



CIEA7 #40:

PLURALISMO MEDICO: PERSPECTIVAS UTILITARIAS EN LA INTERACCIÓN
ENTRE MEDICINAS EN ÁFRICA.

Maria de Fátima[©]

omaillema@yahoo.com.br

Interacción entre Medicinas - Escojas e Sujeciones: Populaciones rurales en Humpata (Provincia del Huila)

Em Angola coexistem os sistemas de saúde que se situam entre o moderno e o tradicional, o público e o privado. Neste estudo pretende-se analisar as dimensões que limitam ou condicionam o acesso aos serviços de saúde pelas populações rurais e os mecanismos estratégicos utilizados para enfrentar o conjunto de obstáculos. Procuramos analisar: condições de acessibilidade geográfica (localização física dos serviços, dos transportes disponíveis, distância a percorrer); como os serviços estão providos de infra-estruturas e medicamentos e a identificação de factores sociais que persuadem um potencial paciente/habitante de procurar esses serviços. O estudo toma como referência as populações agro-pastoris do município da Humpata, privilegiando a óptica interdisciplinar, numa abordagem qualitativa, como técnica de pesquisa da sociologia e da antropologia.

Saúde, Urbano, Rural.

[©] CEA-ISCTE-IUL.

INTRODUÇÃO

O estudo foi desenvolvido no âmbito do projecto do Centro de Estudos africanos, Gender and Health, concretamente no subprojecto Saúde em Angola. Nesta perspectiva considera-se relevante abordar a temática da assistência à saúde sobretudo por se verificar uma prevalência na procura da medicina tradicional rural. Esta prevalência é devida a factores culturais e económicos em primeira instância, mas também a não existência dos serviços da medicina moderna suficientes e próximos das comunidades. É a medicina tradicional que tem assegurado frequentemente e com sucesso, ao longo do tempo o estado de saúde das populações rurais da Humpata.

OBJECTIVOS

A área de estudo corresponde ao município da Humpata, província da Huíla, sul de Angola. O estudo pretende analisar as condicionantes de acesso ao sistema de saúde moderno e privado pelas populações rurais do grupo étnico *muila*. Parte-se da hipótese de que a comunidade em estudo (agro - pastoril) rege-se pelas tradições locais baseadas e mantidas na ancestralidade, daí que se pressuponha como condicionante fundamental de acesso aos serviços de saúde moderno, públicos ou privados, diversos factores. Sustentamos que uma combinação de factores sociais, culturais e económicos concorre e reforça as opções destas populações em geral, para olhar para os serviços de saúde moderna (pública ou privada) como alternativa. Entre os objectivos específicos pretendemos perceber as motivações e as condicionantes que influenciam as escolhas e preferências nos sistemas de cura e tratamento; perceber o grau de confiança que as populações rurais têm em relação aos serviços de saúde moderna e tradicional bem como entender a influência das redes de solidariedade locais como factor cultural na solução de problemas de saúde das populações rurais da Humpata.

METODOLOGIA

Os dados foram colectados a partir da pesquisa documental e de entrevistas semi-estruturadas com as famílias e com informantes – chave. A pesquisa documental orientou a caracterização da comunidade estudada com ênfase nos aspectos da saúde. As pesquisas com os informantes - chave foram realizadas com pessoas identificadas pela comunidade, como referência na sua organização social, moradores antigos, líderes comunitários, agentes da saúde e professores da comunidade. As questões abordadas tiveram como

objectivo caracterizar as famílias e os informantes em geral, tentando perceber a sua visão sobre as condições de saúde, o agir da comunidade perante as questões da saúde e qualidade de vida, a sua participação nestas questões, as dificuldades, carências e insuficiências no sector da saúde, e sugestões de melhoria, relativamente a oferta dos serviços de saúde pelo Estado.

