Departamento de Sociologia

Os Sistemas de saúde em São Tomé e Príncipe

Médicos Tradicionais e cuidados de saúde

Mayker Ramos Barreto

Dissertação submetida para obtenção do grau de

Mestre em Estudos Sociais da Ciência

Orientadora:

Doutora Luísa Maria Santos Oliveira, Professora Auxiliar,
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que ao longo desta minha caminhada por Portugal, contribuíram de forma direta e indireta para que esse trabalho fosse uma realidade.

Antes de mais, á minha querida e adorável mãe que mesmo distante tem demonstrado carinho e amor. A todos meus familiares e grandes amigos que Deus colocou no meu caminho. Não seria justo nomeá-los aqui, porque cairia no esquecimento e acabaria sendo injusto para com muitos. Então meus caros, sintam-se agradecidos.

Aos meus pais Kari Pekka Heinnonen, Ritva Edwards e Júlia Ramos – inspiração da minha vida.

Á minha orientadora, Dra. Luísa Oliveira, pelo esforço, apoio que sempre me dedicou nesta caminhada do mestrado, com as suas sábias e fundamentais palavras que tornaram possível a eficácia deste trabalho.

Aos colegas e professores pelo aprendizado desencadeado durante estes dois anos.

Aos meus entrevistados e co-autores deste trabalho, pelo conhecimento que me proporcionaram, por estarem sempre dispostos em me receber e a explicar o funcionamento das suas atividades e rotinas. Agradeço também por terem compartilhado comigo as histórias da sua vida durante o processo das entrevistas, bem como a confiança em mim depositado para a execução das entrevistas.

A uma pessoa muito especial que sempre esteve ao meu lado, com palavras de coragem e amor, e fazendo-me acreditar que poderia chegar ao fim desta etapa com sucesso.

Aos servidores da biblioteca do ISCTE, pela ajuda no manejo dos sistemas de buca da biblioteca.

RESUMO

Esta tese tem como tema geral o Sistema de Saúde em S. Tomé e Príncipe. O interesse por esta temática nasceu das discussões sobre a problemática da saúde, o desenvolvimento dos cuidados de saúde e a melhoria da qualidade de vida das populações - a que não é alheio o aumento da esperança média de vida das populações nos países desenvolvidos -, e a sua intrínseca articulação com o desenvolvimento científico e tecnológico em diversas áreas disciplinares. O objetivo caracterizar o sistema de saúde em STP, incluindo as práticas de cuidados de saúde com base em conhecimentos tradicionais.

Assim concluímos que o sistema de saúde de STP carece de estrutura e recursos humanos que possibilitam a incorporação de C& T.

Dada a carência, prevalecem no meio social são- tomense práticas de cuidado de saúde com base em saberes leigos constituído por grupos altamente especializados e organizados hierarquicamente numa logica profissional enquadrados dentro de um sistema que denominamos de sistema semi-formal, cuja estratégia de profissionalização difere das outras categorias de profissão existente na sociedade ocidental.

Palavras – Chave: Sistema de Saúde, Médicos Tradicionais, C&T, São Tomé e Príncipe.

ABSTRACT

This thesis has the overall theme of the Health System in S. Tomé and Príncipe. The interest in this subject arose from the discussions on the issue of health, the development of health care and improving the quality of life of the people - that is not alien to the increase in average life expectancy of people in developed countries - and their intrinsic link with the scientific and technological development in various subject areas. The goal of characterizing the health system in STP, including health care practices based on traditional knowledge.

Thus we conclude that the health system STP lacks structure and human resources that enable the incorporation of C & T.

Given the shortage, prevalent in the social Sao Tome health care practices based on knowledge lay groups consisting of highly specialized and hierarchically organized in a logical professional framed within a system that we call semi-formal system, whose strategy of professionalization differs other categories of profession exists in Western society.

KeyWords: Health System, Traditional Doctors, C & T, Sao Tome and Principe.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 1

Capitulo 1: 5

O Sistema de Saúde em São Tomé e Príncipe 5

1.Caracterizaçao sumária do Sistema de Saúde em sentido amplo 5

2. O sub-sistema formal de saúde em STP 7

2.1. Alguns indicadores estatísticos de saúde 9

2.2. A Reorganização do Sistema Formal de Saúde em São Tomé e Príncipe 11

Capítulo 2 14

Conhecimento científico, outros tipos de saber: síntese do estado da arte 14

2. Medicina convencional e Medicina tradicional 15

3. "Medicina Tradicional" e Modernidade 18

Capítulo 3 22

A *Medicina Tradicional* em São Tomé e Príncipe e os seus "profissionais" 22

1. O que é afinal a *Medicina Tradicional* em São Tomé e Príncipe? 22

2. Os médicos tradicionais 24

Capítulo 4 26

Como problematizar teoricamente as "profissões informais"? 26

1. Discussão Teórica sobre a abordagem sociológica das Profissões 27

2. A especificidade do campo da saúde 30

Capítulo 5 35

Os médicos tradicionais: estratégias de profissionalização, natureza, construção e reconhecimento dos saberes 35

1. A Associação profissional e a luta pelo seu reconhecimento institucional 35

2. Construção de saberes dos médicos tradicionais: percurso formativo e processo de aprendizagem 37

3. Reconhecimento social dos médicos tradicionais: práticas e eficácia das terapias 38

CONCLUSÃO 42

Bibliografia 45

Outras Fontes 47

ANEXOS I

Anexo 1. Procedimentos Metodológicos I

Anexo 2. Perfil dos médicos tradicionais IV

Anexo 3. Guião da Entrevista dirigida aos Médicos Tradicionais e adaptado aos Médicos Convencionais V

Anexo 4. Guião de entrevista dirigida aos utentes VI

Anexo 5. Curriculum Vitae VII

INDICE DE QUADROS

Gráfico 1: Estrutura do Sistema Formal de Saúde em São Tomé e Príncipe 12

Quadro 1: Distinção entre o conhecimento científico e conhecimento tradicional 17

Figura 1: Diagrama das especialidades " profissionais" e saberes específicos do sistema semi-formal de saúde 25

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
RDSTP	Republica Democrática de São Tomé e Príncipe
STP	São Tomé e Príncipe
AMTSTP	Associação dos Médicos Tradicionais de São Tomé e Príncipe
INE- STP	Instituto Nacional de Estatística de São Tomé e Príncipe
PAE	Programa de Ajustamento Estrutural
WHO	World Health Organization
IMVF	Instituto Marquês de Valle Flôr
IPAD	Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSI	Sistema de Saúde Institucional
ONG	Organização Não Governamental

INTRODUÇÃO

Esta tese tem como tema geral o Sistema de Saúde em S. Tomé e Príncipe. O interesse por esta temática nasceu das discussões sobre a problemática da saúde, o desenvolvimento dos cuidados de saúde e a melhoria da qualidade de vida das populações - a que não é alheio o aumento da esperança média de vida das populações nos países desenvolvidos -, e a sua intrínseca articulação com o desenvolvimento científico e tecnológico em diversas áreas disciplinares.

Estes desenvolvimentos em C&T confluem para melhorar, a um nível sem precedentes, os cuidados de saúde às populações, seja no domínio da prevenção, do diagnóstico ou da cura. Com efeito, os meios de diagnóstico diversificaram-se a grande velocidade nas últimas três décadas, o seu grau de sofisticação tecnológico permite visualizar, estudar e compreender melhor tanto os mecanismos de funcionamento do corpo humano, como o da (s) doença (s); o conhecimento científico de investigadores, médicos e enfermeiros transformou-se substancialmente, assim como a organização do trabalho em equipas multidisciplinares envolvendo outros técnicos. Todas estas transformações, a que se junta a emergência de novas gerações de medicamentos que incorporam tanto os avanços técnico-científicos da química como do paradigma emergente da biotecnologia, têm permitido uma transformação substancial na melhoria dos cuidados de saúde nas populações.

É certo que os desenvolvimentos científicos e tecnológicos na área da saúde não se distribuem igualmente pelos países e pelas populações, dados os custos adicionais que acarretam para os Sistemas Nacionais de Saúde, estando este problema na origem das tensões políticas que existem acerca dos deficits crescentes dos orçamentos para a saúde, embora este problema raramente seja mencionado e o debate político se centre quase exclusivamente nos problemas de gestão do sistema e no afluxo crescente de utentes, dado o aumento da esperança média de vida. Mas a verdade é que para além destes dois aspetos, os custos da saúde aumentam também (e talvez sobretudo) porque a incorporação das descobertas científicas e avanços tecnológicos nos equipamentos, nos

medicamentos e na formação avançada de pessoal qualificado têm custos muito elevados e acelerou consideravelmente nas últimas décadas.

Ora, esta reflexão aplicada ao contexto de um país africano sub-desenvolvido e pobre, como é o caso da República Democrática de São Tomé e Príncipe, levanta um conjunto de questões de ordem muito variada que obrigam a formular o problema de maneira completamente diferente, dada a ausência de um sistema de C&T nestes países, os constrangimentos que se colocam à importação de tecnologias e à ausência de recursos humanos qualificados que tornassem possível a utilização dessas tecnologias.

Neste contexto, as perguntas gerais que começaram por orientar este trabalho são as seguintes: como podemos então caracterizar o sistema de cuidados de saúde em S. Tomé e Príncipe? Em que medida faz sentido mobilizar para a análise a discussão sobre desenvolvimento de C&T, o seu impacte nas tecnologias de saúde e a assistência às populações?

A procura de resposta a estas perguntas, cujos resultados constituem a primeira parte deste trabalho, levou-nos á definição de um objeto de investigação mais restrito: a análise do que designamos como sub-*sistema semi-formal de saúde* e que se refere ao que localmente é designada como " medicina tradicional". Este sub-sistema ocupa um lugar central nos cuidados de saúde em São Tomé.

O trabalho encontra-se estruturado em 5 capítulos. Assim, no primeiro capitulo, apresentamos uma descrição do "sistema de saúde convencional" do país, da sua reorganização e ainda alguns indicadores estatísticos de saúde. Este primeiro capítulo do trabalho, de natureza descritiva, permitiu-nos formular um "problema de investigação" que não estava, de todo, previsto quando iniciámos o nosso trabalho.

É que, como se verá à frente, ao invés da incorporação dos avanços da C&T nas práticas de cuidados de saúde, o que verificámos é que prevalecem com uma dimensão assinalável práticas de cuidados de saúde com base em saberes leigos, acumulados ao longo de séculos, adquiridos pela experiência e transmitidos de geração em geração. Estas práticas coexistem com as da medicina convencional e complementam-na, cobrindo grande parte do território onde a medicina convencional ainda não chegou.

Nesse sentido, o segundo capítulo do trabalho encontra-se direcionado para a análise deste sub-sistema *semi-formal de saúde*, onde explicaremos as razoes desta designação, bem como a sua dimensão em São Tomé. Aqui fazemos uma síntese do estado da arte relativamente ao reconhecimento e valorização de outras formas de saber, partindo da análise do conhecimento científico. Descrevemos também o sentido atribuído pelos atores locais às "duas medicinas" existentes em São Tomé e Príncipe, digamos assim, para facilidade de linguagem. Apresentamos ainda um ponto de natureza mais teórica sobre a relação da que é chamada localmente como " medicina tradicional" com a modernidade.

O terceiro capítulo retoma o sub-sistema *semi-formal de saúde*, ou Medicina Tradicional, em São Tomé e Príncipe e centra-se na análise dos seus "profissionais", descrevendo a organização interna deste sub-sistema, as áreas de especialização dos saberes e os modos de aquisição. Como veremos, estes *saberes leigos* são altamente especializados e o domínio do saber necessário para cada área de especialização está distribuído por várias "profissões" (chamemos-lhe assim por comodidade de linguagem), organizadas hierarquicamente.

É neste quadro, e como resultado desta análise descritiva, que nos centrámos num destes grupos profissionais, os chamados (localmente) "médicos tradicionais". Esta opção deve-se ao facto de constituírem uma categoria profissional-chave no suporte do sistema que denominámos como *semi-formal* de saúde. O enfoque neste grupo, relativamente ao qual procurámos aprofundar a nossa análise, teve como uma das questões centrais o que denominamos como *estratégias de profissionalização*.

