, se ambos os serviços forem ser ofertados no mesmo espaço físico.

REFERENCIAS

ALVES, M. C.; JESUS, J. P.; SCHOLZ, D. Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre a saúde mental e racismo. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. 106, P. 869-880, JUL-SET 2015

ASANTE, Molefi Kete. Afrocentricidade: Notas sobre uma posição disciplina. In. Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora / Elisa Larkin Nascimento (org.). São Paulo: Selo Negro, 2009.

_____. Afrocentricidade como Critica do Paradigma Hegemônico Ocidental: Introdução a uma Ideia. Ensaios Filosóficos, Volume XIV-Dezembro/2016

BARBETTA, Pedro A. Estatística aplicada às Ciências Sociais. 8 ed. Rev. – Florianópolis. Ed. Da UFSC, 2012.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Miguel De. et al. Diagnóstico das políticas públicas para o acesso aos serviços de saúde na Guiné-Bissau – Estudo de caso nos bairros da periferia de Bissau: Belém, Cuntum Madina, Militar e Missira. 1ª Edi. 2008.

BENEDICTO, R. Matheus. Afrocentricidade, educação e poder: uma crítica afrocêntrica ao eurocentrismo no pensamento educacional brasileiro. São Paulo: s.n., 2016. 298 p. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Filosofia e Educação) - - Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo.

BMA (1993). Complementary Medicine. New Approaches to Good Practice. London: British Medical Association.

CÁ, Tome et al. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e procesos, An Inst Hig Med Trop 2017; 16 (Supl. 1): S55 - S68

COUTO, Hildo Honório do; EMBALÓ, Filomena. Literatura, língua e cultura na Guiné-Bissau – um país da CPLP. PAPIA, Brasília, n. 20, 2010. Número especial.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. In: Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde [internet]. Alma-Ata; 1978 [acesso em 2017 ago 7]. p. 3. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declaração-Alma-Ata.pdf>

DENZIN, Normam K., LINCOLN, Yvonna S. (2006) O planejamento da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Penso.

EISENBERG, D.; Kessler, R.; Foster, C.; Norlock, F.; Calkins, D. & Delbanco, T. (1993). Unconventional Medicine in the United States. *New England Journal of Medicine*, 328, 4, 246-253.

FINCH, Charles S. A Afrocentricidade e seus Críticos. In. *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora / Elisa Larkin Nascimento (org.)*. São Paulo: Selo Negro, 2009.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

INE. III Recenciamento Geral da População e Habitação. Características Sociocultural, 2009.

_____. Indicadores Chaves. Disponível em: <http://www.stat-guinebissau.com>

JONAS, W. (1997). Alternative Medicine. *The Journal of Family Practice* , 45,3, 4-7.

LANDER, Edgardo. Europa, modernidade e eurocentrismo. In: LANDER, Edgardo (Org.) *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Colección Sur Sur, CLACSO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. setembro 2005.*

LOPES, Carlos. *Etnia, Estado e Relações de Poder na Guiné-Bissau. 1982.*

LUZ, T. Madel. *Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento):145-176, 2005.*

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986*

MAZAMA, Ama. The Afrocentric Paradigm. In. *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora / Elisa Larkin Nascimento (org.)*. São Paulo: Selo Negro, 2009.

MICHEL, Maria H. *Metodologia e pesquisa em ciências sociais. 2. ed. – São Paulo: Atlas, 2009.*

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.*

_____. (org.). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.*

NASCIMENTO, Elisa Larkin. O olhar afrocentrados: introdução a uma abordagem polêmica. In. *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora / Elisa Larkin Nascimento (org.)*. São Paulo: Selo Negro, 2009.

NOGUERA, Renato. Afrocentricidade e Educação: os princípios gerais para um currículo afrocentrado. Revista África e Africanidades, ano 3, n. 11, nov/2010.

OLIVEIRA, L. R. de; SANTOS, A. de Oliveira. Abordagem CTS diante das interpelações da afrocentricidade: a saúde da população negra. *Psicología, Conocimiento y Sociedad* - 9(2), 59-76 (noviembre 2019-abril 2020) – Trabajos originales

OMS. AFR/RC50/R3. agosto de 2000. Disponível em: <https://apps.who.int>

_____. Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional (2002-2005), 2002.1

_____. AFR/RC61/PR/2. 5 de Julho de 2011. Disponível em: <https://www.afro.who.int>

_____. Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional (2014-2023), 2014.

_____. AFR/RC70/INF.DOC/2. Disponível em:

<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2020-10/AFR-RC70-INF-DOC-2%20Relatório%20de%20progresso%20na%20implementação%20da%20estratégia%20regional%20para%20reforçar%20o%20papel%20da%20medicina%20tradicional.pdf>

_____. Global Report on Traditional and Complementary Medicine 2019.

Disponível em: <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf>

REIS, M. de Novais; FERNANDES, A. de Oliveira. Afrocentricidade: Identidade e Centralidade africana. Odeere: Revista do Programa de Pós-Graduação em Relações Étnicas e Contemporaneidade – UESB. ISSN: 2525-4715 – Ano 2018, Volume 3, número 6, Julho – Dezembro de 2018.