O trabalho de campo decorreu entre os meses de Abril a Julho de 2010. Foram consultadas fontes importantes que evidenciaram factos relevantes para este trabalho. De forma a tornar exequível a investigação, a amostra para esta avaliação qualitativa (estudo de caso) foi seleccionada com o propósito de dar uma visão dos mecanismos de sobrevivência das populações rurais da Humpata naquilo que se relaciona com os problemas de saúde, acesso e formas de tratamento e cura tradicionais/modernos. Este trabalho consistiu também, em visitas domiciliárias com o intuito de avaliar as condições de vida dos moradores e o acesso ao sistema nacional de saúde. Este levantamento foi importante para detectar as limitações da população e os esforços dos líderes locais e autoridades administrativas com vista a melhorar e diminuir os problemas afectos ao sector da saúde.

A área de abrangência do estudo contemplou as localidades da Batabata com 12 indivíduos, Leba com 15, Neves com 10, Palanca com 17 e sede da Humpata com 21 sendo estas maioritariamente consideradas zonas rurais. Os informantes e participantes desta pesquisa constituíram uma amostra total de 75 indivíduos entre os quais 35 são mulheres.

O CONTEXTO SÓCIO GEOGRÁFICO

O município da Humpata está integrado na Província da Huíla. Com uma superfície de 1. 261 km², este município confina a este com a capital da província (o município do Lubango), a sul com o município da Chibia (província da Huíla) e o município do Virei (Província do Namibe) e a noroeste com o município da Bibala (Província do Namibe) ¹ beneficiando por isso de uma estrada em boas condições que faz a ligação entre as duas províncias. A sede do município da Humpata encontra-se a 22 km da cidade do Lubango. O planalto da Humpata beneficia de um clima temperado que oferece condições para a criação de gado bovino (fonte de riqueza para os *muila*) e caprino, culturas como cereais e hortaliças mais variadas. Alberga uma população estimada em 100.000 indivíduos (constituindo 2% da população da província, pois que o município também é o que apresenta menor superfície), constituída maioritariamente pelos *muila*. São agro - pastores e

¹ A província do Namibe localiza-se no litoral.

praticam uma agricultura de subsistência.

Estas sociedades agro-pastoris mantêm relações de produção e actividades produtivas que se baseiam, essencialmente, num tecido social estabelecido por redes sociais de solidariedade através do parentesco, linhagem, vizinhança e amizade. Praticam a poligamia, têm um sistema familiar matrilinear sendo o tio materno a autoridade máxima na família. É a ele a quem compete resolver “todos” os problemas da família uterina. A herança faz-se de igual forma pela linha uterina.

O CONTEXTO RURAL E O SISTEMA DE SAÚDE

Depois da Independência Angola entrou num processo de reformas abrangentes da sua economia e do seu estado social e cultural. Muitas melhorias foram sendo registadas em termos de políticas públicas embora fossem abaladas sistematicamente pelo clima de guerra que se impôs até finais de 2002. Com o advento da paz, as políticas e as instituições são actualmente muito melhores que as do período colonial, mas continuam em termos relativamente exaustivos bastantes frágeis. As reformas implementadas referiram-se a várias áreas de intervenção entre as quais uma das mais exigentes, que é a da saúde. Mas, importa dizer que as melhorias registadas, dentro das amplas ou modestas reformas, tiveram um impacto positivo, negativo ou moderado, consoante os contextos sócio – geográficos e culturais, dentro do território angolano sobretudo nas regiões da “Angola profunda ou linhangeira” (Milando, 2007, 28-32). Apesar de se ter registado um certo crescimento na rede sanitária na região em estudo, a assistência médica e medicamentosa é insuficiente, bem como a distribuição de profissionais qualificados.

Administrativamente, a Humpata é um município que está dividido em 4 comunas. Do trabalho de campo, apreendemos que a rede sanitária, é constituída por dois centros de saúde, treze postos de saúde e trinta camas, o que perfaz 0,5 camas por habitante. Este município não possui hospitais. A deterioração das condições de vida tem afectado com mais intensidade os grupos vulneráveis da população. Este quadro verifica-se num contexto em que o acesso aos serviços sociais básicos como a saúde ainda é limitado e frágil.