Assim, o quarto capítulo do trabalho é de natureza teórica e tem como enfoque a sociologia das profissões, estando consciente de que a formação não científica do grupo desaconselharia tal desiderato. No entanto, os objetivos deste grupo, o esforço de se constituir um grupo com identidade própria, toda a sua estratégia de afirmação, divulgação e luta pela diferenciação face aos medicos convencionais, assim como a luta pelo reconhecimento institucional do seu saber parecem não ser muito distintas das estratégias de profissionalização dos grupos com formação de base cientifica.

No quinto e último capitulo, esta direcionado a analise das estratégias de profissionalização, a natureza, a construção e reconhecimento dos saberes dos médicos

tradicionais. Aqui começamos por analisar a institucionalização da associação dos mesmos, como um mecanismo de divulgação e a preservação da prática da Medicina tradicional. Aqui analisamos também a construção de saberes destes " profissionais", bem como o reconhecimento social das práticas e a eficácia das terapias por estes levado a cabo.

Capitulo 1:

O Sistema de Saúde em São Tomé e Príncipe

Quando falamos em Sistema de Saúde em Tomé e Príncipe, numa perspetiva ampla, devemos distinguir o Sistema de Saúde no sentido convencional do termo, mas também dois outros sub-sistemas que, a par do primeiro, surgem como fortes suportes de apoio aos cuidados de saúde das populações e a que estas recorrem frequentemente, muitas vezes como primeiro pedido de apoio em detrimento do Sistema Convencional de saúde.

1.Caracterizaçao sumária do Sistema de Saúde em sentido amplo

Com efeito, verifica-se que o Sistema de Saúde em sentido amplo está organizado em três sub-sistemas, digamos assim: o sub-*sistema formal*, o sub-*sistema semi-formal* e o sub-*sistema informal* .

O sub-*sistema formal* corresponde aos serviços de saúde no sentido convencional, que assenta no paradigma da Medicina Cientifica ou Biomedicina. É o sistema oficial do Serviço Nacional de Saúde de São Tomé e Príncipe. Este sub-sistema inclui não só os médicos de vários tipos de especialidades, mas também as profissões paramédicas reconhecidas, tais como os enfermeiros, parteiras e fisioterapeuta, etc.

Existe por outro lado o que designamos neste trabalho como o sub-*sistema semi-formal* (cuja caracterização detalhada será objeto de analise no capítulo 2). A razão por que designamos aqui de *sistema semi-formal*, deve-se ao facto de, as especialidades que compõem este sub-sistema de saúde, se basearem em " profissões" cujos saberes foram adquiridos fora de qualquer sistema formal de ensino e formação, carecem de qualquer diploma de legitimação do saber, usarem de instrumentos de prevenção e cura da doença completamente marginais ao que é convencionalmente aceite pela medicina convencional mas, em simultâneo, são reconhecidos pela população e até, tácticamente, pelos próprios médicos na medicina convencional e, mesmo, pelo Estado, embora isso não seja formalmente assumido. Este sub-sistema caracteriza-se ainda pelo facto de ser

constituído por um conjunto diverso de "profissionais", de ter uma organização profissional interna bem definida, com base nas especializações dos diferentes saberes.

Esta organização interna tem uma lógica hierárquica, semelhante á do *sistema formal*, como veremos.

O *sistema informal* constitui um outro sub-sistema, dominado pela figura do *curandeiro*. O curandeiro embora possua um conjunto de conhecimento informais, sem qualquer tipo formal de legitimação á semelhança do sistema *semi-formal*, mas não usufrui da mesma aceitação tácita nem do Estado, nem dos médicos convencionais e muito menos dos "profissionais" do sistema semi-formal, cuja estratégia de afirmação e de luta pelo seu reconhecimento institucional tem como um dos pilares-base a demarcação face aos curandeiros. Este sub-sistema baseia-se em crenças de natureza esotérica e fundamenta-se no princípio de que a (s) entidade (s) divina (s) enviam ao homem a doença ou a cura, numa lógica de castigo/perdão. O seu conhecimento tem por base este tipo de crenças e a sua prática passa pelo domínio de um conjunto de rituais que visam invocar os poderes divinos, sendo os curandeiros e os instrumentos de cura que usam considerados como uma espécie de mediadores entre o divino e o terreno. Estes rituais praticados pelos curandeiros, são vistos como uma espécie de serviço que se presta á comunidade e, nesta lógica, são pagos tanto as "consultas", como os materiais usados nos rituais praticados pelo curandeiro, como nos rituais ensinados aos doentes para praticarem em casa. Valverde (2000), que estudou aprofundadamente este fenómeno, refere que estas praticas são publicamente consideradas comos transgressões imorais e anti-religiosas, mas sobretudo como crimes económicos.

Helman (1994) refere que a Medicina contemporânea vê os curandeiros populares como charlatães ou " médicos feiticeiros" e considera-os como um perigo para a saúde do paciente. Esta é a mesma perceção que existe em certos sectores da sociedade são-tomense, mas as populações continuam a recorrer aos serviços dos curandeiros, frequentemente quando os problemas não foram resolvidos no sistema forma, nem no sistema semi-formal.

2. O sub-sistema formal de saúde em STP

Os cuidados de saúde na maior parte da Africa Subsariana continuam a ser os piores do mundo. Apesar de décadas de assistência externa, poucos países na região conseguem gastar os USD 34 a USD 40 por pessoa ao ano, valor que a Organização Mundial da Saúde (2001) considera ser mínimo necessário para a prestação de cuidados básicos de saúde a população. No caso da República Democrática São Tomé e Príncipe (RDSTP), a realidade não tem sido diferente.

A saúde em São Tomé e Príncipe (STP) enfrenta sérios problemas de natureza estrutural, agravados por um contexto de pobreza generalizada, carência de estruturas básicas de saneamento e água potável. O mesmo sistema replica ao seu nível e nas diversas instâncias a carência de recursos humanos com competências de gestão, as deficiências de governabilidade politica, que determina a mudança frequente dos governos e ministros, e acaba por agravar a situação, impossibilitando a constituição de um património de memória do sistema que impeça a repetição de erros (Freitas, at.al. 2010).

Após a independência em 1975, o sistema de saúde de STP sofreu algumas alterações. Se por um lado manteve a estrutura sanitária do período colonial, com os hospitais dentro das principais roças, por outro lado institucionalizaram-se serviços de saúde pública de natureza preventiva, assegurada pelo Estado a nível dos distritos (Cardoso, 2007).

Contudo, esta organização do sistema de saúde viria a revelar-se bastante frágil. No início da década de 90 com a segunda Republica[1], iniciou-se o processo de privatização das unidades produtivas agrícolas. Ao mesmo tempo verificou-se uma compressão das despesas sociais em resultado da aplicação do Programa de Ajustamento Estrutural (PAE). Este programa teve início em 1987, com um primeiro apoio financeiro de 17 milhões de dólares do Banco Mundial com vista á reabilitação do cacauzal, á diversificação da produção agrícola e a manutenção da floresta.

Este programa tinha os seguintes objetivos:

[1] A primeira república abrange o período do monopartidarismo, entre 1975 e 1991. A segunda república inicia-se em 1991 e mantem-se até á atualidade.

- ✓ A estabilização macroeconómica;
- ✓ A realização de reformas estruturais;
- ✓ A melhoria da gestão do sector público;
- ✓ A reforma do sistema financeiro;
- ✓ A proteção aos grupos sociais mais vulneráveis ao impacto do PAE.

Assim, em 1998 iniciou-se um processo de Reforma do sector de saúde.

Esta reforma teve os seus princípios orientadores em políticas consubstanciadas no Programa de *Politica Nacional de Saúde, 1999,* na *Carta Sanitária de 2000* e o *Plano de Desenvolvimento Sanitário*.

Mas, alguns fatores têm no entanto condicionado o processo de reforma, no seu todo. Salienta-se a descontinuidade governativa, a falta de revisão e de adequação da legislação, a ausência de um sistema de informação de gestão, bem como a falta de recursos humanos qualificado.

São Tomé e Príncipe não dispõe de um sistema de informação e vigilância sanitária, apesar da reforma do sector da saúde e dos documentos que a suportam. A informação de saúde aparece dispersa, é de má qualidade e não universal; diz respeito apenas aos programas que têm os seus próprios mecanismos de recolha de informação. Por tudo isso, a análise de alguns indicadores que a seguir são apresentados, deverão ser feitas com as devidas cautelas.

2.1. Alguns indicadores estatísticos de saúde

A taxa de mortalidade infantil no arquipélago é de 53% (OMS, 2010). O paludismo foi durante muito tempo a primeira causa da mortalidade, mas face aos esforços conjuntos entre São Tome e Príncipe e a Republica de Taiwan, através do plano estratégico adotado para o período de 2001- 2010, tem-se verificado reduções na ordem de 90% dos casos (de 43.488 em 2000 para 3.306 em 2007), e igualmente uma queda em 98% das mortes por paludismo (254 em 2000 para 3 em 2007), deixando assim de ser a primeira causa mortalidade do país (OMS, 2009). Contudo, informações recentes publicadas no Jornal Telá Non (2012), indicam que ao invés da tendência de redução que vinha sendo verificada, o paludismo dá sinais de voltar a crescer, passando assim de seis mil casos no primeiro trimestre de 2010 para o dobro de casos no mesmo intervalo de tempo para o ano de 2011.

A tuberculose, a transmissão do VIH/ SIDA, as doenças intestinais provocadoras de diarreia, as doenças respiratórias agudas e as avitaminoses são as principais doenças no arquipélago (WHO, 2007b).

No que diz respeito aos medicamentos, em são STP não existe uma Politica Nacional do Medicamento, nem um mercado de medicamentos, no sentido convencional do termo. Consequentemente também não existem as instituições de regulação dos mercados e de garantia de qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos como nos países ocidentais (WHO UNICEF, 2009).

Assim a distribuição de medicamentos assenta em três importadores grossistas, 7 farmácias e 39 depósitos[2] (WHO, 2007 a).

Refira-se ainda que cerca de 90% das despesas do sistema formal de saúde, são suportadas por financiamento externo (Ministério de Saúde e Desporto, 2000).

Em termos de políticas de saúde, tem se verificado nos últimos anos uma ação de cooperação Portuguesa através do projeto " Saúde para Todos" desenvolvido pela ONG Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF), com o apoio do Instituto Português de Apoio

[2] Locais onde são armazenados os medicamentos antes da sua distribuição pelo país.

ao Desenvolvimento (IPAD) e da Fundação Calouste Gulbenkian, desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde.

O projeto " Saúde para Todos" tem como objetivo a melhoria da qualidade e promoção da sustentabilidade dos cuidados preventivos e primários de saúde em São Tome e Príncipe. Para o efeito, atua na área dos cuidados preventivos e primários de saúde, contemplando também as vertentes de formação e capacitação dos técnicos e pessoal administrativo, reforço institucional, infraestruturas, abastecimento de água e saneamento, bem como ações de informação e educação para a saúde, com a cobertura de 80% da população do país.

2.2. A Reorganização do Sistema Formal de Saúde em São Tomé e Príncipe

Com base na *Carta sanitária* de 2000 o sistema de saúde foi reorganizado tendo como base *o nível distrital,* coincidente com a divisão territorial administrativa e centrado nos Cuidados de Saúde Primários e o *nível central*, de âmbito nacional, centrado nos cuidados secundários assegurados pelo Hospital Dr. Ayres de Menezes.

O Ministério de Saúde é a entidade política responsável pela implementação das políticas de saúde. O Hospital Dr. Ayres de Menezes, em São Tomé, é um hospital de referência no que diz respeito aos cuidados médicos gerais e especializados, ao mesmo tempo garante as hospitalizações dos doentes quando necessário. Existe ainda o Hospital Dr. Manuel Quaresma Dias da Graça, na ilha do Príncipe, sendo a única estrutura de saúde naquela ilha. Este hospital presta serviços de medicina interna, pediatria e maternidade, havendo também possibilidade de prestar alguns cuidados de cirurgia (Freitas, at.al, 2010).

