

## **BRASIL TERRA DE CONTRASTES: ENTRE AS NECESSIDADES SOCIAIS E AS POSSIBILIDADES CULTURAIIS.**

Profa. Maria Luzia Braga Landim – UESB, [mlblandim\(at\)msn.com](mailto:mlblandim(at)msn.com)

Prof. Tiago Landim d'Avila-UFBA, [tiagolandim\(at\)yahoo.com](mailto:tiagolandim(at)yahoo.com)

### **RESUMO**

Desde o início do século XXI, os países da América Latina em especial o Brasil, têm envidado esforços para resolver problemas associados à pobreza e à precariedade na saúde pública. A leva imigratória de italianos iniciada no século XIX gerou confrontos com os sertanejos da Bahia, face ao grau de qualificação dos europeus e isso causou conflitos e divergências socioculturais. Com a ocupação de terras e a vinda de outros imigrantes trazidos pelos comerciantes italianos e a falta de qualificação para o trabalho especializado, fez o habitante originário migrar para outras paragens. Os imigrantes imprimiram marcas identitárias que explicam as culturas mescladas por hábitos sertanejos e europeus revelados nas representações simbólicas e na memória coletiva. A população local permaneceu e conviveu com o “outro”- o outsider – estabeleceu laços culturais e efetivou um sentimento de pertencimento pelas tradições antepassadas, crenças nos deuses, e nos tratamentos alternativos populares, que dificultam e impedem o tratamento de doenças pelos procedimentos médicos. Em tarefa utópica para um país em ascensão social, o aumento na incidência de doenças de caráter endêmico tem despendido aos cofres públicos quantias excessivas em tratamentos, e, internações para adeptos a seitas contrárias a tratamentos pela medicina científica. Uma das principais ações de combate às mazelas em saúde é o desenvolvimento da área biotecnológica, em especial voltada à prevenção, onde o Brasil se tornou um dos principais países na produção, desenvolvimento e exportação de vacinas, aumentando consideravelmente a integração entre a medicina formal e informal, conciliação de suma importância para a melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Brasil, Modernidade Conservadora, Saúde.

## **BRASIL TERRA DE CONTRASTES: ENTRE LAS NECESIDADES SOCIALES Y LAS POSIBILIDADES CULTURALES.**

Profesor. María Luzia Braga Landim - UESB, Prof. Tiago Landim d'Avila-UFBA.

### **RESUMEN**

Desde principios del siglo XXI, los países de América Latina en especial Brasil, se han esforzado para resolver problemas asociados a la pobreza ya la precariedad en la salud pública. La leva inmigratoria de italianos iniciada en el siglo XIX generó enfrentamientos con los sertanejos de Bahía, frente al grado de calificación de los europeos y causó conflictos y divergencias socioculturales. Con la ocupación de tierras y la llegada de otros inmigrantes traídos por los comerciantes italianos y la falta de cualificación para el trabajo especializado, hizo que el

habitante originario del lugar migrar a otras paradas. Los inmigrantes imprimieron marcas identitarias que explican las culturas mezcladas por hábitos sertanejos y europeos revelados en las representaciones simbólicas y en la memoria colectiva. La población local permaneció y convivió con el "otro" - el outsider - estableció lazos culturales y efectuó un sentimiento de pertenencia por las tradiciones antepasadas, creencias en los dioses, y en los tratamientos alternativos populares, que dificultan e impiden el tratamiento de enfermedades por los procedimientos. En una tarea utópica para un país en ascenso social, el aumento en la incidencia de enfermedades de carácter endémico ha gastado a las arcas públicas cantidades excesivas en tratamientos, internaciones para adeptos contrarios a tratamientos por la medicina científica. Una de las principales acciones de combate a las molestias en salud es el desarrollo del área biotecnológica, en especial orientada a la prevención, donde Brasil se ha convertido en uno de los principales países en la producción, desarrollo y exportación de vacunas, aumentando considerablemente la integración entre la medicina formal y Informal, conciliación de suma importancia para la mejora de la calidad de vida.