Quanto aos recursos humanos referentes ao contexto em estudo, na área da saúde, conta-se com 4 enfermeiros graduados, 32 enfermeiros gerais e 40 auxiliares. Este é o pessoal que assegura a saúde no município da Humpata coadjuvado com outros profissionais, pessoal administrativo e de apoio hospitalar. Nas localidades mais distantes os postos de saúde são assegurados por um enfermeiro geral.

Como se pode constatar a rede sanitária pública, ao nível da saúde é exígua o que

significa que o sistema de saúde nacional não é totalmente protector e revela grandes fragilidades, gerando o surgimento de desigualdades sociais, no que concerne ao acesso aos cuidados de saúde, potenciando situações de vulnerabilidade.

As novas concepções de desenvolvimento rural, reflectem o entendimento de que, está além das questões económicas e tecnológicas, vinculadas à actividade agropecuária, dependendo de outras dimensões inerentes à qualidade de vida das populações que vivem nas zonas rurais. Para Moraes (2006, 19), “o desenvolvimento rural ... é todo um rol de acções que proporcionem uma melhoria geral nas condições de vida das famílias que residem em áreas rurais”. Caporal e Costabeber (2004) consideram que as estratégias de desenvolvimento rural não podem orientar-se simplesmente pela acumulação de metas de desenvolvimento económico, produção e produtividade, mas devem apoiar também aquelas mudanças que conduzam a uma maior segurança alimentar, a melhores níveis de educação, de saúde e bem-estar.

O desenvolvimento do meio rural integra-se no novo paradigma que engloba aspectos múltiplos e discute o tema no âmbito social, num contexto integral posto que focaliza a qualidade de vida alcançada pelo atendimento das necessidades básicas das populações rurais que habitam localidades distantes e isoladas dos centros urbanos. Para o efeito, a opinião de Sen (2000, 29) ressalta que “o desenvolvimento tem que estar relacionado sobretudo com a melhoria da vida que levamos e das liberdades que desfrutamos”. Silva (2003, 28) salienta que as políticas públicas para o meio rural, acabam impondo dinâmicas que nem sempre são congruentes com uma proposta de desenvolvimento rural, que se coadune com o contexto real e se foque integralmente nos anseios das populações.

A sociedade rural angolana pode ser caracterizada por uma sociedade em que se enquadram de forma predominante as:

“dinâmicas linhageiras”, ou seja, organizações e instituições *tradicionais* locais, cujas formas, conteúdos estruturais, lógicas e ritmos de transformação se mantêm mais ou menos coerentes com os valores *tradicionais*, resistindo com eficácia, às tendências modernizantes, que advêm essencialmente da confluência com o meio urbano e de uma massificação do sistema escolar, (Milando, 2006).

Estas dinâmicas estão incorporadas num determinado contexto que se refere a uma determinada época, num determinado espaço geográfico, em consonâncias diversas com as influências que se revêem de máxima importância.

Na visão de Helman (2003), o contexto incorpora dois elementos cruciais. O elemento interno e o elemento externo. O contexto interno relaciona-se com as experiências anteriores, pressupostos culturais, modelos explicativos e preconceitos, que cada um traz consigo. Segundo o autor o contexto externo, inclui o ambiente real no qual os problemas acontecem e as influências sociais mais amplas que agem sobre cada parte. Estas incluem a ideologia dominante, a religião ou o sistema económico de cada sociedade. Estes são factores que ajudam a entender as desigualdades económicas e sociais, a definir quem tem ou não poder, o que pode ou não ser feito. Neste âmbito, a consideração do contexto pode influenciar significativamente as decisões políticas sobre as acções governativas, no que toca à sua percepção e à sua interpretação. Helman (2003) recomenda que é importante avaliar sempre o papel dos contextos, interno e externo, para se compreender qualquer interacção entre os factores sociais e económicos, ambientais e políticos, o que auxilia também os decisores a decidirem se os diagnósticos dos problemas e a sua resolução devem ser tidos em conta, a curto, médio ou longo prazo.