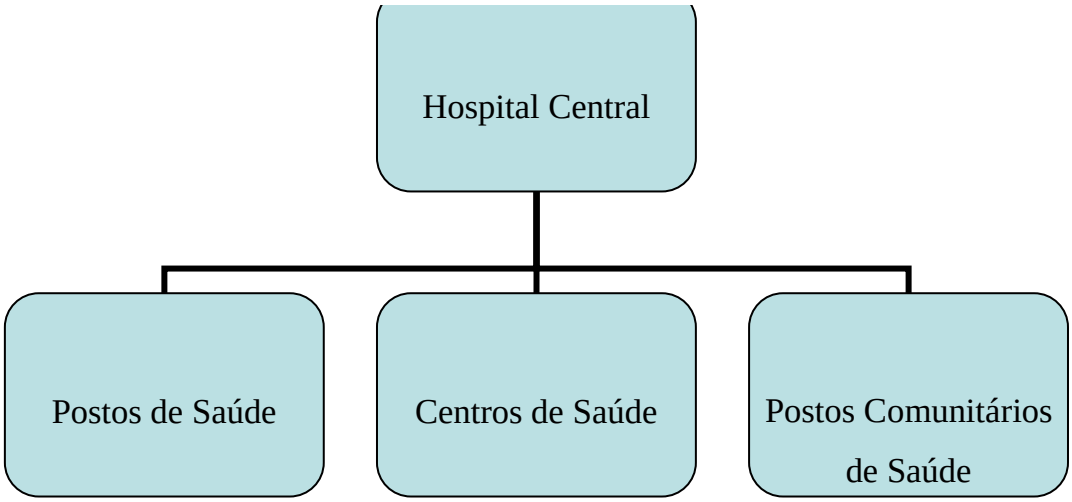
A nível distrital o sistema de saúde em São Tomé e Príncipe esta organizado em três tipos de unidade de cuidados distintas: *Centros de Saúde, Postos de Saúde* e *Postos de Saúde Comunitário.*

Os *Centros de Saúde* constituem a estrutura fundamental do sistema de saúde e estão localizados na sede dos distritos. Estão vocacionados para prestar cuidados integrados de atenção primária e dispõem de equipas de saúde constituídas por um médico clinico geral, um enfermeiro, um técnico de farmácia, um técnico de epidemiologia, um técnico social e pessoal auxiliar (Ministério de Saúde e Desporto, 2001: 15).

Os *Postos de Saúde* são definidos na Politica Nacional de Saúde como instituições de saúde do nível de atenção primária, considerados extensões dos centros de saúde, dotados de uma equipa residente com, obrigatoriamente, um enfermeiro geral com responsabilidade para atender uma determinada população, quer pela equipa residente quer pela equipa do centro de saúde que ai se desloca com a periodicidade necessária e regular, em função das exigências (Ministério de Saúde e Desporto, 2001: 15).

Os *Postos de saúde Comunitários*, têm como vocação servir aglomerados até 1000 habitantes. As suas funções são as de atendimento e triagem de situações agudas, realização de curativos, aconselhamento e prevenção, nomeadamente em relação aos doentes crónicos, á vacinação, educação nutricional e sanitária e saúde reprodutiva. Previa-se ainda a sua ligação as parteiras tradicionais e a socorristas, dado a fragilidade da formação e competências nestas áreas do único técnico de saúde que assegurava o funcionamento destas unidades. Estes postos têm vindo a ficar inoperacionais ou desertos por falta desses técnicos (Cardoso, 2007: 296).

Gráfico 1: Estrutura do Sistema Formal de Saúde em São Tomé e Príncipe



Fonte: Elaboração Própria

São Tomé e Príncipe dispõe de uma estrutura de Serviço Nacional de Saúde que teoricamente cobre todo o território nacional, como se referiu. Contudo, a maior parte das suas unidades funciona em condições muito precárias, devido á má qualidade das instalações, falta de equipamentos essenciais e de medicamentos, carência de recursos humanos com as competências essenciais ao desempenho das suas funções. Com

alguma frequência há jovens que emigram para obter formação no estrangeiro, tendo-se verificado que muitos deles acabam por ficar no país da formação (Cardoso, 2007).

Capítulo 2

Conhecimento científico, outros tipos de saber: síntese do estado da arte

1. O conceito de *medicina tradicional*

A abordagem sobre a medicina tradicional, que é o ponto central deste trabalho, é uma questão de difícil delimitação, dado o vasto leque de posturas e a diversidade de interpretação do conceito que está intrinsecamente associado á cultura que caracteriza os diferentes tipos de sociedade. De facto, a noção da medicina tradicional descrita nas diversas regiões do globo, não parece traduzir a mesma realidade entre todos aqueles que a usam (Rwangabo, 1993).

Na realidade africana, sobretudo nas partes subsarianas, a medicina tradicional está imbuída na cultura local e nas crenças religiosas, consubstanciando-se nas práticas na vida quotidiana e nos costumes dos diferentes povos que habitam nesta parte do continente.

Na literatura internacional relativa às sociedades ocidentais são usados preferencialmente os termos de "medicinas complementares", "medicinas não ortodoxas" (Sharma, 1992), medicinas alternativas e ainda em " medicinas paralelas" (Pereira, 1993).

Por sua vez, a organização mundial de saúde (OMS), define a "medicina tradicional" como todas as formas de cuidados de saúde que circunscrevem fora do sector oficial de saúde, podendo englobar grande variedade de terapias e praticas.

Meneses (2000) argumenta que a medicina tradicional envolve em si, um conjunto diversificado de práticas terapêuticas e esta inserido na ordem social resultante do processo de colonização do próprio saber, ou seja, associa-se a medicina tradicional ao saber local.

No contexto santomense, a medicina tradicional assente na etnobotânica faz parte da identidade cultural do país e é aberto e disseminado em largos sectores da população (Valverde, 2000).

Quase todos os praticantes da medicina tradicional, segundo o autor, possuem um conhecimento prático razoável sobre a etnobotânica e sobre a composição dos chamados *remédios de mato*, sendo que este conhecimento faz parte da cultura santomense (Valverde, 2000:64).

Localmente, em STP, fala-se em medicina tradicional, medicina caseira, conhecimento de mato, como um conhecimento empírico da diversidade das plantas existentes no território, e dos seus efeitos na saúde humana.

2. Medicina convencional e Medicina tradicional

Este tema da Medicina Tradicional Vs. Medicina Convencional, pode enquadrar-se na discussão teórica sobre a relativização do conhecimento científico no sentido em que é apenas um modo de conhecimento entre outros, como defende (Madureira Pinto,1994), e ainda a problemática relativa ao reconhecimento de outras formas de saber, que não é o "saber formal", aqui designado como conhecimento tradicional (Grenier, 1998).

De facto, existem algumas dificuldades quando procuramos relacionar direta ou indiretamente os dois tipos de conhecimento. Segundo Grenier (1998) o saber tradicional corresponde a um tipo de conhecimento de nível subordinado ao sistema de conhecimento dominante, embora apareçam similaridades entre as duas categorias, mas também diferenças entre as mesmas.

Agraval (1996) citado por Grenier (1998), entende que a diferença fundamental entre o conhecimento científico e o conhecimento tradicional situa-se na dinâmica do poder, e que não sãos os titulares do conhecimento tradicional que possuem esse poder capaz de marginalizar outros tipos de conhecimento.

Nesta mesma linha de análise, Giddens (2002), salienta que a diferença nas conexões entre o conhecimento técnico e o conhecimento leigo, quando comparamos sistemas pré- modernos e modernos, diz respeito a acessibilidade das habilidades e informações

especializadas para os autores. O conhecimento especializado nas culturas pré-modernas tende a depender de procedimentos e formas simbólicas que resistem á codificação explícita ou, quando tal conhecimento é codificado, não se torna disponível para os indivíduos porque a alfabetização é monopólio zelosamente guardado por poucos (Giddens, 2002, p:34).

Diferente destas ideias Rosa (2011) mostra-nos que as relações entre o conhecimento científico – feito de racionalidade linear – e o conhecimento leigo – feito de racionalidades plurais – são relações de competição pelo poder de controlar versus expressar as emoções e a subjetividade cultural. Por outro lado, a autora salienta que, essa competição está marcada pela desigualdade do estatuto conferido ao conhecimento leigo pelas hierarquias de poder instituídas, que o relegam para a classificação discriminatória de crença, superstição ou ignorância, fazendo com que os mesmos tenham vivido numa semiclandestinidade que contribui para o silêncio acrescido sobre o recurso que a eles se faz.

Um bom exemplo desta situação são os curandeiros em São Tomé e Príncipe.

Contudo, o mesmo não se verifica com os " médicos tradicionais". Com efeito, embora não estejam integrados no sistema de saúde, não só não atuam na clandestinidade como reivindicam a institucionalização da sua atividade profissional.

> *" A minha visão é a visão pelo que vejo, é de valer, é de louvar, mas sem tradicional, convencional não arranca. Há diferença. Tem que haver uma relação entre a medicina tradicional e convencional e que essa relação seja bem fechada, até dever é ter uma clinica no hospital, ligado a saúde. Embora somos muitos membros, mas a gente escolhe 3 ou 4 membros capacitados, porque a prática vale muito. Arranjamos uma clinica, só que é difícil. Um quarto do hospital, dão-nos um quarto (...) o secretário- geral uma chave, o presidente uma chave, secretário adjunto uma chave é 3 chaves, hora marcada, a gente esta sempre la com coisa, (...) pronto" (*Entrev.1, 51 anos, Medico Tradicional).

Granier (1998), confrontado do que designou como " conhecimento indígena", estabeleceu um conjunto de dimensões possíveis de diferenciar os dois tipos de conhecimento (Quadro 1).

Quadro 1: Distinção entre o conhecimento científico e conhecimento tradicional

Área de Comparação	**Conhecimento Tradicional**	**Conhecimento Cientifico**
Relação	Subordinado	Dominante
Domínio de Pensamento	Intuitivo e Holístico Mente e a Matéria considerados indissociáveis	Analítico e Reducionista Mente reduzido a Matéria
Comunicação	Oral, contos, cânticos, dança Subjetivo	Alfabetização Objetivo
Instrução	Aprendizagem através de observação ou experiencia	Ensinado e aprendido em situações fora do contexto de aplicação
Eficácia	Lenta Inconclusiva	Rápida Conclusiva
Base de Dado	Observação pessoal, teste e erro, e síntese de atos	Experimentação e acumulo sistemático; deliberado dos factos
Tipo de dados	Qualitativo	Quantitativo
Explicação	Espiritual x Moral	Hipóteses, Leis
Classificação	Ecológico	Genérico e Hierárquico

Fonte: Wolfe et al. (1992) and Berkes (1993), citados em Grenier (1998)

Embora possa perceber a existência de inúmeras diferenças entre os dois tipos de conhecimento, " existe uma continuidade entre o pensamento científico e o senso comum" (Alves, 1987 citado por Araújo, 2006:135). De tal forma, argumenta o autor, a ciência não deve ser vista como uma forma de conhecimento completamente distante do fazer humano, dotado de autoridade inquestionável.

3. "Medicina Tradicional" e Modernidade

Depois de um longo período em que, de uma forma geral, os discursos de modernidade desqualificavam e excluíam os sistemas tradicionais de saúde, assistimos, desde os anos 1980´, a novos tipos de discursos que toleram ou mesmo valorizam os sistemas de saúde tradicionais em muitos países do mundo (Fialho, 2003).

Nesta conjuntura a abordagem sobre a medicina tradicional não pode ser dissociada aos fenómenos mais abrangentes em curso nas sociedades modernas.

A filosofia moderna representou a ciência como saber racional, objetivo e neutro sobre as leis da natureza. Do mundo da ciência estariam ausentes quer a ignorância, quer a emoção que caracterizaria as paixões terrenas (Gonçalves, 2000, p:1)

Este modelo racional adquirido pela ciência é denominado por Boaventura de Sosa Santos (2002) como sendo o paradigma da modernidade, que emergido no ocidente nos séculos XVI e XVII. Ainda que com alguns prenúncios do século XVIII, salienta o autor, é só no século XIX é que se verifica a verifica a extensão deste modelo. A partir dai então, pode falar-se de um modelo global de racionalidade científica que admite variedade interna mas que se distingue e defende, por via de fronteiras ostensivas e ostensivamente policiadas, de duas formas de conhecimento não cientifico potencialmente perturbadoras e intrusas: o senso comum e as chamadas humanidades.