Palabras clave: Brasil, Modernidad Conservadora, Salud.

## INTRODUÇÃO

Diante das necessidades e possibilidades no Brasil sob o ponto de vista da conjugação de indivíduos de etnias diferenciadas, este trabalho busca difundir os aspectos culturais que interferem no bem estar da população, e são provenientes de hábitos e costumes adquiridos da miscigenação entre índios, negros e europeus na Bahia.

Para tal, trataremos de questões vinculadas aos povos, sociedades e culturas confrontando as crenças dos habitantes originários da região com os costumes europeus, a fim de desvelar as causas e consequências de conflitos, do interstício entre a chegada e ocupação pelos forasteiros, aventureiros, ou mesmo exploradores, qualquer que seja o nome atribuído aos chegantes.

As migrações nas regiões brasileiras têm no bojo, uma população pobre, proveniente da zona rural, despreparada para o enfrentamento urbano pela falta de escolaridade, conhecimento e qualificação para o mercado de trabalho. Consequentemente, passa a ser alvo de situações inesperadas, e acometidas por doenças de risco elevado, na maioria das vezes, inebriados pela nova ordem cotidiana.

Elevar o nível das discussões que agreguem às esferas políticas, econômicas e culturais e problemas de saúde no Brasil, significa alterar composições e princípios que se referem à qualidade de vida e inclusão social do povo.

Debates nas áreas de cultura e saúde, inclusão e exclusão têm promovido perspectivas para a efetivação de propostas de erradicação da pobreza, melhoria das condições de vida, mas ainda é motivo de divergência ao se tratar da escolha das ações que debelem mazelas existentes. A pluriculturalidade é um obstáculo que promove consideravelmente a ampliação das desigualdades, principalmente no Nordeste do Brasil.

No Planejamento Estratégico Nacional: A Preparação do Brasil sugere que as ações prioritárias e emergenciais necessárias à Sociedade sejam contingenciadas nos Planos Estratégicos de Emergência da União, Estados e Municípios no Brasil, conjuntamente com o Plano de Contingências do Ministério da Saúde / Governo Federal.

As adequações necessárias às infraestruturas públicas são emergenciais uma vez que vírus pandêmicos assolam todo o território, e os cidadãos, indiscriminadamente, são atores em primeira instância de tragédias nacionais, afetados, direta ou indiretamente, pela elevada morbidade e mortalidade de doenças endêmicas, a exemplo da febre amarela, que causou convulsão nacional hodierna.

As causas impactantes podem ser percebidas na inadequação dos serviços e da infraestrutura que não atendem à violenta demanda de doentes e óbitos. Portanto, desenvolver, por meio de uma abordagem multicultural, coordenada para detectar, prevenir e responder questionamentos sobre as reais condições de vida por região, tipos de religião e rituais utilizados pela comunidade estudada são os pontos de partida para a pesquisa ora proposta.

Conter o surgimento e prevenir a propagação de doenças num país multicultural como o Brasil requer políticas públicas que reduzam as oportunidades de infestações humanas causadas na maioria das vezes por falta de informação. A prevenção e informação sobre os comportamentos de risco fazem parte da estratégia, que geram o fortalecimento do sistema de comunicação, notificação e advertência da população no que se refere a fatores relacionados ao espaço, saneamento básico e às condições de saúde da população.

A terapêutica atualmente disponível para o tratamento da Leishmaniose Visceral Canina (LVC), uma das doenças frequentes e de alta incidência no Nordeste brasileiro consiste no uso dos mesmos quimioterápicos utilizados no tratamento da enfermidade humana, que promove cura clínica temporária, sem causar eliminação completa do parasito. Após a suspensão do tratamento, altas taxas de recidiva podem ser observadas, mesmo sem a exposição à reinfecção.