O contexto constitui-se pelo conjunto de processos sociais, que possibilitam ou impossibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo num ambiente não sadio, considerando a interacção entre pessoa e meio, entre risco e resposta, adaptação e experiência, danos e desfecho. Esta capacidade de resposta perante o tipo de risco e de adversidade dependendo da circunstância e do contexto, reconfigura os modelos de vida adoptados.

Geralmente o enfrentamento dos obstáculos e das vulnerabilidades é focalizado no problema para regulação da resposta, utilizando estratégias e mecanismos em simultâneo, baseados no suporte social (Ribeiro, 1999; Kaplan et al., 1977; Taylor, 1990). O suporte social, favorecedor da sociabilidade e da criação de redes sociais de solidariedade, que se configura como solução, visa reduzir as dificuldades e as possibilidades de desagregação do tecido social, traduzido pelo isolamento, deterioração das redes de solidariedade e da pauperização.

As sociedades rurais são marcadas normalmente por uma certa complexidade. Assim, Helman (2003) considera que quanto maior e mais complexa a sociedade na qual uma pessoa vive, maior é a complexidade das opções terapêuticas disponíveis, desde que se possa pagar por elas e aceder a elas.

Segundo Musanji (2006), a saúde é um sector vital que condiciona os outros sectores da vida nacional, considera que actualmente os sistemas sanitários são quase inexistentes na maioria dos países africanos. Ele aborda a questão das potencialidades

económicas de alguns países evidenciando que “... um país não vive de potencialidades ... mas dos benefícios que daí se tiram para o conjunto da população” (2006, 53).

Sendo Angola um desses países, constata-se que ao longo de muitos anos manteve uma das piores posições entre os principais indicadores mundiais no que se refere a situação da saúde pública tida como bastante decadente. Esta posição está reflectida no papel que o cidadão comum desempenha como beneficiário passivo dos serviços públicos em geral e da saúde em particular. Na situação de constrangimentos que caracterizam o continente africano e particularmente no que diz respeito à Angola, relativamente aos serviços sociais em geral, nomeadamente aos de saúde, as populações por vezes e/ou na maioria têm de colmatar essas lacunas com recurso aos conhecimentos e tratamento tradicionais por elas sabiamente conservados.

O sistema nacional de saúde de Angola é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) tutelado pelo Ministério da Saúde (MINSA), e por todas as entidades públicas, privadas e profissionais que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde. Em geral, a prestação de serviços no SNS ainda se restringe com alguma eficiência aos meios urbanos com excepção dos programas de vacinação que são mais abrangentes, observando-se um forte empenho para a sua implementação. Observam - se ainda alguns constrangimentos referentes a motivação do pessoal para desempenho de actividades não só referentes ao sector da saúde mas também a outros. Neste contexto verifica-se uma distribuição desequilibrada do pessoal entre as zonas rurais e urbanas, entre as diferentes regiões e entre as diferentes categorias das instituições de saúde.

Relativamente aos profissionais de saúde, o corpo de médicos insuficiente tem sido reforçado com a cooperação cubana. Estes cooperantes normalmente trabalham nos hospitais centrais. Segundo a OMS, recomenda-se um médico por cada mil habitantes, porém, a realidade diz-nos que há um médico por cada 10 mil habitantes. Entre os esforços do governo angolano, verifica-se a criação de algumas faculdades de medicina para formação de médicos ao que se juntam os bolseiros em Cuba. Para melhor assistência a população o ministério da saúde pretende implementar a variante “médico de família” para actuar na área de saúde pública e comunitária.