Sendo um modelo global, a nova racionalidade científica é também um modelo totalitário, na medida em que nega o caracter racional a todas a formas de conhecimento que se não pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas (Santos, 2002)

Mas nas últimas décadas, tem emergido fortes debates no tocante ao novo estado do paradigma científico com crescentes criticas e suspeições relativas aos riscos e o benefício da ciência e situando a problemática entre o conhecimento científico e o conhecimento leigo (Bourdieu 2001 e Berthelot 2000; Nunes 2002 citado por Rosa, 2011: 2).

No campo da medicina afirmaram-se no espaço publico vários tipos de organização de leigos[3]: a) certos grupos questionam a racionalidade médica a partir do interior do paradigma médico e orientando-se para paradigmas alternativos (Rosa, 2011), b) outros grupos que clamam por uma complementaridade entre medicina convencional e grupos leigos, incluindo os próprios utentes (V. Rabeharisoa et M. Callon, 1999).

A este respeito Giddens (2002) afirma que na modernidade as certezas da tradição e do hábito da ordem tradicional não foram substituídas pela certeza do conhecimento racional. " A dúvida – uma característica prevalecente da razão crítica moderna -, permeia a vida de todos os dias tanto quanto a consciência filosófica e cria uma dimensão existencial geral no mundo social contemporâneo. A modernidade institucionaliza o princípio da dúvida radical e insiste em que todo o conhecimento toma a forma de hipóteses: alegações que podem muito bem ser verdade, mas que em principio estão sempre abertas á revisão e podem ter de ser abandonadas em determinado ponto" (Giddens, 2002: 10).

O autor entende que, os sistemas de conhecimento acumulado – importantes influências de desencaixe – representam múltiplas fontes de autoridade, muitas vezes contestadas internamente e divergentes em suas implicações (Giddens, 2002:7). Na vida social moderna, a noção de estilo de vida assume um significado particular. Quanto mais a tradição perde seu domínio, e quanto mais a vida diária é reconstituída em termos do jogo dialético entre o local e o global, tanto mais os indivíduos são forçados a escolher um estilo de vida a partir de uma diversidade de opções (idem, p.9).

Um exemplo disto são as escolhas que se estabelecem no campo da saúde. O individuo no seu ato de busca de soluções para uma doença, depara-se não apenas com dois sistemas de saúde – convencional e o tradicional – mas também com grandes

[3] Para uma discussão teórica em torno deste conceito, ver Teresa Duarte (2011)

divergências de filosofias, métodos, terapias e opiniões dentro de cada sistema, bem como recorrer as inúmeras publicações técnicas ou não- técnicas sobre a matéria. Assim, a opção por uma determinada medicina não será uma simples opção comportamental, mas algo que se inscreve num conjunto de escolhas que marcam o estilo de vida (Giddens, 2002:132).

Por sua vez, segundo o autor, a confiança tem sido um dos elementos fundamentais na modernidade. Giddens enfatiza de que: "as naturezas das instituições modernas encontram-se ligadas ao mecanismo da confiança nos sistemas abstratos, especialmente á confiança nos sistemas periciais" (Giddens, 1992).

Estes sistemas abstratos modernos, têm por base a especialização. O saber incorporado nas formas de conhecimento pericial está em princípio, á disposição de qualquer um, bastando possuir recursos, tempo e energia disponíveis para o adquirir.

A modernidade confronta o individuo com uma diversidade de escolhas não acessíveis da mesma forma todos, e não apresentando certezas absolutas, fornece-lhe poucas ajudas sobre quais as opções a serem tomadas.

Giddens (2002), entende que nas condições da modernidade, as pessoas vivem em ambientes artificiais num duplo sentido. Por um lado a vasta maioria da população habita em ambiente construído, estando a natureza apenas representada sobre forma de campo ou mundo selvagem. Por outro lado, a natureza deixa literalmente de existir dado que os eventos de ocorrência natural são incorporados cada vez mais em sistemas determinados por influências socializadas.

Por conseguinte, verifica-se o que o autor denomina do " fim da natureza", que no seu entender significa que o mundo natural se tornou, em grande medida, num " ambiente criado", consistindo em sistemas humanamente estruturados, cuja dinâmica e energia motivadora derivam de reivindicações de conhecimento socialmente organizadas, mais do que de influências exógenas á atividade humana (Giddens, 2002: 135).

Neste desenrolar de questões, cada vez mais a preocupação com os problemas ecológicos fazem-se sentir, derivado em parte do reconhecimento de que a reversão da degradação do ambiente depende da adopçao de novos estilos de vida, uma vez que

grande parte dos danos ecológicos resulta precisamente dos modos de vida seguidos (Giddens, 2002:204).

Decerto, neste contexto atual, é, pois, possível pensar e organizar as instituições, incluindo as relativas á saúde, tanto nos países do Norte como do Sul, a partir doutros paradigmas do conhecimento. Por essa razão coexistem em STP dois sistemas de cuidado a doença [grifo meu], um dito «tradicional» e o outro convencional ou biomedicina. O primeiro reclama-se de uma legitimidade que assenta na sua simbólica, social e físico-química, o segundo reclama- se de uma legitimidade científica experimentado da físico-química, do orgânico (Fialho, 2003).

Capítulo 3

A *Medicina Tradicional* em São Tomé e Príncipe e os seus "profissionais"

1. O que é afinal a *Medicina Tradicional* em São Tomé e Príncipe?

O *sistema semi-formal* de saúde desempenha um papel fundamental nos cuidados de saúde em São Tomé e Príncipe.

Tal como se referiu anteriormente, este sub-sistema, designado localmente como Medicina Tradicional, serve efetivamente uma boa parte da população que a ele recorre frequentemente em primeiro lugar quando necessita de assistência na doença. É constituído *por* áreas de especialidade, tal como na medicina convencional, e obedece a uma estrutura organizacional hierárquica e relativamente complexa. Estas áreas de especialidade têm como suporte " profissões" – expressão que usaremos para facilidade de comunicação – cujo saberes foram adquiridos fora de qualquer sistema formal de ensino e formação e não estão legitimadas por qualquer diploma ou instrumento equivalente. Estes " profissionais" usam de instrumentos de prevenção e cura de doença completamente marginais ao que é convencionalmente aceite pela medicina convencional, baseando- se fundamentalmente no uso de folhas, raízes e cascas de plantas (Valverde, 2000).

O que é sociologicamente interessante é que estes saberes são reconhecidos e validados, digamos assim, pela população, e é dessa forma que adquirem uma certa legitimação:

> *" Eu tomo casca de raízes que eu tenho aqui em casa. Já faz tempo que tenho essa coisa aqui desde uma vez que o paludismo queria matar-me, que eu fui para hospital, mas não vi cura. Então eu fui ter com um senhor que gente indicou-me e ele, deu-me banho de folha, fez coisas com casca e deu-me e mandou-me levar essa garrafa de casca" (*Judite, 40 anos, paciente).

"*Fazia um tempo que eu queria ter um filho e não conseguia. Eu fui para hospital, mas não acharam solução para mim. Um dia eu conheci alguém que tinha o mesmo problema e me indicou o senhor que vendia um chá de casca. Eu não acreditei muito, mas a minha aflição era maior fez-me ir ter com senhor. Hoje tenho três rapazes. Cada vez que eu queria ter um filho era só ir la colocar a situação. Eu estou aqui agora, como senhor esta a me ver aqui, porque eu estou atras de uma menina"* (Joana, 34 anos, paciente).

Os Médicos tradicionais são também tacitamente aceites pelos próprios médicos e outros profissionais da medicina convencional e, mesmo, pelo Estado, embora isso não seja formalmente assumido. Este sub-sistema caracteriza-se ainda pelo facto de ser constituído por um conjunto diverso de " profissionais", de ter uma organização profissional interna bem definida, com base nas especializações dos diferentes saberes. Esta organização interna tem uma lógica hierárquica, semelhante á do *sistema forma*, como veremos.

Trata-se de um campo leigo, não "oficial", especialmente amplo nas sociedades não ocidentais e não só, onde determinados indivíduos tornam-se especialistas em métodos de cura.

Nesta conjuntura, e de forma a melhor esclarecer a nossa abordagem, no próximo ponto começamos por referir diferentes conceções de medicina tradicional, tal como aparecem na bibliografia, para num momento posterior nos referirmos ao que significa " medicina tradicional" no contexto particular de São Tomé e Príncipe, bem como sobre outros "profissionais" deste sub-sistema.

2. Os médicos tradicionais

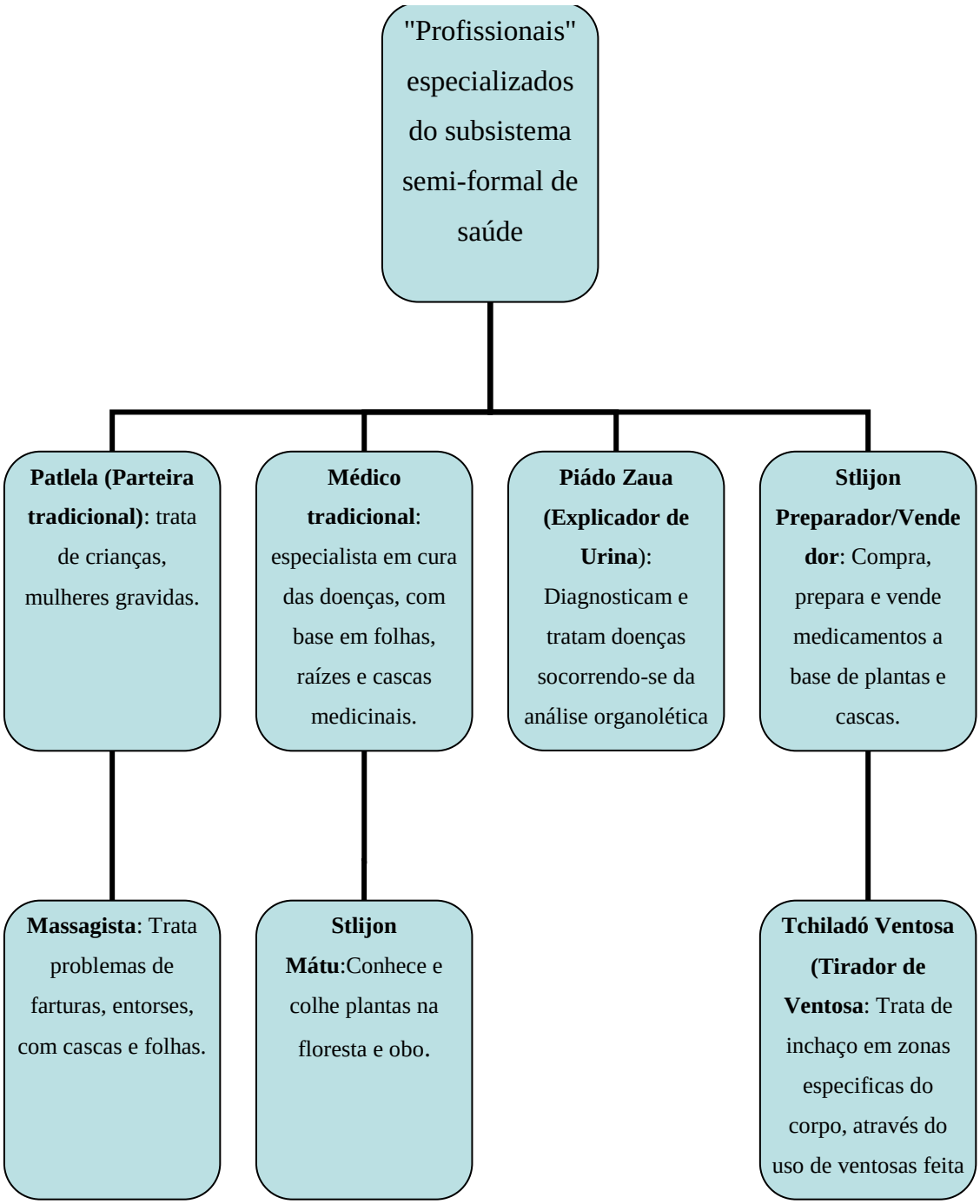
A medicina tradicional em São Tome e Príncipe tem como protagonista no terreno o chamado " médico tradicional", considerado como um " especialista" que atua no campo da medicina tradicional.

