



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Antropologia

**PERCURSOS DAS MÃES NA PROCURA DE MEDICAMENTOS PARA DOENÇAS  
EM MENORES DE CINCO ANOS, NUM MERCADO FARMACOLÓGICO  
MÚLTIPLO NA CIDADE DE XAI-XAI, EM MOÇAMBIQUE**

Gefra Gustavo Fulane

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Desenvolvimento e Saúde Global

Orientadora:

Professora Doutora Clara Afonso de Azevedo de Carvalho

Professora Auxiliar do Departamento de Antropologia

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2012

Percursos das mães na procura de medicamentos para doenças em menores de cinco anos, num mercado farmacológico múltiplo na cidade de Xai-Xai, em Moçambique

Outubro, 2012

## **DEDICATÓRIA**

*Ao meu pai Gustavo José Machatine Fulane;*

*Ao meu irmão Válder Lamito Gustavo Fulane,*

*ETERNA SAUDADE...*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que interferiram directa ou indirectamente para a realização do presente estudo. À Professora Clara Carvalho, pelo apoio e incentivo prestados antes e durante a orientação desta Dissertação. Pela amizade e confiança imensurável depositada em mim durante este percurso académico. Muito obrigada Professora!

Ao Doutor Emídio Gune, ao Doutor Elísio Jossias, ao Doutor Eugênio Santana e ao Sr. Fernando Gil Ferreira. A todos que facilitaram a realização da pesquisa etnográfica deste estudo, nomeadamente a Direcção Provincial de Saúde de Gaza (Dr. Isaiás Ramiro), o Centro de Saúde da Cidade de Xai-Xai, o Conselho Municipal da Cidade de Xai-Xai. A todos os participantes da presente investigação.

Tudo isto existe graças a duas entidades responsáveis pela minha vida: Deus e minha mãe, Maria Sofia. Muito obrigada pela bênção, pela condução e pelo amor.

Aos restantes familiares, amigos e colegas do Mestrado.

## RESUMO

O presente estudo faz uma análise dos percursos das mães na procura de medicamentos para doenças em menores de cinco anos, na cidade de Xai-Xai em Moçambique. Dados etnográficos recolhidos em Xai-Xai, o estudo revela que na procura de respostas para as doenças dos seus filhos, num contexto de pluralismo farmacológico, as mães passam por quatro estâncias. Na primeira estância as mães recorrem a medidas caseiras; na segunda, elas recorrem aos fármacos biomédicos; na terceira estância as mães recorrem aos fármacos tradicionais e; na quarta estância recorrem aos fármacos biomédicos e tradicionais de forma combinada.

O recurso às medidas caseiras é em parte motivado pela distância no acesso ao centro de saúde ou às farmácias (biomédica e tradicional). O recurso aos fármacos biomédicos e aos fármacos tradicionais é motivado pela percepção sobre a causa, pelo que para as doenças com causas físicas recorre-se aos fármacos biomédicos e para as doenças com causas sociais recorre-se aos fármacos tradicionais. Entretanto, ao longo do tempo, motivadas pela incerteza de uma ineficácia contingente, as mães desfazem esses conjuntos e combinam fármacos biomédicos e tradicionais para as mesmas doenças em menores de cinco anos.

**Palavras-chave:** *Percursos terapêuticos, menores de cinco anos, medicamentos, provedores de Saúde.*

## ***ABSTRACT***

This study analyzes the paths of mothers in search of medicines for diseases in children under five years, in the city of Xai-Xai in Mozambique. Through ethnographic data collected in Xai-Xai, the study reveals that in a context of pharmacological pluralism, mothers go toward four steps in the search for medicines to treat diseases of their children. While in the first step the mothers resort to home measures, in the second they resort to biomedical medicines. In the third step, mothers resort to traditional medicines and, in the fourth step they resort to traditional and biomedical medicines, in combination.

The use of household measures is motivated by the distance in access to the health center or to pharmacies (biomedical and traditional). The use of biomedical or traditional medicines is motivated by the perception of the etiology, therefore for diseases caused by physical factors mothers resort to biomedical medicines and for diseases caused by social factors they resort to traditional medicines. However, over time, driven by the uncertainty of a contingent inefficacy, mothers combine these sets of biomedical and traditional medicines for the same disease in children under five years.

