

A QUESTÃO DA INTEGRAÇÃO DOS SISTEMAS MÉDICOS: PROBLEMA E PERSPECTIVAS. UMA INTRODUÇÃO

Dominique BUCHILLET

O fracasso generalizado das políticas sanitárias, principalmente em matéria de prevenção e medicina de massa, manifestado, notadamente, na alta incidência de grandes endemias e nas taxas elevadas de morbi-mortalidade infantil, tem, ao menos, o mérito de nos fazer lembrar de duas coisas. Em primeiro lugar, que a introdução da medicina ocidental nos países em desenvolvimento não vem preencher um vazio: todas as sociedades, no mundo inteiro, dispunham de meios eficazes para enfrentar e resolver seus problemas de saúde antes da introdução e disseminação da medicina ocidental; em segundo lugar, que as medicinas tradicionais constituem o principal recurso sanitário para mais de dois terços da população mundial e isso apesar da presença de estruturas médicas ocidentais.

A consideração tardia desta realidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS), aliada ao custo exorbitante dos projetos de desenvolvimento sanitário (devido à formação de médicos e pessoal de saúde, à implantação de infra-estruturas biomédicas, ao preço e quantidade de remédios a fornecer, etc.) conduziu esta organização internacional, há mais de 10 anos, a reavaliar e reorientar suas diretrizes em matéria de planejamento sanitário, na busca de soluções alternativas ou intermediárias que levariam melhor em conta as realidades locais, as particularidades culturais; em poucas palavras, que seriam melhor adaptadas aos países em desenvolvimento e, assim, desta maneira, poderiam encobrir o caráter imposto e exógeno da biomedicina.

cina. Não se trata mais aqui de conceber as políticas sanitárias em termos de implementações sanitárias (que atingem, aliás, somente uma porção reduzida da população destes países) e de formação de pessoal médico especializado, mas de procurar as modalidades de articulação da biomedicina com os recursos terapêuticos já existentes. Ou seja, de buscar soluções apropriadas, de modo a promover um desenvolvimento sanitário endógeno.

Essa nova orientação da política sanitária da OMS representou, como pode-se bem imaginar, uma verdadeira revolução para os Estados membros desta organização. Com efeito, quando a promoção da saúde mundial era pensada como um simples problema de transferência de tecnologia médica e de formação de pessoal especializado, seus responsáveis ignoravam completamente as medicinas tradicionais, para os quais elas não somente nada tinham a ver com a “verdadeira medicina” (ou seja, a medicina ocidental) mas constituíam, pelo contrário, neste aspecto, obstáculos culturais a sua implantação; obstáculos que se tratava eventualmente de erradicar.

As novas diretrizes da OMS, destinadas a realizar seu objetivo de levar “a saúde para todos no ano 2000”, consistem essencialmente em privilegiar a “atenção primária em saúde” (fórmula consagrada na ocasião da Conferência de Alma Alta organizada pela OMS e pela UNICEF em 1978) através da instalação de redes de cuidados e agentes primários de saúde - capazes de fornecer prestações elementares de cuidados e promover a saúde através da educação sanitária e da introdução de noções básicas de higiene -, assim como da participação das comunidades locais na resolução de seus problemas. Esta reorientação da política sanitária da OMS implica também que os Estados beneficiários das implementações médicas não sejam mais considerados como os receptores passivos de um desenvolvimento sanitário planejado nas grandes cidades norte-americanas ou européias, mas, ao contrário, como artesãos ativos desse desenvolvimento: o melhoramento da situação sanitária de suas populações devendo constituir uma das suas prioridades estratégicas de desenvolvimento.

Se, a primeira vista, as novas orientações da OMS - atenção primária em saúde e participação comunitária - parecem louváveis, elas, no entanto, suscitaram imediatamente aos administradores de saúde dos países em desenvolvimento duas séries de perguntas, de ordem cultural e prática, que demonstram que tais orientações não são isentas de ambigüidade, para não dizer de etnocentrismo. Em primeiro lugar, de que recursos humanos se refere? Esses novos agentes de saúde devem ser escolhidos em suas comunidades? Devem ser selecionados entre os curadores tradicionais? No caso posi-

tivo, como identificá-los e selecioná-los? Perguntas essas que levam naturalmente à questão das normas de reconhecimento da eficácia das práticas terapêuticas tradicionais. A OMS recomenda assim aos governos locais de procederem a uma avaliação séria da eficácia dessas práticas, de modo a valorizar as técnicas vistas como eficazes e rejeitar as consideradas nocivas, perigosas ou ineficientes, tomando como parâmetro, evidentemente, a eficácia biomédica. Nessas condições, será que podemos falar de integração da medicina tradicional nos sistemas oficiais de saúde, quando a medicina ocidental outorga-se o direito de julgar a eficácia e a legitimidade das medecinas tradicionais e de compartimentá-las em saberes e práticas susceptíveis de serem melhorados e, em alguns casos, descartados, por serem, na sua ótica, perigosos, ou ao menos, totalmente desprovidos de eficiência?