Como o cão parece ser o principal reservatório doméstico da infecção, o controle da doença no homem e no cão, provavelmente, poderá ser alcançado através do uso de uma vacina eficaz contra a LVC. Para promover o controle da leishmaniose visceral zoonótica (lvz), tal vacina deveria eliminar ou reduzir drasticamente a capacidade de cães infectados em transmitir o protozoário para o inseto vetor, o mosquito.

Fatores demográficos e ecológicos diversos são apontados como responsáveis por essa expansão e além desses fatores, podem ser citados: um intenso desflorestamento aliado ao rápido crescimento e a urbanização da população humana; um grande índice de migração de pessoas de áreas rurais para as grandes cidades, onde passam a viver em habitações precárias, sem condições sanitárias e com nutrição inadequada; a redução das campanhas de borrifação antianofelíneos que, possivelmente, permitiu o aumento da densidade dos flebótomos e a dispersão do vetor para regiões até então isentas da lvz.

A relativa ineficiência da aplicação dos métodos atuais de controle da lvz e a disseminação da síndrome da imunodeficiência adquirida também desempenham um papel importante no aumento dos índices dessa enfermidade no mundo segundo especialistas do assunto, Tesh et al e Sherlock et al, 1995.

Para tanto, associar meios de informação e desenvolvimento aos planos nacionais brasileiros de prontidão e aperfeiçoamento, às medidas recomendadas de saúde, colocando a própria sociedade como partícipe do processo, propiciará caminhos de cumprimento às medidas públicas, a desagregação social e econômica, e reduzirá a morbidade e a mortalidade.

A incursão por esse território tem transformado dificuldades em desafios para pesquisadores e para políticas públicas que tem investido em programas e projetos que funcionariam efetivamente caso fossem incorporadas ações que interagissem com a sociedade.

Tem como propósito facilitar a rápida detecção de doenças a partir do mapeamento de áreas e regiões afetadas, descobrir e avaliar os sinais potenciais que facilitam a transmissibilidade, e guiar as intervenções que possuam respostas efetivas para as doenças emergentes que se propagaram além da zona inicial de surgimento.

As responsabilidades primárias das políticas públicas dizem respeito às atribuições dadas às instituições: assegurar a rápida reportagem de todos os sinais, e sintomas, mobilizar o grupo local, prover com suportes de assistência de acordo com exigências legais nacionais, a fim de facilitar pronta-resposta às atividades de contenção e realização ativa de vigilância para monitorar a situação.

Os conceitos fundamentais de Pronta-Resposta se referem à rápida avaliação e resposta de reação de qualquer tipo e qualidade do atendimento após possível início de atividade ter sido descoberta. Já a Pronta-Contenção, especifica a tentativa de parar a expansão adicional de endemias emergentes.

As causas e consequências na ampliação de doenças endêmicas na região podem estar correlacionadas à falta de conhecimentos específicos em saúde ou aliada à resistência em manter hábitos e costumes tradicionais como forma de identidade, preservando costumes e hábitos de tradições antepassadas.

Uma mudança no pensamento coletivo pode ser gerada se analisadas as formas de integração entre o conhecimento popular e científico. A partir de ações e enfrentamentos que promovam a construção de novos pensamentos e condutas culturais que preservem a identidade, as estruturas mentais serão repensadas de modo a conservar a identidade dos grupos contanto que mantenham peculiaridades arraigadas no modo de vida dos sujeitos.