Este "especialista" domina saberes de cura, saberes que reportam a um conhecimento aprofundado de um leque muito diversificado de plantas e seus poderes curativos. A complexidade destes saberes refere-se á capacidade de identificação de cada uma das plantas, algumas raras, que se desenvolvem nas florestas de STP. Refere-se ainda ao conhecimento de cada uma dessas plantas de *per si* e suas aplicações para efeitos de cura e prevenção de doenças, já que as raízes, o caule, as folhas e/ou as flores podem ter propriedades curativas diversas e, neste sentido, passiveis de serem aplicadas a sintomas diferentes, consoante os casos. Para além destes saberes, os chamados médicos *tradicionais,* dominam ainda um conhecimento de base empírica dos sintomas das doenças e, portanto, do corpo humano, que lhes permite estabelecer uma relação entre sintoma e uma determinada planta que sabe selecionar de entre um leque muito diversificado de plantas que tem ao seu dispor. Dominam ainda um saber sofisticado das técnicas de recolha, secagem, armazenagem e catalogação de uma enorme diversidade de plantas.

Ao longo do tempo este tipo de saber autonomizou-se tendo dando origem a um outro "grupo profissional" específico, numa lógica de divisão do trabalho nos cuidados de saúde, que tem hoje expressão num leque diversificado de "profissionais" especializados em áreas específicas, como está descrito na Figura 1.

Com efeito, verifica-se uma espécie de pirâmide de especialização na medicina tradicional, com base em grupos que detêm "saberes distintos" e estão organizados hierarquicamente numa lógica de divisão do trabalho, como mostra o diagrama seguinte:

Figura 1: Diagrama das especialidades " profissionais" e saberes específicos do sistema semi-formal de saúde



Fonte: Elaboração Própria.

A formação do *médico tradicional*, assim como dos outros "grupos profissionais" requer muitos anos de aprendizagem que se faz através da experiência no terreno e que é acompanhada e transmitida oralmente pelos mais velhos. É um saber de experiencia feito, que passa de geração para geração, cujo início se perde na memória dos tempos.

Assim, para além do chamado *médico tradicional*, o *sistema semi-formal* santomense funciona com base noutros " grupos profissionais".

Capítulo 4

Como problematizar teoricamente as "profissões informais"?

Como já foi mencionado, os *médicos tradicionais* são assim denominados como sendo "especialistas" que atuam no campo da medicina tradicional. Esta designação é aceite por toda a população, incluindo os médicos convencionais. Esse grupo profissional, se assim se pode dizer para simplificar a linguagem, caracteriza-se enquanto tal, pela luta ativa do seu reconhecimento social e institucional, como descreveremos á frente.

Foi o observar empírico deste dado que nos levou a entrar no debate da sociologia das profissões. Cientes de que não se trata de uma " profissão" no sentido sociológico do termo, procuramos através dessa incursão compreender e dar sentido as práticas sociais de luta pelo reconhecimento do estatuto profissional por parte deste grupo.

Mas em que medida os contributos teóricos da sociologia das profissões nos pode ajudar a compreender esta realidade?

É certo que os pressupostos básicos que definem sociologicamente uma "profissão" não se verificam neste caso, nomeadamente a formação institucional de nível superior, com base científica. No entanto o comportamento coletivo deste grupo permite-nos sustentar

a hipótese de que está em marcha uma estratégia de " profissionalização[4]" em tudo semelhante à de outros grupos que são objeto da sociologia das profissões.

1. Discussão Teórica sobre a abordagem sociológica das Profissões

Segundo Rodrigues (2002), a maioria dos autores que fizeram revisão da literatura no domínio da sociologia das profissões reconhece na história da disciplina dois grandes períodos, sendo um primeiro, anterior a década de 70, dominado pelas perspectivas funcionalistas; e um segundo, após o movimento critica, de emergência de uma pluralidade de paradigmas.

No nosso trabalho levaremos em conta esses dois períodos mencionados pela autora, de forma a situarmos melhor a análise do que se propõe neste capítulo.

Entender o que é profissão bem como os traços que a distinguem das outras ocupações, constitui o elemento principal de preocupação de diversos autores. Mas uma vez resolvido este problema de base, as profissões existentes são identificadas de acordo com as suas características, modo de funcionamento e organização, de modo a investigar em que medida verifica-se a aproximação ou afastamento do modelo (Rodrigues, 2002).

Segundo a abordagem funcionalista, a profissão é o sinonimo de harmonia e de complementaridade social. Durkheim (1995), na sua análise, enfatiza que o grupo profissional possui o papel de organizar as sociedades modernas de forma que seja assegurado a unidade social. Nesta análise do autor, o ponto central é a génese dos grupos profissionais, suas características, uma vez que o papel da socialização de membros e dos valores coletivos de caracter moral, estaria a cabo do próprio grupo profissional.

Em decorrência, o autor salienta que as organizações profissionais são a base para a obtenção do consenso nas sociedades industrializadas, visto que o declínio da ordem

[4] Utilizamos esta terminologia para facilitar a comunicação.

tradicional apenas poderia ser reestabelecida pelos agrupamentos contratados sobre a base ocupacional e constituído como comunidades morais, com interferência na sociedade. Assim, para Durkheim, as profissões são concebidas como um modelo organizacional e funcional, altruísta de uma determinada sociedade.

Parsons (1939), entende que as profissões são orientadas por motivações altruístas e não por razões económicas, e o papel dos profissionais exerce-se na relação com os clientes e é a sua reciprocidade assimétrica (conhecimento/ ignorância) que permite a sua institucionalização (autoridade/ confiança).

Na mesma linha de análise, Merton (1982), considera que as profissões estão enraizadas numa tríade de valores humanos: saber, fazer, ajudar, caracterizadas por um conjunto complexo de valores e normas sob a forma de prescrições, proscrições, preferências e permissões, legitimadas pela institucionalização desses mesmos valores.

O que distingue as profissões, segundo o autor, das mais restantes ocupações é a institucionalização do altruísmo, realizada através do sistema de recompensas, cuja particularidade consiste em fazer coincidir o " dever" com o " ter" – o prestígio, a estima, os rendimentos e a autoridade, distribuídos de acordo com o cumprimento das expectativas normativas associadas ao papel.

Por sua vez, Goode (1957)[5], as profissões constituem comunidades cujos membros partilham uma vida; tem o controlo sobre si e os seus membros, sobre a seleção e admissão de novos membros, bem como sobre a formação requerida, onde a conceção da autonomia é dada pela sociedade em troca da capacidade de controlo; recompensas e prestigio em troca de competência; monopólio através de licenças em troca das melhores prestações ou serviços. Nesta conjuntura segundo o autor, o conhecimento seria a variável central para se alcançar o estatuto de profissão.

Diferente da abordagem funcionalista, na outra abordagem de análise sobre as profissões, o paradigma do poder emerge como forma de explicação das transformações económicas e sociais que influenciam os grupos profissionais (Rodrigues, 2002)

[5] Goode, William(1957), *Community within a community: the Profession,* American Sociological Review, 25(6), citado em Rodrigues(2002).

Dentro desta abordagem, Max Weber é considerado como o " estereótipo". Na sua obra *Économie et Societè*, data de 1971, Weber entende a profissão como um tipo específico de especialização de serviços que são prestados por um grupo ou uma pessoa [no caso dos *Médicos Tradicionais*], cujo produto final é a durabilidade de renumeração e subsistência. O autor enfatiza o processo de profissionalização, salientando que a existência de diversos grupos profissionais detentores do saber e do poder, resultam da divisão do trabalho, onde confrontam-se entre si em busca de monopólio.

Weber (1971) contrapõe a ideia de harmonia da vida social saliente na abordagem funcionalista, dando privilegio ao conflito de interesse de indivíduos inseridos no jogo de poder guiado pela ação racional, objetivando fins.

Neste contexto o poder é visto como o agente mediador da incorporação da divisão social do trabalho existente entre os grupos profissionais. A luta pela constituição e pelo monopólio do mercado de trabalho, são os elementos que distinguem as profissões como grupos profissionais.

Johnson (1972)[6], na sua análise, não muito diferente do Weber, centra-se na questão do poder. Para o autor, as atividades ocupacionais na sua essência ou natureza, são uma consequência geral da divisão do trabalho, e que a emergência, em qualquer sociedade, de saberes ocupacionais especializados na produção de bens ou serviços, cria relações de dependência social e económica e relações de distância social, ou seja, á especialização da produção correspondente a desespecialização dos consumidores.

No seu entender, o profissionalismo é tipo peculiar de controlo ocupacional; não como um tipo de ocupação ou uma expressão da natureza de particulares ocupações, mas um meio de controlo de uma ocupação.

Nesta ótica, segundo o mesmo, o principal recurso ou fundamento do poder profissional resulta da contribuição do grupo profissional para as funções globais do capital, quer dizer, a posição de uma ocupação na divisão do trabalho é função da sua contribuição para as funções globais do capital, á produção de lucro, á realização do capital e á reprodução das relações sociais que asseguram a manutenção do modo de produção

[6] Johnson Terence (1972), *Professions and Power*, Londres, Macmillan, citado em Rodrigues (2002).

capitalista, devendo a explicação do domínio de umas ocupações sobre outras ser procurada nos laços que a unem a classe dominante.

Freidson (1994), com a sua ideia mais consolidada sobre o paradigma do poder, define a profissionalização como um processo pelo qual uma ocupação obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, controlo sobre a formação e o acesso, bem como o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado; identificando desta maneira a profissão com um *princípio ocupacional de organização do trabalho.*

Maria de Lurdes Rodrigues (2002), entende que a análise de Freidson (1994) assenta-se nas vantagens (autonomia e poder sobre o próprio trabalho) conferidas por monopólio do conhecimento (*expertise*) e por *gatekeeping* (*credenciais)*, que são os principais recursos ou fontes do poder profissional, ou seja, os elementos que criam base de grande parte dos poderes profissionais, incluído o mais fundamental deles, que é a capacidade de definir a forma como o trabalho deve ser realizado – este controlo sobre o trabalho, ou autonomia técnica, é o mais amplo e fundamental dos poderes dos profissionais.

2. A especificidade do campo da saúde

As posições ocupadas pelos grupos sócio profissionais na estrutura social bem como as trajetórias por si percorridas que definem o seu estatuto e contribuem param a criação de identidades distintas (Pinto, 1991). Esta capacidade é, em parte, sustentada na produção de um corpo de saberes de natureza técnico- cientifica, constituído em saberes esotéricos, isto é, não acessíveis aos não iniciados, e constituídos em saberes indeterminados, isto é, requerendo um considerável exercício mental de interpretação na sua aplicação. O reconhecimento social deste corpo de saberes fica sujeito á sua credenciação por diploma universitário (Lopes, 2001).

Conforme tem sido referido em muitos estudos (Chauvenet, 1972; Couture, 1988; Carapinheiro, 1993), a dominância médica constitui o traço estrutural dominante da divisão social do trabalho no contexto da saúde, que assegura a este grupo profissional a autoridade de controlar, dirigir e avaliar o trabalho dos outros grupos socioprofissionais

que se articulam com o seu campo de atividade, através do uso de prerrogativas de poder centralizadas na noção do ato médico. Esta noção estabelece como princípio de divisão de tarefas entre as diferentes categorias profissionais, o pressuposto segundo o qual os atos médicos executados por outros, não médicos, só o podem ser por delegação, sob o controlo e a responsabilidade de uma autoridade medica e cria bases jurídicas que legitimam o monopólio deste grupo profissional sob a área da saúde.