Os serviços de saúde moderna oferecidos pelo Estado e pelo sector privado estão confinados aos centros urbanos. Estes, além da distância, ao cobrarem taxas (elevadas ou não), impossibilitam à partida as populações rurais de os procurarem. Estes serviços, na óptica das populações pesquisadas constituem uma alternativa, servindo-as apenas em momentos particulares. Os receios são diversos, na medida em que os factores culturais têm um peso significativo na sua escolha. Helman (2003) fala-nos de “subculturas de assistência à saúde”. Para o autor, “cada uma tem o seu próprio modo de explicar e de

tratar a falta de saúde e os curandeiros em cada grupo se organizam em associações profissionais, com regras de admissão, códigos de conduta e modos de se relacionar com o paciente” (2003, 71-72).

Nesta óptica uma combinação de factores sociais, económicos e culturais concorre para que os *vimbanda* (curandeiros) sejam a primeira escolha e não uma alternativa na opção de uso dos serviços de saúde, por parte da população. Assim, coexistem várias práticas de tratamento tradicional na região sul de Angola que são utilizadas numa determinada comunidade, região ou família, atendendo os impactos do contexto social, político e económico.

Os requisitos que o cidadão tem que cumprir para que seja atendido numa consulta, num serviço de emergência hospitalar e nas farmácias que nem sempre dispõem dos medicamentos receitados, requerem antes de tudo recursos financeiros que se devem disponibilizar no exacto momento.

Neste contexto as populações recorrem na sua maioria aos serviços terapêuticos tradicionais (denominados localmente como *umbanda*) de acordo com as especificidades da doença e sobretudo pela capacidade financeira que não é posta em causa logo de imediato. Assim, os terapeutas tradicionais são muito procurados independentemente de se saber da sua eficiência e domínio. Os factores que concorrem para esta larga procura, além do que acima foi referenciado, são também o facto de que os medicamentos nunca escasseiam e que o cidadão pode contar com um prazo para pagar, normalmente o que é feito de forma faseada conforme se vai melhorando, ou totalmente depois de ter melhorado. As formas de pagamento de um tratamento são sempre negociadas entre o terapeuta e o doente ou sua família, e quando se tem alguma dúvida, o soba (autoridade tradicional), pode surgir como avalista e/ou fiador. Contudo, as razões culturais estão integradas também na causa que leva as populações em Angola a recorrer à medicina tradicional assegurada pelos curandeiros, ervanários, adivinhadores e outros.

Na procura de tratamento, as populações percorrem enormes distâncias movidas pela intenção de obter resultados positivos, considerando que o curandeiro não os conhece e tem todo o interesse de mostrar a sua competência para que seja divulgada a sua fama e seja solicitado cada vez mais pelos seus serviços. Um aspecto digno de realce diz respeito ao facto de a medicina popular, rural ou informal existir e resistir independentemente de ser utilizada no meio rural ou no meio urbano, dado que os seus recursos de cura respondem aos interesses e às necessidades dos mais vastos sectores da população.

Apesar do Estado não poder corresponder cabalmente às necessidades da população em serviços de saúde, a medicina tradicional se não tivesse alguma eficácia a sua procura seria também limitada. Contudo, ela faz parte da história concreta de determinados grupos sociais sobretudo os do meio rural constituindo-se por isso numa das

expressões vivas do ponto de vista sociocultural. Convém lembrar também que segundo Lévi - Strauss (1970) as medicinas (oficial e popular), são eficazes no meio social que as empregam justamente porque são utilizadas em sintonia simbólica com a cultura desse meio social. Assim, o que acontece é que a medicina tradicional, rural ou informal vai-se adaptando ao contexto, às influências externas, às mudanças e às revoluções.

Nas localidades em estudo, as populações com poucos recursos sociais, encontram dificuldades de acesso ao sistema nacional de saúde acabando por não ser assistida. Neste contexto, ela está obrigada a tratar-se sozinha ou a recorrer ao auxílio terapêutico local, oferecido pelos *cimbanda* (curandeiros), pelas instituições religiosas, ou praticando a automedicação.