**Keywords:** *Therapeutic paths, under five children, medicines, Health Providers.*

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	6
Saúde e Doença: conceitos antropológicos.....	6
O Conceito de Cultura.....	9
Um contexto de pluralismo médico: entre a biomedicina e a medicina tradicional.....	10
Acesso aos serviços de saúde.....	15
A procura de cuidados de saúde em contextos de multiplicidade terapêutica.....	17
A terapêutica com base nos medicamentos e a questão da eficácia.....	19
<b>CAPÍTULO 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	29
A Cidade de Xai-Xai: características gerais e sanitárias .....	29
Métodos, técnicas e constrangimentos .....	34
<b>CAPÍTULO 3. PERCURSOS DAS MÃES NA PROCURA DE MEDICAMENTOS PARA MENORES DE CINCO ANOS NA CIDADE DE XAI-XAI</b> .....	43
<b>RESULTADOS</b> .....	43
Perfil das mães .....	43
Agentes do mercado farmacológico em Xai-Xai .....	45
Doenças em menores de cinco anos: percepção da OMS e prática das mães .....	49
Percurso das mães: factores geradores e lógicas subjacentes.....	62
<b>DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS</b> .....	67
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	74
<b>FONTES</b> .....	75
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	77

## ÍNDICE DE FIGURAS

Quadro 2.1 – Dados sócio-demográficos II .....	31
Quadro 2.2 – Sumário dos outputs obtidos. ....	40
Quadro 3.1 – Perfil das mães .....	44
Quadro 3.2 – Principais doenças em de <5 anos na óptica da OMS e MISAU. ....	50
Quadro 3.3 – Principais doenças de <5 anos na óptica das mães.....	52

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 – Mapa de Moçambique .....	29
Figura 2.2 – Dados demográficos I .....	31
Figura 2.3 – Vista frontal do Centro de Saúde da Cidade de Xai-Xai .....	38
Figura 3.1 – Farmácia Paulo (biomédica). .....	46
Figura 3.2 – Farmácia tradicional – mercado Limpopo .....	48
Figura 3.3 – Malária: coartem (à esquerda) e paracetamol (à direita). .....	54
Figura 3.4 – Doença da lua: folhas secas (à esquerda) e cocktail de raízes (à direita). .....	56
Figura 3.5 – Expectoração e constipação: xarope (à esquerda) e paracetamol (à direita). .....	58
Figura 3.6 – Diarreia: Sais de Reidratação Oral.....	59
Figura 3.7 – <i>Xilalá</i> : pedaços de peles de animais. ....	60
Figura 3.8 – <i>Nómbó</i> : cocktail de raízes .....	61

## GLOSSÁRIO DE SIGLAS

<i>AMETRAMO</i>	Associação Moçambicana de Médicos Tradicionais
<i>CMCX</i>	Conselho Municipal da Cidade de Xai-Xai
<i>CSCX</i>	Centro de Saúde da Cidade de Xai-Xai
<i>CMAM</i>	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
<i>DAA</i>	Departamento de Arqueologia e Antropologia
<i>DPS</i>	Direcção Provincial de Saúde
<i>EGPAF</i>	Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation
<i>FRELIMO</i>	Frente de Libertação de Moçambique
<i>GEMT</i>	Gabinete de Estudos em Medicina Tradicional
<i>HIV</i>	Vírus de Imunodeficiência Humana
<i>ICAP</i>	International Center for AIDS Care and Treatment Programs
<i>IRAs</i>	Infecções Respiratórias Agudas
<i>MEDIMOC</i>	Empresa de Importação e Exportação de Medicamentos
<i>MISAU</i>	Ministério da Saúde
<i>MT</i>	Medicina Tradicional
<i>ODM</i>	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
<i>OMS</i>	Organização Mundial da Saúde
<i>PNCM</i>	Programa Nacional de Controlo da Malária
<i>RENAMO</i>	Resistência Nacional
<i>SIDA</i>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<i>SNS</i>	Serviço Nacional de Saúde
<i>TRO</i>	Tratamento de Reidratação Oral
<i>UEM</i>	Universidade Eduardo Mondlane
<i>UNFPA</i>	The United Nations Population Fund
<i>UNICEF</i>	The United Nations Children's Fund
<i>WHO</i>	World Health Organization

## GLOSSÁRIO DE SINÓNIMOS

- Humbá* é a expressão Changana para designar carapaça de caracol;
- Murhí* é a expressão Changana que designa medicamento;
- Nhóka* é a expressão Changana para designar verme e lombriga. É também utilizada para designar cobra;
- Nyamusoro* é a expressão Changana para designar curandeiro exorcista;
- Nhanga* é a expressão Changana para designar curandeiro;
- Nyanganarume* é a expressão Changana para designar curandeiro que usa ossos divinatórios e plantas medicinais;
- Tinhlo* é a expressão Changana para designar o método de adivinhação utilizado pelo curandeiro, constituído por ossículos e outros objectos como conchas, pedaços de madeira e pedras;
- Ximbitana* é a expressão Changana para designar panela de barro usada para ferver medicamentos tradicionais;
- Wutómi* é a expressão Changana para designar saúde. Esta expressão é também utilizada para designar vida.