Graça Carapinheiro (1993), argumenta que a posição na divisão social do trabalho dos grupos sócio – profissionais da área da saúde, não médicos, é por sua vez, marcada por uma situação de subordinação e dependência em relação a profissão médica, sendo que «a natureza do trabalho destas categorias profissionais é definida a partir da natureza do trabalho médico e a posição funcional das suas tarefas determina-se a partir da centralidade das tarefas médicas» (Carapinheiros, 1993). Com base em Stelling e Burcher, a autora afirma que, de todas as categorias profissionais envolvidas no complexo sistema de divisão do trabalho no domínio de saúde, a única verdadeiramente autónoma é a profissão medica, dada a sua autonomia (idem: 50).

Como profissão dominante, detém uma posição estrutural na divisão do trabalho no campo da saúde diferente de qualquer outro grupo profissional, refletindo a existência de uma hierarquia de competência institucionalizada (Carapinheiro, 1993).

Turner (1987)[7] , cuja abordagem se insere dentro do modelo do poder das profissões, diz que a dominação médica desenvolve-se através de um conjunto de estratégias para o controlo da situação do trabalho, para a institucionalização da autonomia profissional e para a ocupação de uma situação de soberania sobre as categorias profissionais que estão na sua orbita.

Em síntese aos paradigmas funcionalista e interacionista, Wilensky (1964)[8], define a profissão como uma ocupação que exerce autoridade e jurisdição exclusiva sobre uma área de atividade e de formação ou conhecimento, cujos critérios de distinção são: (i) o

[7] B. Turner (1987), Medical Power and Social Knowledge, Londres, Sage Publications, citado em Carapinheiro (1993).

[8] Wilensky, Harold (1964), *The Profissionalisation of everyone?* American Journal of Sociology, 70, citado em Rodrigues (2002).

trabalho técnico – baseado no conhecimento sistemático ou em doutrina; (ii) a adesão às normas do profissionalismo.

Na tentativa de definir o conceito de profissionalização, o autor analisa os processos de evolução, das etapas por que passaram dezoito ocupações que conseguiram adquirir o estatuto de profissão, tendo o mesmo verificado a existência regular de uma sequência de etapas: 1) passagem de atividade amadora a ocupação a tempo inteiro; 2) estabelecimento de controlo sobre a formação; 3) criação de associação profissional; 4) proteção legal; 5) definição de código de ética.

Neste quadro, o conceito de processo de profissionalização pode ser definido como, " o meio pelo qual uma ocupação procura e adquire um número significativo de atributos do modelo profissional" (Rodrigues, 2002) de que salientam a existência de um corpo sistemático de teoria, de formação específica, de uma ideologia, de monopólio sobre o seu campo de trabalho, de autonomia, de associações profissionais e de regras de conduta codificadas.

É importante reconhecer que nem todas as profissões são igualmente vulneráveis á pressão da opinião pública, já que o trabalho associado a cada uma delas não tem o mesmo interesse para as populações. As profissões ligadas á saúde, porque são um bem de primeira necessidade, estão na linha da frente do interesse da opinião pública, recebendo bastante atenção por parte dos meios de comunicação.

Por outro lado, em diferentes processos de profissionalização, é no quadro das associações profissionais que têm sido normalmente elaboradas as regras de conduta codificadas, traduzidas por um código deontológico que, ao incidir sobre o conjunto de valores éticos subjacentes a uma determinada atividade, tem definido orientações relativas ao estabelecimento das relações entre os profissionais e outros atores sociais (Tavares, 2008).

No caso de STP sendo uma sociedade periférica e pobre, sujeita a um período de colonização relativamente recente, as instituições do Estado, isto é, do sistema Politico, de Defesa, da Educação, da Saúde e outras caracterizam-se por uma frágil institucionalização e organização o que, em contrapartida, deixa uma enorme autonomia á auto-organização de grupos sociais que funcionam sem qualquer tipo de regulação

formal. São grupos auto-regulados. Com efeito, a constituição do Estado Nação é precária e não dispõe (ainda) de leis que regulem estas práticas sociais.

O que é particular neste processo de profissionalização dos *médicos tradicionais* são-tomenses é o facto de se constituírem como um grupo autónomo – daí a nossa designação de *sub-sistema informal* -, que coexiste com um grupo dos médicos convencionais e que cada um destes grupos reconhece-se informalmente e chega mesmo a cooperar, respeitando e aceitando o " campo profissional", digamos assim, de cada um.

Esta ideia de cooperação é também defendida pelos médicos convencionais, embora partindo de uma logica totalmente diferente da dos *médicos tradicionais*. Vejamos alguns depoimentos de profissionais da medicina convencional:

" *Não vejo razões de uma não relação. Como profissional que sou há que prezar pelo respeito ao outro. Eu sei quem são os médicos tradicionais e o que eles fazem. Porém muitos não sabem"* (Profissional Medicina Convencional, 30 anos, Enfermeiro).

“ Das primeiras coisas que faço quando chega um doente aqui, queixando de um mal-estar, é lhe perguntar se por a caso ele já recorreu a algum médico tradicional. Eu quando faço isso, não estou a subestimar ninguém. Antes pelo contrário. Eu quero porque realmente temos bons médicos tradicionais aqui em São Tomé, mas nem todos são bem visto por outros profissionais do mesmo campo" (Profissional Medicina Convencional.46 anos, Médico).

Do mesmo modo, os pacientes dos médicos tradicionais utilizam os serviços médicos convencionais e vice-versa. Os dois "sub-sistemas " convivem de maneira harmoniosa para a população.

Talvez por causa desta base de sustentação e reconhecimento, as reivindicações dos médicos tradicionais e a luta pela sua institucionalização e legitimação da sua atividade profissional colocam-se num lugar de não contestação do poder e do saber da profissão

médica, mas antes, de um pedido de integração no serviço convencional, ao lado dos médicos.

Do ponto de vista do Governo e, em particular, do Ministério da Saúde – que nega o reconhecimento e legitimidade dos médicos tradicionais -, o discurso oficial é fortemente crítico desta complementaridade. O principal argumento é o de que cada profissão é constituída de uma logica própria e que a ideia de complementaridade jamais prevalece entre os dois tipos de prática, uma vez que se trata de modos de aprendizagem e métodos de cura completamente diferente.

Capítulo 5

Os médicos tradicionais: estratégias de profissionalização, natureza, construção e reconhecimento dos saberes

1. A Associação profissional e a luta pelo seu reconhecimento institucional

Refira-se em primeiro lugar, que os médicos tradicionais têm uma associação profissional e que está consagrado localmente um dia de comemoração da Medicina Tradicional. Esta associação, designada como " Associação da Medicina Tradicional de São Tomé e Príncipe" (AMTSTP) é uma organização não- governamental, institucionalizada em 2 de Maio de 2005, data de comemoração do dia da Medicina Tradicional a que acima aludimos. Esta Associação tem os seguintes objetivos: i) associar todos os praticantes da Medicina tradicional, numa estratégia de congregação do grupo e de afirmação e reconhecimento institucional da sua existência; ii) promover e aperfeiçoar os conhecimentos próprios da medicina tradicional; iii) preservar, divulgar e fazer reconhecer os seus profissionais; iv) reforçar a confiança das populações nos seus saberes e nas suas práticas.

A Associação destes " profissionais" nasceu assim:

> "*Bom, deu porque, pronto, o presidente Amâncio Valentin é quem viajou, eles são três fundadores, Amâncio Valentin, Edmeu Lima e Pita. Eles são os três da associação. (...) eles abriram uma associação depois de fundar, tinha que entrar na radio para comparecer os membros.(...) eu fui para reunião, varias reuniões, depois nós fizemos nomeação, eu fui eleito secretario geral, tenho cartão aqui em casa comigo"* (Entrev1,51 anos, Medico Tradicional).

Esta associação está inscrita no cartório notarial e filiada a Federação das Organizações Não- Governamentais de São Tomé e Príncipe (FONG-STP), que por sua vez é uma plataforma representativa das ONGs que atuam no território de STP. Tendo sido criada em 2001, é reconhecida pela população, pelo Estado, e parceiros de desenvolvimento, como salienta o entrevistado:

" Existe todo o mecanismo legal que constitui toda e qualquer associação. (…) Nós temos a associação. A associação esta entregue ao cartório notarial e na FONG-STP. Todo esse tempo pagamos a cota e somos membros da FONG-STP. Fizemos varias formações, eu como secretário-geral, secretario também para área administrativa, também tem feito e assim sucessivamente. A FONG-STP sempre chama para que a gente responde, vai para formação" (Entrev1, 51 anos, Medico Tradicional).

Face aos objetivos preconizados pela associação no momento da sua institucionalização, houve num primeiro momento a intervenção por parte do Governo com politicas de atribuição de umas bolsas de estudo a alguns membros, com o intuito de efetuarem formação medica de medicina tradicional e também fazer um estudo exaustivo sobre as substancias contidas nas plantas com efeitos terapêuticos em São Tomé Príncipe.

No que toca a divulgação e a preservação desta pratica pela associação, foi publicado um livro intitulado «Mindjan Telá[9]» da autoria do presidente da mesma associação.

Contudo, e apesar de tudo isto, o Ministério de Saúde de STP, como se referiu acima, não reconhece institucionalmente a AMTSTP como uma organização de interesse público. Este não reconhecimento institucional, característico das economias periféricas com grande fragilidade institucional tem como consequência o não reconhecimento formal dos médicos *tradicionais*, o não financiamento público da sua atividade e das atividades desenvolvidas pela sua associação.

". O Estado não tem nada a ver com a questão do preço, porque o nosso próprio Estado não esta a apoiar nós na medicina tradicional não. Se o Estado apoiava nós, a medicina tradicional teria uma sede, porque o dinheiro que veio de OMS para

[9] Remédios da Terra. Tradução linear efetuada pelo autor desta tese.

nós, para nós fazermos uma sede, pegaram o dinheiro e travaram e nós próprios ficamos sem sede e a nossa medicina ainda ficou sem valor em São Tomé. Toda terra tem medicina registrada que próprio o Estado apoia, mas o nosso Estado em São Tomé não apoia a medicina tradicional. Nunca o Estado chamou aqui para intervir na questão de saúde. A única que veio aqui é essa doutora Marcelina, que veio aqui fazer essa investigação que ela foi fazer esse livro que ela mandou-me. Uma vez veio televisão de RTP, veio fazer investigação aqui na minha casa e filmou, mas eles foram e ainda nenhuma resposta, não apareceu. Deu eles esses dados, mostrou eles remedio tudo que tem, porque aqui em minha casa tem todo remedio, folha, qualquer pessoa chega só, eu atendo essa pessoa nesse momento." (Entrev4, 68 anos, Medico Tradicional e Massagista)

Atualmente a associação não dispõe de uma sede fazendo com que cada membro exerça as suas funções nas suas próprias residências, obrigando assim que a associação seja vista socialmente como inexistente.

" *Nós não temos uma sede e a associação esses dias esta em decadência, falta de uma sede. Cada membro esta a trabalhar na sua casa. Seu contributo é pessoal, falto de sede. Este é o nosso problema maior que nós temos. A sede. Tendo uma sede, a nossa associação aqui é uma potência terrível"* (Entrev1, 51 anos, Medico Tradicional).

Como já mencionado atras pelo entrevistado, à semelhança do mesmo, todos os membros inscritos na associação possuem um cartão que os identifica, bem como as suas especialidades no campo da medicina tradicional.

2. Construção de saberes dos médicos tradicionais: percurso formativo e processo de aprendizagem

Neste ponto, e com base na descrição das trajetórias de aprendizagem dos *médicos tradicionais*, focamos o processo pelo qual ocorreram essas aprendizagens. Uma das questões colocadas diz respeito as principais fontes de aprendizagem.

Assim foi possível constatar o seguinte:

“ (…) eu nasci na casa de medicina tradicional. A minha mãe era da medicina tradicional, o meu pai era da medicina tradicional. Apenas eu fui a única pessoa que apanhei essa prática, porque eu procurei de apanhar na mão deles. Outras, outras práticas foram "compradas" na mão de outros colegas. Outros dizem: tal planta cura. Tal planta a gente faz assim e assim, ele cura. Assim no meio de tudo isso que eu consegui apanhar essas práticas ” (Entrev4,68 anos, Medico Tradicional e Massagista).