## **JEQUIÉ, ENTRE A CULTURA E A TRADIÇÃO.**

*“Jequié, termo que alguns ainda insistem em escrever sobre a forma de “Jiquié”, tem origem na língua dos tapuias, seus primeiros povoadores”. Para eles, o termo “Jaquieh” designava onça ou cachorro. Vale ressaltar que antigamente o jaguar era visto com grande frequência na região. Jequié é conhecida como “Cidade Sol”, por ter um clima que varia entre 15 e 39°. Sua população se destaca pela beleza herdada da mistura de influências originais de índios e negros, somadas àquelas dos imigrantes italianos e árabes. (PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ. Em versos e fotos, 100 anos de história. Campo Grande/MS; Executivo Publicações, 1996).*

Jequié, Município estudado localiza-se no Sudoeste da Bahia, cobre 3113 km<sup>2</sup> de área, possuindo uma faixa no Polígono das Secas. Limita-se com os municípios de Itiruçu, Jaguaquara, Lafaiete Coutinho, Maracás, Boa Nova, Itagi, Manoel Vitorino, Aiquara, Ipiaú, Jitaúna e Wenceslau Guimarães. ““ A cidade a 216 metros de altitude está situada a 13° 51’50” de latitude sul e 40° 04’54” de longitude W. “Gr” e distam 189 quilômetros, em linha reta, de Salvador.

O sistema hidrográfico é formado pelos rios Jequezinho, das Contas, Preto do Costa e Preto do Criciúma e de diversos cursos menores, entre os quais se destacam o Baeta, Boa Esperança, Caldeirão, do Costa, Fundo, Itapicuru, Jiboia, João Novo. Há no território municipal os açudes das fazendas Provisão, Graciosa e Santa Rosa, além do açude do Governo do Estado. A 18 km da cidade fica a barragem das pedras.

O clima é quente no verão, principalmente na zona da caatinga e frio no inverno, principalmente na zona da caatinga. A estiagem costuma prolongar-se de setembro a dezembro e as chuvas caem, com alguma variação, de janeiro a março.

Na área úmida despontam a mata de cipó, o umbu, o espinheiro, a caceia, a aroeira, o ouricuri e o mandacaru, alternando-se com o xique-xique, a macambira, o quipo e a cabeça de frade. A flora compreende ainda pau ferro, sapucaia, gameleira, juazeiro, ipê, vinhático, jequitibá, bem como o algodão e a maniçoba que chegaram a representar no passado, boa fonte de renda. As plantas medicinais encontradas na região na maioria das vezes são plantadas nas próprias casas, e usadas em rituais como banhos, beberagens e remédios.

Os rituais e crenças curativas se considerados como usuais por boa parte da população que desconhece seus efeitos, são causadores de perigos iminentes à saúde ao utilizarem plantas com substâncias desconhecidas nocivas à saúde. Pelo conhecimento do senso comum, as comunidades de baixo poder aquisitivo usam produtos como remédios, que ao invés de promoverem a cicatrização produzem infecções. Exemplo se dá no uso de pó de pena de galinha, pó de café, óleo de cozinha, moedas, esterco, fumo, que se transformam em principais vetores para meios de infecção. Apesar da gravidade e consequências prejudiciais à saúde, estes procedimentos são passados de geração a geração e são utilizados pelas crenças que supostamente tem eficiência curativa.

Um dos problemas graves em saúde, para exemplificar, é o tétano neonatal, que acontece pelos acirrados conflitos que ocorrem entre a ciência e a tradição, e pela incredibilidade que tem pessoas

envolvidas com crenças religiosas nos profissionais de saúde, portadores de conhecimento técnico, que precisam usar da tolerância e sapiência para interagirem com pacientes que insistem em continuar com estas práticas.

O ensinamento de técnicas apropriadas de higiene e saúde depende dos meios de informação e de pessoas que disseminem e divulguem técnicas médicas, visto que pessoas com crenças difundidas pelos antepassados já tem determinadas por meio dos rituais formas próprias para o uso de produtos naturais ou caseiros. O papel da conscientização para a higienização e controle à saúde, deverão estar sendo difundidos e discutidos nestas comunidades, porque só a educação e o conhecimento científico serão os meios de debelar os índices de ocorrências graves que decorrem de práticas curativas inadequadas.