## **INTRODUÇÃO**

O presente estudo é uma dissertação elaborada como requisito parcial das exigências para a obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento e Saúde Global, no ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa. O estudo analisa os percursos das mães na procura de medicamentos para as doenças em menores de cinco anos, num mercado farmacológico múltiplo na cidade de Xai-Xai, em Moçambique.

A mortalidade infantil é um assunto globalmente preocupante na contemporaneidade. A inquietação com a mortalidade infantil e, especialmente, de crianças entre os zero e os cinco anos de idade ganhou maior proeminência a partir do ano 2000, quando os dirigentes mundiais reuniram-se na Cimeira do Milénio, com o intuito de reafirmar as obrigações mundiais para com pessoas vulneráveis, no âmbito da execução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio número 4 (ODM 4).

Como consequência das acções do ODM 4, é notório em muitos países, um progresso considerável na redução da mortalidade em crianças com menos de cinco anos de idade. Para tornar esta redução mais eficiente e eficaz, os governos dos países desenvolvidos e dos que estão em desenvolvimento, em coordenação com o sector privado, fundações, organizações internacionais, sociedade civil e organizações de investigação, comprometeram-se em contribuir com mais de US \$ 40 bilhões em recursos desde 2010.

Ainda no âmbito dos ODM 4, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem prestando assistência nos seguintes pontos: fornecimento de orientações baseadas em evidência clínica e programática; definição de padrões globais e; prestação de apoio técnico aos Estados-membros. Adicionalmente, a OMS tem recomendado procedimentos terapêuticos eficazes e acessíveis e, para além de advogar a implementação de políticas e programas, monitora o seu progresso<sup>1</sup>. Não obstante os esforços envidados nesta luta contra a mortalidade em menores de cinco anos, ainda se está longe de atingir-se a redução em dois terços até 2015 em todo o mundo, tal como ficou delimitado nos ODM, porque *“child deaths are falling, but not quickly enough”* (United Nations, 2010).

---

<sup>1</sup> Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/child/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/child/en/index.html), consultado em 05/09/2012.

Em 2011 cerca de 6,9 milhões de crianças com menos de cinco anos perderam a vida em todo o mundo (WHO, 2012b), e o maior risco continua sendo mais notável nos primeiros anos de vida. A África Austral, para além de confrontar-se com a lenta redução da mortalidade em menores de cinco anos, tem o desafio da elevada taxa de fecundidade (WHO, 2012a). Em Moçambique a taxa de mortalidade é de 135 óbitos por 1000 Nados Vivos. A elevada taxa de mortalidade em menores de cinco anos em Moçambique tem como causas principais a malária (19%), a pneumonia (15%), a diarreia (11%), o HIV/SIDA (10%), a asfixia à nascença (9%), a sepse neonatal (4%), os acidentes e lesões (3%) e o sarampo (1%) (WHO, 2012a).

Apreensivo com esta situação, o Ministério da Saúde moçambicano (MISAU) adoptou uma série de medidas com o objectivo de reduzir a morbi-mortalidade neonatal e infantil, através do enfoque nas principais causas. Não obstante os esforços programáticos envidados pelo MISAU através do Programa da Saúde da Mulher e Criança e, em coordenação com os organismos internacionais (UNICEF, OMS, UNFPA, Save the Children, Pathfinder, EGPAF, ICAP) e a sociedade civil<sup>2</sup>, muito carece de ser feito para assegurar eficácia nas intervenções realizadas em prol da redução da mortalidade de menores de cinco anos.

É devido a esta problemática que o presente estudo procura fazer uma análise sobre as doenças em menores de cinco anos na cidade de Xai-Xai, em Moçambique. Xai-Xai de que nos debruçamos, é uma cidade multicultural, caracterizada pela coexistência de vários tipos de conhecimentos e práticas médicas – um contexto designado pluralismo médico. Neste contexto vários provedores de cuidados de saúde concorrem e digladiam-se na procura de legitimidade para o tratamento de doenças, de entre as quais, as que afligem aos menores de cinco anos de idade (Meneses, 2000 & Honwana, 2002). Apesar da imanente competição na luta contínua pela legitimação entre diferentes práticas cuidados de saúde, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) moçambicano cobre apenas 40% da população, ao que pensa-se que parte desta, bem como os restantes 60%, são cobertos por outros provedores de saúde (República de Moçambique, 2004: 131).

---

<sup>2</sup> Informação disponível em [www.misau.gov.mz](http://www.misau.gov.mz). Consultado em 05/09/2012.