Para as populações rurais o *cimbanda* (curandeiro) é visto como alguém que tem uma experiência adquirida por intermédio dos ancestrais numa dimensão espiritual. O curandeiro não é visto como alguém que trabalha e que vive disso, mas que tem um dom que permite curar determinadas doenças. O seu modo de subsistência e de sobrevivência não depende desta actividade. Esta é apenas exercida porque ele domina as formas de cura e os espíritos assim o exigem. Esta particularidade, explica porque muitas vezes o curandeiro não pode cumprir estas funções. Da mesma forma que o curandeiro não trata o doente em qualquer momento ou em qualquer dia, também não dispõe dos medicamentos como se encontram disponíveis nas farmácias.

Tratando-se de raízes frescas ou secas, o medicamento é preparado na hora, para que o doente ou seu acompanhante observe como se confecciona a fim de saber prepará-lo em sua casa. A medicação para o doente nestes termos revela também a confiança uma vez que ambos observam como ele é adquirido ou produzido. O segredo existe apenas quanto ao nome (nem sempre), às doses e ao local onde pode ser encontrado bem como as suas características (tratando-se de um medicamento ou planta invulgar).

A *umbanda* é uma instituição muito antiga e é preservada pelas populações rurais através da sua cultura transmitida oralmente de geração em geração. Porém a sua prática enquadra-se no domínio da espiritualidade. É utilizada nas cerimónias de cura, na investidura do *cimbanda*, na satisfação dos desejos dos *nohande* (bons espíritos), ou seja é a profissão e a prática de cura (Gomes, 2004: 162). A *umbanda* consiste na evocação dos espíritos e manipulação da força mágico-religiosa de forma positiva, para o bem da comunidade. Este conhecimento (sobre a prática da *umbanda*) normalmente é limitado a determinadas pessoas cujo poder lhes é transmitido pelos *nohande* e deve ser passado de geração em geração também para pessoas escolhidas (2004, 167). É importante referir que o *cimbanda* também recorre aos seus colegas quando enfermo ou possuído pelos *vilulu* (maus espíritos), ele nem sempre se pode auto medicar ou tratar.

A *umbanda* é exercida por profissionais tal como a *ouanga*. Tais profissionais são especializados tendo em conta o carácter da sua actividade na comunidade. Há por isso curandeiros, terapeutas, e adivinhos. São profissões que se podem exercer sem discriminação de sexo, mas discriminadas por especialização. Há mulheres terapeutas e adivinhas. Porém as mulheres terapeutas na sua maioria atendem crianças, mulheres e mulheres grávidas. São pediatras e ginecologistas, nutricionistas e parteiras, massagistas, psicólogas e verdadeiras enfermeiras. Dedicam-se a estas profissões com carinho cuidando do bem para a família e para a sociedade, qualidade que as confere reputação e respeito.

No contexto de Angola, que continua a integrar políticas de desenvolvimento assimétricas e desiguais, que colocam em desvantagem parte das populações, sem sintonia na recuperação e enfrentamento dos problemas mais prementes, que constituem o drama social, estes terapeutas, aliviam os sofrimentos e eliminam os bloqueios localmente com certa eficácia.

A DOENÇA, FORMAS DE CURA E ACESSO

Para Augé (1985), a doença é um acontecimento que tem como particularidade mobilizar uma grande carga afectiva e de activar processos sociais frequentemente complexos. A doença tida como um mal, um desequilíbrio, uma ameaça ao indivíduo e à sociedade, que é preciso erradicar, anular para que se restabeleça a boa ordem na esfera individual e na esfera colectiva. O modo como a doença deve ou pode ser debelada obedece a regras próprias que passam por decisões individuais, familiares, colectivas, e profissionais, dado que nem sempre a doença atinge apenas o indivíduo. As pessoas vivem em sociedade, tal como refere Iturra (1988) e nada é feito descurando quem tem o saber e a autoridade para aconselhar, resolver problemas de desequilíbrio, restabelecer uma ordem, seja no corpo individual, seja no corpo social. Iturra (1988) considera mesmo que cada indivíduo tem a sua teoria para gerir as suas condições para a manutenção do corpo e da saúde, resultante daqueles saberes e da sua própria interpretação deles.