As leishmanioses constituem outro exemplo, pois se trata de um complexo de doenças causadas por cerca de 20 protozoários tripanosomatídeos do gênero *Leishmania* (DESJEUX, 2004, 2001; HERWALDT, 1999). Estas enfermidades apresentam um caráter antroponóico e são transmitidas aos hospedeiros vertebrados através da picada do vetor fêmea infectado, que, ao se alimentar de sangue, inocula na derme do hospedeiro, as formas infectantes *Leishmania*.

As formas clínicas das leishmanioses são, basicamente, visceral e tegumentar, sendo a visceral a forma mais grave e potencialmente fatal, acometendo diversos órgãos. A leishmaniose tegumentar apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas que variam desde a formação de lesões localizadas auto resolutivas até lesões desfigurantes, como na leishmaniose cutâneo-localizada, leishmaniose cutaneomucosa, e leishmaniose cutâneo-difusa.

A cada ano as leishmanioses atingem cerca de dois milhões de pessoas em praticamente todo o mundo. Ciclos silvestres de transmissão de *Leishmania* entre animais foram encontrados em todos os continentes, exceto na Oceania, ocorrendo em ambientes quentes e úmidos de florestas tropicais e subtropicais até em florestas temperadas no Mediterrâneo e estepes na Rússia (GRIMALDI et al., 1989; LAINSON & SHAW, 1977).

Cerca de 350 milhões de pessoas vivem sob risco de infecção em todo o mundo, e se têm registros de aproximadamente 70 mil mortes por ano. Cerca de 90% dos casos de leishmaniose tegumentar se concentram em países como Afeganistão, Paquistão, Síria, Arábia Saudita, Algéria, Iran, Brasil e Peru. No caso da leishmaniose visceral, aproximadamente 90% das ocorrências registradas reúnem-se na Índia, no Bangladesh, no Nepal, no Sudão e no Brasil (MURRAY, 2005; YAMEY, 2002).

A doença de Chagas descoberta por Carlos Chagas em 1909, considerado único na história, pois o mesmo pesquisador descreveu a anatomia patológica, o meio de transmissão, a etiologia, as formas clínicas e a epidemiologia de nova doença infecciosa (COURA, 1997).

Essa enfermidade mórbida, causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, de caráter endêmico, também é conhecida como tripanossomíase americana, por ser uma parasitose exclusiva do continente americano. Na América Latina, a doença de Chagas tem o quarto maior impacto social entre todas as doenças infecciosas e parasitárias (DIAS, 2001) e, no Brasil, atinge cerca de 40% do território nacional, atingindo mais de 2.450 municípios, desde o Maranhão ao Rio Grande do Sul. A Organização Mundial da Saúde estima a existência de 18 milhões de pessoas infectadas, com aproximadamente 100 milhões de pessoas em risco, em 21 países (MONCAYO, 2003).

Nas Américas, já foram catalogadas mais de 100 espécies de insetos transmissores da Doença de Chagas, dentre as quais, apenas cinco são de importância epidemiológica (VINHAES, 2000). A forma mais comum de transmissão é a vetorial, entretanto, as transmissões congênitas (LOPES, 1991; DA COSTA PINTO, 2001) e oral (SHIKANAI-YASUDA, 1991; DIAS, 2008) também já foram descritas e vêm adquirindo maior importância (PINTO, 1999). Clinicamente, a doença de Chagas pode apresentar-se sob a forma aguda ou crônica, ou a infecção pode permanecer sob uma forma indeterminada que pode durar a vida toda (MICHAILOWSKY, 2001).

Na América Latina, a infecção pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* representa a primeira causa de lesão cardíaca em jovens adultos em idade economicamente ativa e em certas áreas endêmicas, a cardiopatia crônica chagásica pode ser responsável por aproximadamente 10% das mortes (MONCAYO, 2003; CUNHA-NETO, 2006).