Em Xai-Xai, embora a Direcção Provincial da Saúde de Gaza se preocupe mais em promover a saúde e o bem-estar dos idosos, das mulheres e dos menores de cinco anos, com intervenções acessíveis à população<sup>3</sup>, o número e a distribuição das unidades sanitárias existentes são insuficientes para atender à totalidade da população. Associada à insuficiência de hospitais, está a coexistência de diferentes provedores de cuidados de saúde – e neste ponto está o interesse deste estudo em compreender a maneira como as mães gerem a procura, busca e uso dos recursos farmacológicos disponíveis para o tratamento de doenças em menores de cinco anos de idade.

Mais do que a procura de cuidados terapêuticos mais abrangentes, o presente estudo interessa-se por tratamentos de doenças com base nos medicamentos. Os medicamentos são substâncias indispensáveis para quaisquer programas de cuidados de saúde<sup>4</sup> e desempenham um papel crucial no alívio, tratamento e cura de várias enfermidades. Porém a qualidade e eficácia dos processos terapêuticos não depende exclusivamente dos medicamentos.

Partindo do pressuposto de que os medicamentos são substâncias capazes de transformar a condição de organismos vivos para melhor ou para pior<sup>5</sup>, a presente investigação faz referência dos mesmos sob um ponto de vista (conceitual e metodológico) holístico. Assim, todo o tipo de substância – biomédico ou tradicional – capaz de prevenir doenças, imunizar o organismo, contornar um risco, tratar e curar doenças, concebe-se como fármaco e, por conseguinte merece a nossa atenção.

A noção de mercado utilizada neste estudo, é análoga a um espaço social, físico ou não, no qual diferentes provedores de serviços de saúde oferecem uma diversidade de medicamentos e tratamentos para potenciais clientes que, por sua vez adquirem estes bens como a cura, a protecção, o alívio de sofrimento, de doenças e de infortúnios<sup>6</sup>. O conceito de percursos terapêuticos aqui mencionado baseia-se na noção de *itinéraire thérapeutique* usada por Marc Augé para designar o processo de gestão de tratamento que inclui a totalidade de acontecimentos que vão desde o aparecimento do problema, a escolha de diversas opções

---

<sup>3</sup> Dados oficiais fornecidos pela Direcção Provincial da Saúde de Gaza.

<sup>4</sup> Van der Geest & Whyte (1989: 346).

<sup>5</sup> Van der Geest (1996).

<sup>6</sup> Thornton (2010: 145).

institucionais ou não institucionais, e também as várias percepções e interpretações que permeiam essas escolhas<sup>7</sup>.

É devido à problemática de mortalidade de menores de cinco anos em Moçambique e às limitações das explicações teóricas em torno da procura de cuidados de saúde que o presente estudo tem como questão de partida “Quais são os percursos das mães na procura de medicamentos para doenças em menores de cinco anos de idade em Xai-Xai?”. Com esta inquietação procura-se compreender a maneira como as mães gerem o processo de procura de cuidados de saúde, desde a suspeita de doença, a adesão às diversas opções existentes no mercado, como também as condições que influenciam e permeiam tais adesões.

Por ter em conta que a realidade social é mais rica e matizada do que as hipóteses que se possam elaborar a seu respeito<sup>8</sup> e que uma verdadeira pesquisa tem como objectivo descobrir novos factos inesperados, o presente estudo dispensa a elaboração de hipóteses, substituindo-as pela pergunta de partida, com a qual se efectuará a confrontação empírica.

Um dos factores importantes para o sucesso dos programas de intervenção a nível comunitário e doméstico é ter em conta as relações de poder parental imanes, incluindo as pessoas que tomam as principais decisões<sup>9</sup>. A amamentação nos primeiros dias de vida cria títulos de responsabilidade entre o zelador (mãe) e a criança, que se estendem para cuidados de saúde e educação<sup>10</sup>. Em Xai-Xai, tal como em muitas sociedades, o bem-estar familiar e das crianças em particular, depende da acção da mãe. É neste sentido que o estudo tem as mães como o principal grupo-alvo. Contudo, não se negligencia a possibilidade de existirem outros membros familiares que desempenhem o papel tradicionalmente desempenhado pelas mães.

Como objectivo geral, o presente estudo pretende analisar os percursos das mães na procura de medicamentos para menores de cinco anos de idade, num mercado farmacológico múltiplo, na cidade de Xai-Xai. Especificamente, a pesquisa pretende descrever o contexto de pluralismo farmacológico em Xai-Xai e as lógicas dos agentes; caracterizar as principais

---

<sup>7</sup> Janzen (2002: 220).

<sup>8</sup> Quivy & Campenhoudt (1998: 211).

<sup>9</sup> Pilkington (2004: 1).

<sup>10</sup> Goody (1982: 58).

doenças em menores de cinco anos de idade e; descrever os percursos das mães na procura de soluções farmacológicas para doenças em menores de cinco anos.