Será que a OMS, com essa concepção, demonstra uma conscientização do valor real das medecinas tradicionais? Ela não reduz também sua contribuição a uma eficácia puramente material, concebida nos termos mesmos da eficiência biomédica? As diretrizes da OMS concorrem, de fato, a preservar nas chamadas medecinas tradicionais saberes e práticas que se assemelham aos da biomedicina, saberes e práticas estes susceptíveis de serem melhorados, tais como os saberes botânicos, por exemplo. Neste caso, seria correto falar de “revalorização” das medecinas tradicionais quando, na realidade, trata-se de colocar entre parênteses os saberes e práticas considerados pela biomedicina como “mágico-religiosos”, de modo a separar o embrião de pré-ciência de seu envoltório irracional? Devemos, sim, reconhecer que a chamada valorização das medecinas tradicionais pregada pela OMS opera-se mais na base de uma redução ou desvalorização destas.

A segunda série de perguntas que foram estimuladas pelas novas normas da OMS dizem respeito às modalidades organizacionais e jurídicas de integração destes agentes de saúde tipo curadores tradicionais nos sistemas de saúde oficiais, tais como: Que tipo de formação deve-se dar a eles e quais funções devem cumprir em suas comunidades: fornecer cuidados elementares de saúde? prestar educação sanitária? ter uma função de prevenção? Quem deve controlar sua prática e a que código de deontologia eles devem submeter-se? Quem deve pagar seus serviços? Quais são (ou serão) as relações destes agentes de saúde com os governos nacionais? Qual é o futuro das medecinas tradicionais no contexto de sua utilização pelos serviços de saúde oficiais?

Optei, na introdução deste simpósio, em apresentar os problemas que podem ser suscitados pela reorientação da OMS em relação ao planejamento

sanitário, problemas estes que me parecem mostrar toda a ambigüidade das diretrizes da OMS. Os trabalhos aqui apresentados tragam, como poderá-se apreciar, elementos de respostas a esses problemas.

MEDICINAS TRADICIONAIS E MEDICINA OCIDENTAL NA AMAZÔNIA

Dominique Buchillet
(Organizadora)

EDICÕES CEJUP



Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia;
Organizado por Dominique Buchillet. - Belém, MPEG/
CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.

p.504: il.

ISBN 85-798-026-4

1. Medicinas Tradicionais. 2. Medicina Ocidental. 3. Saúde-Política. 4. Etnobotânica. 5. Farmacologia.

I. Buchillet, Dominique, org.

CDD-301.2

581.9

615.882

Apoio: Instituto Indigenista Interamericano

MEDICINAS TRADICIONAIS E MEDICINA OCIDENTAL NA AMAZÔNIA

(Contribuições Científicas apresentadas no Encontro de
Belém - 27/novembro a 1.º /dezembro de 1989)

Dominique Buchillet
(Organizadora)

Co-edição:



SCT/CNPq
MUSEU PARAENSE EMÍLIO GOELDI
PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Presidente: Fernando Collor de Mello

SECRETARIA DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA
Secretário: José Goldemberg

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO
Presidente: Gerhard Jacob
Diretor de Unidades de Pesquisas: José Duarte de Araújo

MUSEU PARAENSE EMÍLIO GOELDI
Diretor: Guilherme M. de La Penha
Vice-Diretor de Pesquisas: José Guilherme Soares Maia
Vice-Diretor Executivo: Celso Martins Pinto

**COORDENAÇÃO GERAL DO ENCONTRO "MEDICINAS
TRADICIONAIS E POLÍTICA DE SAÚDE NA AMAZÔNIA"**

Instituto Indigenista Interamericano
Oscar Arze Quintanilla

Museu Paraense Emílio Goeldi
(Dpt. Ciências Humanas/Antropologia)
Adélia Engrácia de Oliveira
Antônio Maria de Souza Santos
Roberto Cortez de Souza

Convênio CNPq/UnB/ORSTOM.
Dominique Buchillet

Fundação Educacional do Pará
Ana Monteiro Diniz
Maria Elizabeth Barata Morcira
Aldalice Moura da Cruz Otterloo

EDITORES: Gengis Freire e Ana Rosa Cal Freire (CEJUP)
Antônio Maria de Souza Santos (MPEG/UEP)

Direitos reservados - 1ª Edição - 1991

Composto e impresso na Graficentro/CEJUP
Trav. Rui Barbosa, 726
Distribuído por Edições CEJUP
Pedidos pelo reembolso postal para
Edições CEJUP

Trav. Rui Barbosa, 726 — Fone: (091) 225-0355 (PABX)
Telex (91) 2996 — FAX: (091) 2413184 — Belém-Pará — CEP. 66.030