A malária, outra doença que é causada pela relação mosquito-protozoário, é mais antiga do que relatam os registros históricos, e provavelmente atormentou o homem pré-histórico. O primeiro registro de um tratamento para a esta doença é do século XVI, no Peru, que utilizava a casca de árvores locais (LAMBERT, 2002). Para a ciência, seu parasito foi identificado microscopicamente em 1880 e seu vetor descrito em 1897 (GOOD, 2001).

No entanto, apesar dos diversificados esforços para controlar esta doença, a malária está entre as três doenças tropicais transmissíveis com maiores índices de morbimortalidade (SACHS & MALANEY, 2002). No mundo inteiro, grandes esforços e variado estão sendo feitos para saber mais sobre esta doença e para determinar como controlá-la. Cerca de 500 milhões de casos



clínicos de malária são registrados a cada ano (HEMINGWAY, 2003), sendo que a maioria destas mortes são crianças.

Na África subsaariana, onde a mortalidade da malária é mais elevada, 90% das mortes relacionadas com a malária são crianças menores de cinco anos de idade (GARDNER, 1999). No entanto, os números reais da doença, a morbidade e mortalidade podem ser muito diferentes dos citados acima. A maioria das mortes por malária ocorre no domicílio, onde muitos casos não são diagnosticados e microscópios funcionais não estão disponíveis na maioria das clínicas da área (GREENWOOD & MUTABINGWA, 2002).

O programa de erradicação da malária, gerido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), foi cancelado no final dos anos 1960 por causa de crescentes dificuldades, dado que a natureza complexa e persistente da doença que tem se tornado cada vez mais evidente. Hoje, as estratégias de gestão incluem o desenvolvimento de vacinas e quimioterápicos, controle de vetores, inseticidas, mosquiteiros e redes, além da conscientização da população. Resistência às drogas tanto do mosquito quanto do parasito é um obstáculo crescente na luta contra a malária, fazendo com que a terapia combinada de drogas tenha eficácia no combate à doença de chagas (RIDLEY et al., 2004).

A dengue é outra doença grave e tem ceifado milhares de vidas, se tivessem sido tomadas providências simples. A divulgação e o apelo dos órgãos públicos nos meios de comunicação têm ampliado as informações que se referem a questões cotidianas que poderiam evitar e prevenir essa doença. A questão básica se refere aos cuidados com hábitos de higiene que impedem a proliferação dos mosquitos transmissores *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, que picam durante o dia e a noite, ao contrário do mosquito comum, que pica durante a noite. Além da dengue o mosquito *Aedes aegypti* também pode transmitir a febre amarela. Os transmissores de dengue, principalmente o *Aedes aegypti*, proliferam-se dentro ou nas proximidades de habitações (casas, apartamentos, hotéis), em recipientes onde se acumula água limpa (vasos de plantas, pneus velhos, cisternas, etc.) O Site da Dengue da Fiocruz mostra os principais cuidados para evitar a ampliação dessa epidemia e orienta a população sobre primeiros sintomas,

A proposta de incluir a sociedade em Procedimentos e Ações Específicas de Protocolos Operacionais Padrões, são estratégias de inclusão e participação de parcela considerável das

comunidades atingidas pelas doenças endêmicas no Nordeste brasileiro, que envolvem entre outras, atividades de recrutamento de pessoal que contribua no corpo a corpo com os representantes comunitários promovendo palestras, simpósios e fóruns de discussão através de uma coordenação que desenvolva protocolos específicos de apoio à pronta-resposta e rápida estratégia de contenção às doenças locais e regionais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo entre as diferenças sociais e culturais deve ir além de proposições discursivas e merecem trabalho articulado que fortaleça o diálogo entre a medicina científica e a prática religiosa. A cultura intimamente ligada à questão de saúde tem se tornado um assunto de profunda dicotomia. De um lado o diagnóstico não determina que o tratamento das doenças tropicais de distribuição geográfica seja efetivado, do outro, as indústrias farmacêuticas não investem em pesquisas científicas solucionadoras que promovam preços acessíveis à população de baixo poder aquisitivo.