“*Eu acompanhei o meu velho desde garotinho ate…., que me deu todo o rumo, assim como eu também estou a dar o meu filho. Eu não fiz nenhuma formação extra. Eu tenho aqui esse meu netinho que já esta lavado. Só falta levar para floresta. O importante é la”* (Entrev2, 60 anos, Preparador/ Vendedor).

É possível perceber intrinsecamente nestes discursos uma das características fundamentais do conhecimento tradicional que, é algo que é transmitido de geração em geração e que o agente recetor incorpora e faz dele não só algo de um simples saber, mas que o vê como uma profissão e em muitos casos deriva a preocupação da prevalência destes conhecimentos para as novas gerações.

3. Reconhecimento social dos médicos tradicionais: práticas e eficácia das terapias

Como já referiu anteriormente, o reconhecimento social dos médicos tradicionais deve-se a vários fatores, nomeadamente, o seu reconhecimento por ONGs internacionais, o reconhecimento tácito dos médicos convencionais mas também, e talvez sobretudo, pelo reconhecimento social da generalidade da população. Neste ponto apresentamos alguns testemunhos que elucidam quer sobre a auto-representação que estes " profissionais" têm de si próprios, quer a representação das populações sobre a " medicina tradicional" :

" Eu na minha área e quanto a medicina tradicional, eu faço tudo. (…) eu sou capacitado e na minha experiencia sou conhecido a nível internacional" (Entrev.1, 51 anos, Médico Tradicional).

"Eu aqui em São Tomé na planta, sou numero um"(Entrev2, 60 anos, Preparador/ Vendedor).

Por outro lado, essa popularidade é também construída a partir das informações ou experiencias de pessoas que por conta de um determinado problema obtiveram soluções através do recurso á medicina tradicional, como pode-se constatar a partir da fala dos utentes.

> "*Banho e raízes não podem me faltar. Eu sou freguês desse senhor e não é de hoje. Tem quem não acredita, mas só eu posso dizer porque eu tenho visto efeitos. Por vezes são coisas simples que hospital não consegue dar conta. Olha meu pé. Era para ser cortado. Esse bocado que você esta a ver aqui é o que sobrou"* (José, 45anos,paciente).
>
> *"Sou paciente desse senhor há muito tempo e graça senhor para mim. Eu podia estar morta hoje no cemitério. Todo dia era mesma coisa. Eu vou para hospital nada. Volto para casa e estou doente de novo. Um dia eu decidi vir aqui. Eu expliquei senhor a situação e graças a Deus estou bem"* (Veva, 38 anos, paciente).

No que diz respeito as *praticas*, estas devem ser pensadas articuladas a questão da popularidade, isto é, do reconhecimento pela população da eficácia dos seus tratamentos, assim como do prestígio que gozam não só junto da população, como de certos organismos internacionais e até da cumplicidade tácita por parte dos médicos da medicina convencional. Observemos os seguintes depoimento:

> "*Bom. Há pessoa que chega aqui, vindo do Hospital. Conhece tal fulano, vai la do senhor. Essa pessoa vem. À pessoa falta hemoglobina, nós temos casca que passa isso rápido. Há pessoa com hernia, nós temos casca que elimina mesmo, elimina mesmo. Esse meu filho estava para operar. Operar o quê? Herrnia. Não, só para eu morrer. Usa remedio. Acabou"* (Entrev2,60 anos, Preparador/Vendedor).

"Eu aqui sou como o médico no hospital. Quem vem esclarece a doença que tem. Depois de saber a doença que tem, é que eu exploro a planta que cura essa doença. Tanto como diabete, tanto como febre tifoide, tanto como hepatite B, tanto como infeção, útero baixo, essas coisas é a pessoa que esclarece. Não seja fingida. Você também tem coisa… hum… próstata, você tem que esclarecer próprio, pra gente saber qual remedio que gente dá você para arrancar essa raiz dele. Se você não falar, a gente não pode conhecer aquilo que gente pode dar você. Quando o doente manifesta é que eu posso agir" (Entrev4, 68 anos, Medico tradicional e Massagista).

Por exemplo, no que diz respeito aos problemas de fertilidade:

"*Há senhoras que alcançam mesmo, faz dois, quase três meses, sai (abortam). Nós, se passar por aqui, pode parir…."* (Entrev2, 60 anos, Preparador/Vendedor).

Ou outras doenças:

"Há remedio que eu dou/ aplico a um doente, tenho feito isso, com certeza, e ele fica melhor diretamente (...) pode fazer teste (análises na medicina convencional...) ele fica curado para sempre (...)" (Entrev1, 51 anos, Medico Tradicional).

Por outro lado, verificam-se os pacientes que após uma ou várias consultas aos serviços oferecidos pelos *médicos tradicionais* afirmam:

"Eu vou la de tal fulano e digo ele como eu estou a sentir desde que eu levantei de cama. Digo ele o que eu comi ou bebi antes de dormir, para ele ver o que ele pode me receitar. Eu já estou acostumado com ele aqui, então mínima coisa eu vou la. Tem coisa que só no mato faz sentido" (Faustino, 40 anos, paciente).

Dos depoimentos transcritos, entre muitos outros que se obtiveram no trabalho de campo, percebe-se que por parte dos *médicos tradicionais* existe um discurso que remete para a certeza e a eficácia das terapias recomendadas aos pacientes. Da parte destes últimos percebe-se que, existe uma relação de confiança para com os *médicos tradicionais,* resultante da aceitação social destes, assim como as práticas terapêuticas desenvolvidas pelos mesmos.

CONCLUSÃO

A discussão sobre os desenvolvimentos em C&T no campo da medicina como meio de melhorar os cuidados de saúde às populações dá lugar em países periféricos, como é o caso de Tomé, a outro tipo de problemas que este nosso trabalho fez emergir. A discussão poderia levar-nos para diversos outros temas, como por exemplo, a desigualdade na distribuição dos benefícios da ciência à escala global, o que tem subjacente a problemática sobre a ciência como bem público/bem privado, o problema da política de patentes ou o papel dos países pobres neste processo e seu impacte nas populações. Como bem faz lembrar Epstein (2007), os problemas da desigualdade no que diz respeito ao desenvolvimento da ciência em medicina escondem problemas que têm a sua origem nas sociedades, nas políticas de C&T e de saúde à escala global e não na ciência em si mesma.

Este nosso trabalho é um testemunho disso mesmo.

Começámos por caracterizar o sistema de saúde em STP e concluímos que existe no país, para além do Sistema de Saúde institucional (SSI), dois outros sub-sistemas que designámos de semi-formal e informal. A importância destes dois outros sub-sistemas não podia ser ignorada dada a extensão e o papel que assumem nos cuidados de saúde à população, dimensão que é explicada, em grande medida, pela exiguidade e fragilidade do SSI, tal como descrevemos no capítulo 1.

É discutível se o que designámos como *sub-sistema informal*, que tem por base as práticas dos *curandeiros*, deveria ser incluído no âmbito dos cuidados de saúde. A nossa opção deve-se ao facto das populações a ele recorrerem frequentemente procurando cuidados de saúde, sobretudo nas zonas mais afastadas do meio urbano. Seja porque faltam alternativas de outro tipo de cuidados de saúde, seja porque na cultura local as crenças mágicas na cura se misturam com os rituais religiosos, alimentados por um analfabetismo persistente e por uma total iliteracia científica.

Centrámos o nosso objeto de investigação no que se designa localmente como medicina *tradicional*, numa primeira fase com uma perspetiva de análise exploratória. Desta análise concluímos que se trata um sub-sistema com uma organização relativamente sofisticada, com profissões bem definidas segundo certas especialidades de saber, em

que a figura central é o *médico tradicional*. Este sub-sistema assenta num saber leigo, assim chamado por referência ao saber científico. Este saber leigo é relativamente sofisticado no que diz respeito ao conhecimento de uma diversidade enorme de plantas e seus efeitos terapêuticos, incluindo as diferenças no que diz respeito à raiz, caule ou folhas de cada uma dessas plantas. Dominam ainda o saber colher as plantas, as épocas do ano em que o processo deve ocorrer para cada uma delas, as técnicas de secagem e armazenamento das mesmas. Outras características típicas deste sub-sistema é que goza de reconhecimento das ONGs internacionais que trabalham no terreno, do reconhecimento da população que tanto recorre a estes serviços como à medicina convencional, por vezes em simultâneo, e goza ainda de um certo reconhecimento tácito dos médicos convencionais.

Estes dados sociologicamente relevantes levaram-nos a aprofundar a análise em torno dos actores sociais-chave deste sub-sistema - os *médicos tradicionais* - e das suas estratégias de afirmação e de luta pelo seu reconhecimento institucional. Esta análise levou-nos a recorrer às perspectivas teóricas que enquadram a Sociologia das Profissões, estando cientes que a ausência de formação de base científica destes "profissionais" desaconselharia tal desiderato. Contudo, a evidência empírica mostra que as estratégias de profissionalização, se assim se pode dizer, dos *médicos profissionais* em muito se assemelham à dos grupos profissionais que são objeto daquele ramo da sociologia. Deixamos assim em aberto uma questão de natureza teórica que merecerá eventualmente ser objeto de reflexão teórica noutros trabalhos sobre o tema.

Com efeito, concluímos que se verifica por parte dos *médicos tradicionais* uma luta frente ao Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe, no intuito da legitimação e reconhecimento das suas práticas e a prestação de cuidados de saúde complementares à medicina convencional. Esta luta inclui a implementação de uma associação profissional, como elemento central da sua estratégia. Esta complementaridade não visa entrar no campo da medicina convencional, mas sim, ver reconhecida a autonomia de constituir um campo profissional, dotado de regras e funcionamento próprios.

Verificou-se também que embora não exista esta complementaridade formal entre os dois ramos de saber, a *medicina tradicional* tem complementado a medicina convencional de facto.

Bibliografia

Alegre, F.C. (2005*). Santomensidade*. São Tomé e Príncipe: UNEAS,2005. Coleção Ossobó.

Alves, R. (1987). *Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras*. São Paulo: Brasiliense.

Bardin, Laurence (2009). *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

Boni, Valdete; Quaresma, Sílvia Jurema (2005). *Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais.* Revista Eletrónica dos Pós- Graduandos em Sociologia Politica da UFSC.Vol.2 n° 1 (3), Janeiro- Julho/ 2005, p.68-80.

Brown, K. (1995). *Medicinal plants, indigenous medicine and conservation of biodiversity in Ghana*. In Swanson, T. (ed.), Intellectual Property Rights and Biodiversity Conservation. an Interdisciplinary Analysis of the Values of Medicinal Plants. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 201 – 231.

Carapinheiro, Graça (1993), Saberes e poderes no hospital, Porto: Afrontamento.

Cardoso, Manuela (2007), *Cabo Verde e São Tome e Príncipe: Educação e Infra-estruturas como factores de desenvolvimento*, Porto, Edições Afrontamento.

Durkheim, Émile (1984), *A divisão do trabalho social*, Lisboa, Editorial Presença

Epstein, Steven (2007), *Inclusion. The politics of difference in medical research*, University of Chicago Press.

Fialho, José (2003) *" A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde"*, *Cadernos de Estudos Africanos*, (4), Centro de Estudos Africanos do ISCTE, pp.121-134.

Freidson, Eliot (1994), *Profissionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy*, Cambridge, Polity Press.

Giddens, Anthony (1992). *As Consequências da Modernidade*. Oeiras, Celta Editora.

Giddens, Anthony (2002). *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

Gomes, Carlos António (1992), *" Psiquiatria e Saúde Mental na Medicina Tradicional dos Países em Desenvolvimento", Soronda: Revista de Estudos Guineenses, 13,* pp. 85-104.

Gonçalves, M.E. (Org) *Cultura Cientifica e Participação Pública*, Oeiras, Celta, 2000.

Grenier, Louise (1998). *Working with Indigenous Knowledge*. International Development Research Centre, Ottawa.

Helman, Cecil G. (1994). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre. Artes Medicas.

Lakatos, E.M. e Marconi, M. (1986). *Metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas.

Lopes, Noémia Mendes (2011). *Recomposição Profissional da Enfermagem: Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra, Quarteto Editora.

Meireles, Luísa (2011) *A vivência da doença mental e a influência da Medicina Tradicional. O caso de Moçambique.* Dissertação de Mestrado. ISCTE.