RICHARDSON, Roberto J. et al. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3. ed. – 8 reimpr. – São Paulo: Atlas, 2008.

SANTOS, A. Raimundo dos. Metodologia Científica: a construção do conhecimento. 3ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

SANTOS, B. de Sousa. O fim do império cognitivo: a afirmação das epistemologias do Sul. -- 1. -- ed. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

SILVA, Maurício. Afrocentricidade: um conceito para a discussão do currículo escolar e questão étnico-racial na escola. *Rev. educ. PUC-Camp.*, Campinas, 21(2):255-261, maio/ago.,2016

SPADACIO, C.; BARROS, N.F. Conventional therapeutics and non-conventional therapeutics for cancer treatment: the meanings of religious practices. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.30, p.45-52, jul./set.2009

STAKE, Robert. (1995) The art of case research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

SUELY, Ferreira D. et al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994, 23 Edição.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:
SIM**

Eu _____,
concordo em participar livremente da pesquisa do aluno DAVI SABA N'BUNDÉ,
do curso de Doutorado no Programa e na Instituição acima referidas, sob
orientação do Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser, cujo título: **MEDICINA
TRADICIONAL EM GUINÉ-BISSAU: CONHECER, INSTITUCIONALIZAR E
INTEGRAR NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE - IMPLICAÇÕES NA
SAÚDE PÚBLICA.**

A minha participação consiste em conceder uma entrevista que será gravada e
transcrita posteriormente. Por outro lado, autorizo a observação participante,
registro escrito e fotográfico da minha atividade/atuação profissional. Entendo
que, ao participar desta pesquisa, estarei contribuindo na compreensão do
fenômeno em estudo e, na produção do conhecimento científico e, que na
publicação dos resultados, a minha identidade será revelada por querer que
minha opinião a respeito deste assunto seja conhecida. Sei que posso
abandonar minha participação na pesquisa quando quiser e, que não receberei
nenhum pagamento por esta participação.

Assinatura da participante: _____.

Assinatura do Entrevistador: _____.

Bissau, _____ / _____ / 20_____.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas junto a equipe responsável,
por meio dos seguintes contatos:

Me. Davi Saba N'bundé
Cel.: +55 48 9 9900-4963
E-mail: vibade.ufsc@gmail.com

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser
Cel.: +55 48 99641-3788
E-mail: charles.tesser@ufsc.br

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - UFSC - Prédio Reitoria II
R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC
CEP 88.040-400 - Telefone: +55 (48) 3721-6094
E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO:NÃO**

Eu _____,
concordo em participar livremente da pesquisa do aluno DAVI SABA NBUNDÉ,
do curso de Doutorado no Programa e na Instituição acima referidas, sob
orientação do Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser, cujo título: **MEDICINA
TRADICIONAL EM GUINÉ-BISSAU: CONHECER, INSTITUCIONALIZAR E
INTEGRAR NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE - IMPLICAÇÕES NA
SAÚDE PÚBLICA.**

A minha participação consiste em conceder uma entrevista que será gravada e
transcrita posteriormente. Por outro lado, autorizo a observação participante e
registro escrito e fotográfico da minha atividade/atuação profissional. Entendo
que, ao participar desta pesquisa, estarei contribuindo na compreensão do
fenômeno em estudo e, na produção de conhecimento científico e, que na
publicação dos resultados, a minha identidade será mantida em sigilo e serão
omitidas todas as informações que poderão revelar minha identidade,
assegurando assim a minha privacidade. Sei que posso abandonar minha
participação na pesquisa quando quiser e, que não receberei nenhum
pagamento por esta participação.

Assinatura da participante: _____.

Assinatura do Entrevistador: _____.

Bissau, _____ / _____ / 20____.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas junto a equipe responsável,
por meio dos seguintes contatos:

Me. Davi Saba N'bundé
Cel.: +55 48 9 9900-4963
E-mail: vibade.ufsc@gmail.com

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser
Cel.: +55 48 99641-3788
E-mail: charles.tesser@ufsc.br

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - UFSC - Prédio Reitoria II
Rua: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC
CEP: 88.040-400 - Telefone: +55 (48) 3721-6094
E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

APÊNDICE C – PERFIL DO CURANDEIRO TRADICIONAL ENTREVISTADO

Nome fictício: _____.
Idade: []. Sexo: Masculino []. Feminino [].
Cidade de residência: _____.
Província: _____. Região: _____. Setor: _____.
Em quantas cidades fazes atendimento: [].
Com que frequência: [/Semana] ou [/Mês].
Local/País em que aprendeu: _____.
Especialista: SIM []. NÃO [].
Se sim: em qual área: _____.
Com quantos anos iniciou: []. Com quantos anos começou a trabalhar sozinho/a: [].
Ainda tens vínculo de trabalho com a pessoa que te ensinou: SIM []. NÃO [].

Assinatura da Entrevistado: _____.

Assinatura do Entrevistador: _____.

Bissau, _____ / _____ / 20____.