O circuito de diagnóstico social deverá ser ampliado em razão da proliferação de doenças endêmicas na Bahia, especialmente de sujeitos que migram das zonas rurais, com objetivos precípuos de criar condições e ampliar a expectativa de vida e saúde da população que precisa de uma rede informacional, capaz de obter resultados positivos na erradicação de mazelas das regiões onde a proporção estatística aumenta consideravelmente.

Os embates entre a medicina e a crença popular têm provocado confrontos e se transformam em tarefa utópica para o Brasil, país em ascensão social. Uma das principais ações de combate aos problemas de saúde é o desenvolvimento da área biotecnológica, em especial voltada à prevenção.

Nesse ambiente, o aspecto saúde é influenciado por tradições e pela própria diversidade cultural, que introduzem na vida das comunidades costumes e hábitos regularmente utilizados como procedimentos ancestrais de leigos, representantes de seitas, adeptos a procedimentos tradicionais que se intitulam curadores, e por vezes interferem na introdução de ações efetivas da medicina científica.

Para que as reflexões sobre as formas de representação, reconstrução e reinterpretação do passado comportem elementos de construção do presente, precisamos conhecer as características geográficas, climáticas e sociais para discutirmos as sociedades de acordo com suas peculiaridades, de tal forma que, as intervenções estejam estruturadas e voltadas para o entendimento do imaginário coletivo, e das ressignificações produzidas pelo espaço social em questão.

Embora o Brasil seja um dos principais países na produção de vacinas contra doenças endêmicas e tenha aumentado consideravelmente a integração entre a medicina formal e informal, a conciliação entre a tradição e a modernidade é de suma importância para a produção de novos fármacos e combate às endemias que acometem o Nordeste brasileiro.

Portanto, entendendo como os estudos específicos de grupos servem de elemento essencial e contributivo para a fusão de dois ou mais elementos culturais antagônicos num só elemento, o amalgamar de concepções heterogêneas em relação aos sincretismos e as diferenças étnicas podem produzir análises que servirão para estabelecermos um começo para o diálogo.

Alguns sinais perceptíveis de origens diversas entre índios, negros e europeus na Bahia são identificados por meio das pesquisas em memória, estudos etnográficos e outros, como subsídios explícitos que demonstram uma modernidade conservadora supostamente radical. A assertiva sobre o assunto gira em torno de adeptos das seitas rituais fechadas que, em detrimento dos procedimentos usais e da opinião geral obedecem a normas ancestrais que podem provocar prejuízos à saúde e problemas de saúde pública.