Meneses, Maria P. (2000), *Medicina Tradicional, biodiversidade e conhecimentos rivais em Moçambique*, Oficina de CES, 150

Ministério da Saúde e Desporto (2001), *Relatório Estatístico* 2000, Ministério da Saúde e Desporto – Departamento de Estatística – São Tomé e Príncipe, Maio.

Ministério de Saúde e Desporto (2000), *Plano Estratégico Nacional para Fazer Regredir o Paludismo em São Tomé e Príncipe 2001-2010,* São Tomé, RDSTP Ministério da Saúde e Desporto.

OMS (2010). Disponível em: http://apps.who.int/ghodata/?vid=17300&theme=country

Pereira, Luís Silva (1993), *Medicinas Paralelas e Pratica Social*, Sociologia – Problemas e Práticas, nº 14, pp. 159-175.

Pinto, José Madureira (1991), *Considerações sobre a produção social de identidade*, Revista Critica de Ciências Sociais, nº 32.

Pinto, José Madureira (1994), " *Tópicos para uma análise da produção de saberes sobre o social"*, Dinâmicas Culturais, Novas faces, Outros Olhares, actas das sessões plenárias do III Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Lisboa, ICS, pp. 95-99;

Rodrigues, Maria de Lurdes (2002), *Sociologia das Profissões,* Oeiras, Celta Editora.

Santos, B.S. (2002). *Um discurso sobre as ciências*. Porto, Afrontamento.

Sharma, Ursula (1992), *Complementary Medicine Today: Practioners and Patients*, Londres, Routledge.

Tavares, David (2008). *Escola e Identidade Profissional: O caso dos técnicos de cardiopneumologia.* Colibri. Lisboa.

Valverde, Paulo (2000), *Mascara, Mato e Morte: Texto para Uma Etnografia de São Tomé*, Oeiras, Celta Editora.

Weber, Max (1971), *Économie et Société*, Paris, Libraire Plon.

WHO, IUCN, WWF (1993), "Guidelines on the Conservation of Medicinal Plants", IUCN, (Online), Disponivel em: http://www.who.int/en/

WHO (2007 a), " Analyse de situation on vue de l´harmonization dês politiques pharmaceutiques nationals dans la zone CEEAC Angola, Congo Démocratique, Rwanda, São – Tomé et Principé", WHO, (Online). Disponível em: http://www.afro.who.int/pt/sao-tome-e-principe/sao-tome-e-principe-publicacoes.html

Outras Fontes

Jornal Téla Nón (2012). Disponível em: http://www.telanon.info/sociedade/2012/04/25/10267/paludismo-foge-do-controlo-das-novas-autoridades-sanitarias/

OMS (2009), *" La prévention intégree du paludisme a São Tomé e Príncipe*", *Communiqué de Presse*, (Online), (8). Disponível em: http://www.afro.who.int/en/sao-

tome-a-principe/press-materials/item/2204-la-pr%C3%A9vention-int%C3%A9gr%C3%A9e-du-paludisme-a-sao-tome-et-principe.html

WHO (2007b), “WHO guidelines on good manufacturing practices (GPM) for herbal medicines", WHO, (Online). Disponivel em: http://www.who.int

WHO (2002), “WHO Traditional Medicine Strategy 2002- 2005", WHO, (Online) Disponivel em: http://www.who.int/medicines/publications/traditionalpolicy/en/

WHO et UNICEF (2009), " *Accès et utilisation des médicaments pour les foyers à São Tomé et Principe. Rapport de l'enquête réalisée à São Tomé et Principe*", Ministérie de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF, policopiado, (Online). Disponível em: http://www.afro.who.int/en/sao-tome-a-principe/sao-tome-a-principe-publications.html

ANEXOS

Anexo 1. Procedimentos Metodológicos

Metodologicamente, optou-se pela conjugação de diferentes técnicas de recolha e tratamento de informações (ALBARELLO, 1995), procurando atender para as necessidades da pesquisa desenvolvida. Com o andamento do estudo e tendo presente as características da investigação, privilegiou-se a abordagem qualitativa, por ser considerada a que melhor se adequa ao estudo aqui desenvolvido.

Na busca pela maior quantidade possível de informações, na fase inicial do trabalho foi valorizada a análise intensiva de fontes escritas oficiais e não oficiais, de caracter bibliográfico e documental como o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, Programa "Saúde para Todos", bem como as informações contidas nos portais da internet das instituições não-governamentais ligadas a saúde, com finalidade de analisar o sistema e as politicas de saúde.

Concomitante a isso foi usado a técnica das entrevistas semi- com vista a obtenção das respostas aos restantes objetivos preconizados. Esta foi pensada em função do contexto onde foi feita a pesquisa, pois trata-se de uma realidade "institucional", de modo que a relação entre o pesquisador-pesquisado assume posição central (Ruquoy, 1997:84). Há que considerar que os entrevistados encontravam no momento muitas vezes a exercer as suas tarefas, devendo-se levar em conta o conflito que disso decorre. Assim a relação de proximidade entre o pesquisador e o informante pode em muitos casos fazer com que este último não se sinta á vontade nas suas explanações.

Assim, de forma a facilitar maior a proximidade o processo de coleta de dados deu-se de uma forma mais informal, através da observação. Esta fase da pesquisa caracterizou-se pelas sequentes visitas ao local do trabalho dos informantes, permitindo assim melhor familiarização das atividades aqui desenvolvidas, fazendo com que o pesquisado não fosse visto em algum momento como um "intruso".

Após este pequeno período, que durou aproximadamente uma semana, deu-se o início das entrevistas. Estas seguidas por um roteiro pré- estabelecido, não possuía um carater fechado, permitindo os entrevistados abordarem aspetos que por ventura não tenha sidos incluídos nos questionamentos iniciais. Foram entrevistados seis (6) *médicos tradicionais,* com duração média de uma hora, no período de Agosto a Outubro de 2011, com o objetivo de analisar o processo de profissionalização dos mesmos.

O uso das entrevistas também foi direcionada aos pacientes e aos profissionais da medicina convencional, atendendo aos objetivos preconizados. Foram entrevistados 40 pacientes. Apenas 10 permitiram que a entrevista fossem gravadas e com uma duração média de 10 minutos.

Quanto aos profissionais da medicina convencional, foram entrevistados 9 entre os quais 3 enfermeiros e 6 médicos. Apenas os 2 médicos e 1 enfermeiro permitiram a gravação das entrevistas que tiveram a duração média de 20 minutos.

As entrevistas eram sempre realizadas segundo o critério dos *médicos tradicionais* e nos seus locais de trabalho, nas horas estabelecidas pelos mesmos. As primeiras abordagens partiam sempre dos *médicos tradicionais*, que organismo pertence, o que ganho monetariamente com essa pesquisa e ainda, trabalhas com plantas também. Esse momento de diálogo permitiu para que houvesse aqui uma maior troca de informação, mas também em certa medida contribuiu para pequenos impasses para a o desenvolvimento da pesquisa.

Os *médicos tradicionais* faziam questão de contar histórias, vivencias e experiencias e ate mesmo traumas vivenciados na vida pessoal como profissional, fazendo com que houvesse maior abertura na comunicação e também, com que o entrevistador compreendesse o quotidiano em que vivem. Não raras vezes a entrevista era interrompida por alguém, que ora eram os filhos dos *médicos tradicionais* lhe transmitindo um recado, ora por algum paciente que buscava os serviços.

Em complementaridade as entrevistas, foram também analisadas alguns documentos, tais como o cartão da associação dos *médicos tradicionais*, onde constava a categoria de membro, bem como a função desempenhada na associação; os diplomas que comprovam a existência de algumas formações retratadas na entrevista.

A análise de todos os dados, foi feita com base na técnica da análise de conteúdo, tendo em conta as condições objetivas de produção do discurso, como referiu-se. Segundo (2009), a análise de conteúdo é conjunto de análise de informações através de procedimento sistemático e objetivo de descrição do conteúdo das mensagens, e indicadores que permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção/ recepçao dessas mensagens.

Ressalta-se que trata de um estudo de caso de um determinado grupo de *médicos tradicionais* e que, nesse sentido, os dados obtidos frente a estes terão única e exclusivamente a dimensão desse universo e desses elementos, e não poderá ser expandido, generalizado ou aplicado a uma população total dos *médicos tradicionais* em STP.

A realização da pesquisa foi procedida de algumas dificuldades com destaque para três:

a) A questão de abertura: tendo em conta que a temática de saúde assim como as suas politicas, constituir na visão de alguns agentes, uma questão que diz respeito ao Estado e a dinâmica referente aos *médicos tradicionais*, apresentar-se ainda como um campo não legitimado pelas autoridades nacionais, a presença do pesquisador na sua abordagem foi vista como a do " invasor";

b) A questão da participação: verifica-se em STP a existência de poucos indivíduos interessados em dar o contributo as questões que dizem respeito a ciência sem esperar um retorno financeiro;

c) A distância: teve-se que percorrer longas distâncias, uma vez que, ao contrário do que se imaginava, os *médicos tradicionais* santomenses não encontram inseridos apenas num determinado espaço do país.

Esta dificuldade foi de certa forma crucial, dado que a pesquisa que aqui levamos a cabo não contou com apoio financeiro de entidade nenhuma na sua realização, cabendo todos os gastos ao próprio investigador.

Anexo 2. Perfil dos médicos tradicionais

Entrevistado	Idade	Especialidade	Vinculo	Tempo na MT
Entrev.1	51 anos	Médico Tradicional	Secretario Geral	20 anos
Entrev.2	60 anos	Preparador / Vendedor	Membro	15 anos
Entrev.3	66 anos	Preparador/ Vendedor	Membro	25 anos
Entrev.4	68 anos	Medico Tradicional e Massagista	Membro	15 anos
Entrev.5	64 anos	Colhedor, Preparador e Vendedor	Membro	25 anos
Entrev.6	30 anos	Vendedor	Membro	10 anos

Anexo 3. Guião da Entrevista dirigida aos Médicos Tradicionais e adaptado aos Médicos Convencionais

1º bloco: Trajetória profissional

a) o seu percurso formativo e profissional;

b) os modos de aquisição dos saberes profissionais;

2º bloco: práticas discursivas sobre a doença e a cura.

c) descrever o mais exaustivamente possível a sua atividade profissional, incluindo saber como fazem os diagnósticos das doenças (utilização ou não de meios de diagnóstico e quais, etc.), que terapias recomendam para cada doença,

3º bloco: a institucionalização da medicina tradicional

d)onde vão buscar os remédios (fazem? Quem faz? compram? A quem? Há uma rede de distribuição? há lojas próprias de vendas desses produtos? há uma instituição de controlo sobre esses medicamentos? Qual é? Como se formam os preços desses remédios? O estado intervem na regulação dos preços ou na autorização de venda?, etc. etc.);

e) os processos de adesão à Associação Profissional (são obrigados a associar-se? quem pode candidatar-se? fazem algum exame de entrada? têm um diploma? pagam quotas? vão lá muitas vezes? que serviços presta a Associação?)

4º bloco: representações sociais sobre a prática da medicina tradicional / convencional

f) as representações que têm/ o que pensam da medicina convencional?

g) as representações que têm dos curandeiros?

h) quais são os principais concorrentes?(DEMARCAÇAO DO SABER)

i) com quem é que se identificam mais? com uns ou com outros?

j) e o que pensam da sua própria medicina?

Anexo 4. Guião de entrevista dirigida aos utentes

1. Representacoes sociais de doença e saúde, praticas e discursos

a) quando está doente ou os filhos ou alguém da família o que faz?

b) em que circunstâncias recorrer ao médico?

c) descrição de trajetórias de doenças: qual a doença? Quais foram os primeiros sintomas? o que fez?

2- Representações face aos terapêuticos.

d) a que tipo de médico vai primeiro e porquê?

e) quando foi ao médico e porquê

f) a que médico foi e porque escolheu este e não outro

g) recorreu ao curandeiro? quando? antes ou depois do médico tradicional?

h) foi ao médico convencional? quando? alguém mandou ou foi de iniciativa própria?

f) em quem é que confia mais (curandeiro, médico tradicional ou médico convencional? Porquê?