Pereira (1993) considera que determinadas noções variam de sociedade para sociedade e da mesma forma, dentro da mesma sociedade se encontram distintas acepções e diferentes comportamentos relacionados com as diversas categorias. Relativamente à doença o autor refere que uma mesma doença produz vários doentes, sendo que cada um constitui um caso o qual exige para o sucesso do tratamento um conhecimento individual da sua história. Daí que se recorra a várias técnicas de cura, e formas de alternativas de curar, entre modernas e tradicionais, rurais e urbanas. Deste modo e diante de um paralelismo de medicinas, a preferência das populações rurais pela “medicina rural”, “medicina nativa” e no

caso em estudo pela *umbanda*.

Doenças conhecidas e frequentes entre os *muila* têm sido tratadas à semelhança de outros grupos étnicos do território angolano com significativo sucesso. Porém estes também recorrem a tratamentos modernos, mas apenas em casos de desespero, após tentativas de cura tradicionais terem falhado (casos de ortopedia, partos difíceis que carecem de cesarianas). Para os casos comuns e que considerem serem do domínio da medicina tradicional recorrem à *umbanda* (Gomes, 2004).

São enaltecidos os papéis dos *cimbandas* (curandeiros), especializados em algumas áreas da medicina tradicional, como aquelas doenças muitas vezes tidas como incuráveis. A epilepsia, a loucura, a infertilidade e outras. Muitos cidadãos têm procurado estes terapeutas para solucionarem preocupações de saúde diversas que não tiveram êxito na medicina moderna.

As parteiras tradicionais, têm garantido um suporte adequado às suas comunidades, fazendo o acompanhamento durante a gravidez, fazendo os partos e dando assistência ao recém-nascido através dos conhecimentos adquiridos por processos de transmissão dos saberes e experiências ancestrais das comunidades. Por exemplo, promovem a abstinência sexual durante a gravidez, principalmente quando o homem é polígamo, promovendo também o planeamento familiar que permite o espaçamento entre os filhos usando a farmacopeia tradicional e evocando os mitos e tabus comunitários.

CONCLUSÕES

A política de saúde nacional determina a implantação de uma rede de acções e serviços única, descentralizada, voltada à atenção integral e com a participação social, constituída a partir das reais necessidades de saúde da população, tendo como pressuposto o trabalho interdisciplinar. No entanto, a sua efectiva implementação ainda permanece como um desafio, uma vez que as peculiaridades de alguns segmentos sociais são desconsideradas, como é o caso da população residente no meio rural.

As acções e serviços de saúde demonstram a alienação acerca das dificuldades enfrentadas pela comunidade rural, como a questão da distância, dos problemas com o transporte, da rotina árdua de trabalho e até mesmo a discriminação por parte dos profissionais. Apesar de alguma flexibilidade as políticas ainda não são muito específicas para esta população. Então, estas incongruências comprometem os princípios do atendimento universal e igualitário preconizado pelo Serviço nacional de saúde.

A pertença social destas populações rurais contribui para que perante uma situação de doença se experimentem em primeiro lugar, as formas de cura nas quais crêem mobilizando os saberes locais, familiares e tradicionais, transmitidos e conservados ao longo

de várias gerações. O recurso à medicina moderna obedece a parâmetros bem ponderados pelo doente e pelos familiares, na medida em que mobiliza também, recursos financeiros em prontidão e pelo facto é tida por estas populações como alternativa.