A mescla entre o tradicional e o moderno utilizada como forma de conagração entre os povos, tem por finalidade disseminar informações conceituais e referências de comportamentos que possam usar os saberes e práticas de forma pacífica, tratamentos que sejam em prol da qualidade de vida do homem.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, Manuel Correia de. *A Itália no Nordeste: contribuição italiana ao Nordeste do Brasil*. Torino; Recife: Fondazione Giovanni Agnelli, Fundaj, Editora Massangena, 1992.
- Coura, J. R., L. L. De Abreu, *et al.* [Comparative controlled study on the use of benznidazole, nifurtimox and placebo, in the chronic form of Chagas' disease, in a field area with interrupted transmission. I. Preliminary evaluation]. Rev Soc Bras Med Trop, v.30, n.2, Mar-Apr, p.139-44. 1997.
- Cardoso, Fernando Henrique. FALETTO, Enzo. *Dependência e Desenvolvimento na América Latina: Ensaio de Interpretação Sociológica*. 7ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1970.
- Carneiro, E. *Candomblés da Bahia*. Rio de Janeiro: Conquista 1979.
- Cunha-Neto, E., P. C. Teixeira, *et al.* New concepts on the pathogenesis of chronic Chagas cardiomyopathy: myocardial gene and protein expression profiles. Rev Soc Bras Med Trop, v.39 Suppl 3, p.59-62. 2006.
- Da Costa Pinto E.A.L., Almeida E.A., Figueiredo D., Bucarechi F., Hessel G. Chagasic megaesophagus and megacolon diagnosed in childhood and probably caused by vertical transmission. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo. v. 43 (4), 2001
- Dias, J. C. Chagas disease, environment, participation, and the state. Cad Saude Publica, v.17 Suppl, p.165-9. 2001.
- Dias, J. P., C. Bastos, *et al.* Acute Chagas disease outbreak associated with oral transmission. Rev Soc Bras Med Trop, v.41, n.3, May-Jun, p.296-300. 2008.
- Gardner, M. J. The genome of the malaria parasite. Curr Opin Genet Dev, v.9, n.6, Dec, p.704-8. 1999.
- Geertz, C. (1975/1992). Common sense as a cultural system, *The Antioch Review* 50(1-2) winter 1992; Section: The Fourth Decade 1971-1980; (reprinted)
- Greenwood, B. e T. Mutabingwa. Malaria in 2002. Nature, v.415, n.6872, Feb 7, p.670-2. 2002.
- Good, M. F. Towards a blood-stage vaccine for malaria: are we following all the leads? Nat Rev Immunol, v.1, n.2, Nov, p.117-25. 2001.
- Hemingway, J. e I. Bates. Malaria: past problems and future prospects. After more than a decade of neglect, malaria is finally black on the agenda for both biomedical research and public health politics. EMBO Rep, v.4 Spec No, Jun, p.S29-31. 2003.
- Lambert, M. L. e P. Van Der Stuyft. Editorial: Global Health Fund or Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria? Trop Med Int Health, v.7, n.7, Jul, p.557-8. 2002.
- Lopes M.D., MACEDO V. Incidência elevada de transmissão materno-infantil da doença de Chagas entre irmãos. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. v. 24, p. 48-49, 1991

- Michailowsky, V., N. M. Silva, *et al.* Pivotal role of interleukin-12 and interferon-gamma axis in controlling tissue parasitism and inflammation in the heart and central nervous system during *Trypanosoma cruzi* infection. Am J Pathol, v.159, n.5, Nov, p.1723-33. 2001
- Ashford, D.A., Bozza, M., Freire, M., Miranda, J.C., Sherlock, I., Eulalio, C., Lopes, U., Fernandes, O., Degraeve, W., Barker, R.H., Jr., et al., 1995. Comparison of the polymerase chain reaction and serology for the detection of canine visceral leishmaniasis. Am J Trop Med Hyg 53, 251-255.
- Tesh, R.B., 1995. Control of zoonotic visceral leishmaniasis: is it time to change strategies? Am J Trop Med Hyg 52, 287-292.
- Moncayo, A. From basic research to product development: not an easy way. Infect Genet Evol, v.3, n.3, Sep, p.157-8. 2003.
- Pinto, P. L., R. Takami, *et al.* Life cycle of *Trypanosoma cruzi* (Y strain) in mice. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo, v.54, n.5, Sep-Oct, p.141-6. 1999.
- Ridley, R. e Y. Toure. Winning the drugs war. Nature, v.430, n.7002, Aug 19, p.942-3. 2004.
- Sachs, J. e P. Malaney. The economic and social burden of malaria. Nature, v.415, n.6872, Feb 7, p.680-5. 2002.
- Shikanai-Yasuda, M. A., C. B. Marcondes, *et al.* Possible oral transmission of acute Chagas' disease in Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo, v.33, n.5, Sep-Oct, p.351-7. 1991.
- Thompson, Edward P. Folclore, Antropologia e História Social. In: As peculiaridades dos ingleses e outros artigos. Campinas: Editora da UNICAMP, 2001.
- Vinhaes, M. C. e J. C. Dias. Chagas disease in Brazil. Cad Saude Publica, v.16 Suppl 2, p.7-12. 2000.