Os dados etnográficos que sustentam o estudo foram recolhidos na cidade de Xai-Xai, no Sul de Moçambique, entre os meses de Janeiro e Março de 2012. A opção por Xai-Xai deve-se por um lado ao facto de ser uma cidade multicultural com um hibridismo médico imanente e, por outro porque ser a minha cidade natal. Como técnicas o estudo baseou-se nas entrevistas semi-directivas, conversas informais e observações directas. Assim, com base nas entrevistas institucionais e domiciliárias obteve-se narrativas de 20 participantes, sendo treze mães, uma avó, duas enfermeiras, dois farmacêuticos, um vendedor de fármacos tradicionais e um curandeiro.

O presente estudo revela que na procura de respostas para as doenças dos seus filhos, num contexto de pluralismo farmacológico, as mães passam por quatro estâncias. Na primeira estância as mães recorrem a medidas caseiras; na segunda, elas recorrem aos fármacos biomédicos; na terceira estância as mães recorrem aos fármacos tradicionais e; na quarta estância recorrem aos fármacos biomédicos e tradicionais de forma combinada.

Este estudo é apresentado em seis secções. Feita a introdução, segue a revisão de literatura como segunda secção e os aspectos metodológicos como terceira secção. A quarta secção corresponde aos percursos das mães na procura de medicamentos para menores de cinco anos em Xai-Xai e, a quinta secção às considerações finais. Por fim, temos as referências bibliográficas como sexta secção.

## 1. CAPÍTULO I: REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1. Saúde e Doença: conceitos antropológicos

Entende-se por saúde<sup>11</sup> ao estado do indivíduo em que as funções orgânicas, físicas e mentais decorrem com normalidade e doença como a alteração patológica dos órgãos, partes, estruturas, sistemas do corpo ou do respectivo funcionamento, ou seja doença é a falta de saúde (Academia da Ciências de Lisboa, 2001: 1299, 3349). Embora elucidativa, esta concepção de saúde e doença dá primazia aos aspectos biológicos e mecânicos do indivíduo em detrimento dos aspectos sociais do mesmo.

A OMS define saúde como não apenas a ausência de doença, mas sim um completo bem-estar físico, mental e social (Baer, Singer & Susser, 2003: 4). A pretensão por um completo estado de bem-estar pode ser fantasmagórico, até porque mais do que algum estado absoluto, saúde é um conceito elástico que deve ser avaliado num contexto sociocultural mais complexo (Baer, Singer & Susser, 2003: 4). Na mesma sequência, doença é entendida como uma situação disruptiva que de alguma maneira ameaça o curso da vida. Porém, doença deve ser entendida do ponto de vista biológico e social, numa relação entre *microparasitism* (orgânica individual causadora de doença) e *macroparasitism* (relações sociais causadoras de doença) (Baer, Singer & Susser, 2003: 6).

Doença pode ser concebida como *sickness*, *illness* e *disease*. *Sickness* é a experiência subjectiva individual ou grupal de uma condição que perturba a vida comum e causa enfermidade. Na experiência da enfermidade referida em *sickness*, os indivíduos fazem parte do grupo identitário forte, onde a doença é compartilhada de forma mais completa por várias pessoas juntas. *Illness* é a experiência subjectiva de mal-estar, dada à aflição pelo próprio paciente e ao comportamento em que este se expressa; portanto *illness* é uma expressão de doença culturalmente incorporada. Por seu turno *disease* refere-se às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas, ou seja condição objectiva ou patológica determinada pelo profissional biomédico (Janzen 2002 & Uchôa e Vidal, 1994). A ênfase

---

<sup>11</sup> A expressão saúde em Changana *wutómi* também significa vida.

dada ao profissional biomédico na legitimação do estado de doença em *disease* suscita, na minha opinião, a hegemonia do poder dos profissionais deste sector em detrimento de outros conhecimentos.

Tanto saúde como doença são conceitos social e culturalmente construídos, cujos significados variam mediante contextos socioculturais e períodos históricos (Baer, Singer & Susser, 2003). A respeito, Evans-Pritchard (1987) já referia que a bruxaria é, para os Azande, a explicação para saúde e doença e serve também como filosofia natural, que regula os valores e conduta humana.

Em Moçambique, as práticas de tratamento assentam no pressuposto de que estar bem de saúde requer uma capacidade de proteger-se dos males naturais ou “enviados”, através do equilíbrio e paz entre o corpo, os antepassados, os vizinhos, a alimentação (Meneses, 2000).

Nesta ordem a saúde é abordada em termos de processo de vida, definindo-se pelas relações harmoniosas entre os seres humanos e o meio ambiente, entre eles e os seus antepassados e entre estes e o meio ambiente. “A chuva deve cair na sua época normal, as culturas devem crescer, as pessoas não devem ficar doentes e as crianças não devem morrer” (Honwana, 2002: 209). Logo a doença é vista como uma anomalia, uma ruptura à normalidade ou à condição natural – naturalidade. A sua ruptura exige uma explicação social, ecológica e espiritual (Granjo, 2009).

Para Honwana (2002) existem dois tipos de doenças em Moçambique, a saber, simples e complexas. Doenças simples são aquelas causadas por condições naturais (micróbios, bactérias, má alimentação, só para citar algumas), sendo a tosse, a constipação, a febre, as dores de estômago, as mais frequentes. Estas doenças ocorrem na vida dos indivíduos e são transitórias. Se, por ventura, a doença persistir e constituir uma ameaça para a vida do indivíduo e da sua família, passa a ser classificada como complexa. Isto porque as doenças complexas são as vistas como um incumprimento das normas e valores sociais que definem um mundo social saudável. As doenças complexas podem ser ocasionadas através da manipulação intencional das condições ecológicas; pela repreensão dos antepassados; ou por intenções malignas (Honwana, 2002: 211).

No contexto moçambicano os seres humanos e os espíritos dos antepassados podem ser considerados ontologicamente como parte integrante uns dos outros. Os mortos continuam entre os vivos protegendo-os, orientando-os e repreendendo-os quando necessário. E cabe aos vivos manter com os antepassados uma atitude respeitosa e reverente (Honwana, 2002: 210 & Granjo, 2009: 255). Vistos a partir desta perspectiva os infortúnios constituem um instrumento de controlo social.

Em Moçambique as dicotomias entre corpo e mente, indivíduo e sociedade, não se são aplicáveis. Ainda na mesma linha, nenhuma coincidência é casual e nenhum acontecimento é indesejável, razão pela qual a doença e a morte não são apenas consideradas naturais, mas também socialmente fomentadas (Granjo, 2009: 252). Por conseguinte, não basta tratar a doença para recuperar a saúde do paciente, é também necessário restabelecer um equilíbrio social.

Esta perspectiva holística assente no contexto médico moçambicano simboliza uma hibridação entre o indivíduo, a família, a comunidade, o meio natural e os avanços tecnológicos da modernidade. A multiplicidade de explicações de saúde e doença justificam a existência de múltiplos provedores de cuidados de saúde em Moçambique, cujo destaque vai para os profissionais biomédicos, curandeiros de espíritos *nyamusoro*, e fitoterapeutas *nyangarume* (Meneses, 2000).

Abordado desta maneira pode-se referir que no contexto moçambicano a doença não é o oposto de saúde, ao não esgotar-se em si própria, ela é como um sintoma de um problema último a monte. A capacidade curativa em relação a uma determinada enfermidade não está em causa, pois mesmo que os critérios físicos de eficácia a comprovem, só o curandeiro *nyanga* poderá descobrir a sua causa subjacente e conduzir à sua superação (Granjo, 2009: 260). Conceber saúde e doença de forma holística implica reconhecer o papel que a cultura desempenha nessa conceitualização. Então o que é cultura?

## **1.2. O Conceito de Cultura**

Embora ciente de que a cultura tem sido considerada uma abstracção tão complexa que desafia a possibilidade de uma definição exacta ao conceito inicial, dada a importância que a cultura tem desempenhado na interpretação da saúde e doença em diferentes sociedades humanas, a sua conceitualização torna-se fundamental. Edward Tylor foi o primeiro antropólogo a dar significado à noção de cultura no sentido antropológico. Tylor definiu cultura como *“um todo complexo que incluía conhecimento, crenças, arte, justiça, ética, hábitos e outras capacidades e costumes adquiridos pelo homem como membro da sociedade”* (Pires, 2006: 37). Compenetrada por uma perspectiva evolucionista, esta definição refere-se à cultura como matéria natural determinada pelos espaços geográficos.

Por seu turno, numa perspectiva funcionalista Ruth Benedict referiu-se à cultura como *“um complexo integrado, mais ou menos organizado à volta de um motivo central ou de uma atitude generalizada em relação à realidade”* (Pires, 2006: 53). A cultura deve ser concebida sob um ponto de vista holístico pois nenhum dos seus aspectos específicos pode ser compreendido sem mencionar o contexto de que faz parte. É neste sentido que Benedict salienta que a cultura não é um complexo transmitido biologicamente. Enquanto o animal (urso) é moldado pelo instinto, o homem é-o pela cultura. É a cultura que transmite ao homem uma plasticidade, responsável pelo desenvolvimento da inteligência (Benedict, 1934: 26). Na mesma linha que Benedict, Spradley define cultura como o conhecimento adquirido através do qual os indivíduos interpretam as experiências do quotidiano que geram o seu comportamento e escolhas (Spradley, 1980: 6).

Clifford Geertz, considerado mentor da corrente interpretativista, define cultura como *“uma rede simbólica e semiótica, afirmando que os homens estão suspensos em redes de significados, que eles próprios teceram e que a cultura é constituída por essas redes, não sendo a sua análise uma ciência experimental em busca de uma lei mas sim uma ciência interpretativa que procura significados e explicações”* (Pires, 2006: 38). Para além da vertente simbólica a cultura é aprendida num longo processo de enculturação e partilhada por indivíduos que vivem no mesmo contexto societal (Pires, 2006).

### **1.3. Um contexto de pluralismo médico: entre a biomedicina e a medicina tradicional**

Pluralismo médico é um contexto ou uma circunstância de coexistência de um conjunto múltiplo de sistemas médicos, ou uma série de pensamentos e práticas dentro das culturas e civilizações (Baer, Singer & Susser, 2003 & Janzen, 2002). O surgimento da noção de pluralismo médico partir da concepção da medicina como uma parte integrante de toda a sociedade, uma vez que o conhecimento e práticas médicas tanto dos profissionais como dos não profissionais são cultural e regionalmente informados – tendo a sua significação de ser contextualizada (Lock & Nguyen, 2010: 60).

Um contexto de pluralismo médico é composto por vários sistemas ou tradições médicas. A ideia de sistema médico está enraizada na corrente estruturo-funcionalista, segundo a qual as sociedades são sistemas naturais coerentes, formados por elementos interdependentes, onde cada um desempenha uma função para a manutenção do todo (Evans-Pritchard, 1972: 85). Neste ponto de vista, as práticas médicas eram também assumidas como um rol de coerências a que se designa sistema médico (Janzen, 2002).

Portanto sistemas médicos são modelos conceituais desenvolvidos com o objectivo de se compreender como os indivíduos lidam com a saúde e doença, em determinados contextos culturais (Pool & Geissler, 2005). Definem-se como um conjunto de comportamentos e práticas associadas à promoção da saúde e alívio de doenças (Baer, Singer & Susser, 2003: 8). Ao conjunto dessas práticas, produzidas pela dialéctica entre o provedor e o paciente dá-se o nome de Sistema de Cuidados de Saúde *Health Care Systems* – um sistema que engloba as experiências dos indivíduos a episódios de doença, as diferentes respostas para as solucionar e as instituições sociais inerentes (Kleinman, 1980). É nesta sequência que Kleinman distingue três sectores de cuidados de saúde, nomeadamente o sector popular, o sector profissional e o sector folclórico<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> O sector popular é o sector leigo de cuidados de saúde sem profissionalização nem especialização, onde se encontram as primeiras respostas às doenças. Pertencem a este sector, a família, as redes sociais locais e as crenças da comunidade sobre a saúde e doença. De forma contrária, o sector profissional é aquele que inclui os cuidados de saúde levados a cabo por profissionais (bio)médicos. Neste sector predomina a burocracia clínica mediada por pagamentos monetários (Kleinman, 1980: 53,54). O sector profissional é susceptível à indigenização quando práticas da medicina científica são filtrados pelo sector popular (Pool & Geissler, 2005). Por sua vez o sector folclórico é caracterizado pela não profissionalização e não burocratização; refere-se aos cuidados de saúde não mencionados nos sectores popular e profissional. Este sector faz a distinção entre as

As formas de pluralismo médico variam consoante o contexto geográfico e cultural. No contexto do Sul de Moçambique, encontram-se formas alternativas de assistência médica, nomeadamente a biomedicina, a medicina tradicional, a cura profética e religiosa, de entre outras.

A biomedicina<sup>13</sup> – também designada por medicina científica, medicina regular, medicina cosmopolita, medicina alopática, medicina ocidental e biomedicina – é o termo usado para referir à medicina científica desenvolvida na Europa, que tem como foco o corpo físico do indivíduo. A biomedicina surge na Grécia, como síntese entre a *tekne* e o cristianismo (Comelles, 1993: 172), sendo geralmente caracterizada pelo reducionismo biológico, ou seja *human pathophysiology* (Baer, Singer & Susser, 2003: 11).

A sua legitimação teve avanço no século XVI quando a modernização buscava controlar o mundo natural através da ciência. Nesta altura o dualismo cartesiano – característico na Europa desde o iluminismo – deu origem às dicotomias marcadamente visíveis no mundo científico, que se baseavam na separação de corpo e mente, espírito e matéria, real e irreal. Desta maneira, as leis universais polarizaram a vida social do mundo natural e facilitaram a criação e legitimação das ciências naturais (Scheper-Hughes & Lock, 1987; Lock & Nguyen, 2010). Posteriormente, destaca-se o papel fulcral que as Fundações Rockefeller e Carnegie desempenharam para a expansão da biomedicina, através de financiamentos para a formação e investigação sobre a teoria do germe (Baer, Singer & Susser, 2003: 13). No entanto, estes financiamentos tinham como principal objectivo a criação de uma força de trabalho para fazer emergir o capitalismo.

Ao partir do argumento de que o corpo humano é similar em todos os contextos geográficos, a biomedicina guia-se por uma visão uniformizadora em relação ao diagnóstico e tratamento de doenças e, conseqüentemente, aplica-se no dia-a-dia dos indivíduos, integrando-se numa rede de formalizações cujo objectivo é regular a saúde e o comportamento moral da população (Lock & Nguyen, 2010: 68).

---

vertentes seculares e sagradas da cura e inclui os rituais cura ervanária e cirurgias tradicionais (Kleinman, 1980: 59). Esta concepção foi alvo de críticas por causa da sua visão estática (Janzen, 2002).

<sup>13</sup> A sociedade no geral (principalmente os profissionais e os pacientes) utilizam o termo medicina para designar o que os teóricos chamam de biomedicina, como se fosse a única medicina real (Hahn & Kleinman, 1983: 312).

Este processo de legitimação do saber biomédico, medicalização gerou o que Menéndez (2005) designa Modelo Médico. É um modelo surgido no século XVIII, assente na prática clínica e que assume as doenças como entidades universais, biológicas e psicofisiológicas, resultantes de disfunções somáticas (Good, 2010: 65). Sendo assim, o modelo médico é caracterizado por biologismo, individualismo, a-historicismo, a-sociabilidade, mercantilismo e a eficácia pragmática. As suas funções são curativa/preventiva, normalizadora, de controlo e de legitimação (Menéndez, 2005: 16). Este modelo, difundido por instituições de formação e auxiliado pela produção de novas tecnologias teve um cunho imperialista, excluindo, desse modo, o conhecimento local, social e cultural da doença. A limitação cultural do modelo médico dominante deu origem a um novo conceito *folk medicine* (Comelles, 2000: 42).

O advento do capitalismo acelerou o desenvolvimento de invenções biomédicas e, como consequência, surgem novas formas de trabalho e sectores da sociedade que necessitaram de atenção médica, tal é o caso das classes mais baixas e dos trabalhadores “livres” (Menéndez, 2005: 21). Foi neste contexto, e com o alicerce do reconhecimento da eficácia das técnicas biomédicas no século XIX, que foi legitimada a teoria, a profissão e a prática do saber médico (Menéndez, 2005: 12, 23). Esta profissionalização foi difundida por instituições tais como as Universidades, Hospitais e Estado e fez com que o recurso ao profissional de saúde se tornasse uma acção imediata na sociedade. Técnicas cirúrgicas, instrumentos de apoio diagnóstico e avanços anestésicos, são outros avanços que tornaram legítima a profissão biomédica (Menéndez, 2005: 27).

A biomedicina teve uma expansão global no século XIX, no âmbito da colonização, por via de missionários que instauraram clínicas e hospitais e distribuíam medicamentos às populações que pretendiam assimilar. Estas medidas serviam também proteger os próprios colonos e para garantir que a mão-de-obra indígena estivesse sadia. Em Moçambique, a difusão do saber biomédico esteve também associado ao advento do colonialismo português e da religião cristã. Foram as políticas coloniais de assimilação do nativo – ora tradicionalizado – que permitiram a expansão e difusão da profissionalização médica e, com efeito, o banimento das práticas locais de tratamento e cura de doenças (Honwana, 2002).

Não obstante a rápida aceitação que a biomedicina teve no ocidente (e não só), a sua eficácia concernente ao bem-estar das pessoas é bastante problematizada. De entre as várias críticas que o Modelo Médico sofreu, consta a exclusão ideológica e cultural, ou seja a elevação da história biológica em detrimento da história social da doença nos indivíduos (Menéndez, 2005: 12). Illich (1976) constata que a medicina institucionalizada é uma ameaça para a saúde dos indivíduos porque dá origem à uma pandemia iatrogénica – forma através da qual o controlo médico tecnológico e mecânico à saúde converte-se em um obstáculo para a vida saudável. Neste contexto da modernidade os indivíduos encontram-se susceptíveis a nemeses médica, que é uma espécie de castigo diabólico proveniente da expropriação, pelo sistema industrial, da capacidade do homem auto-regular-se através das ferramentas que a sua cultura oferece (Illich 1976: 126).

A medicina tradicional é, por seu turno, definida como a soma total do conhecimento, habilidades e práticas com base nas teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, sejam explicáveis ou não, usadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais (WHO, 2012c). Mais do que a manipulação de plantas, a medicina tradicional possui componentes sociais, simbólicas e emocionais (Meneses, 2000: 1).

Dando seguimento à linha de reflexão de Hobsbawn (1983), pode-se assumir que o “tradicional” a que este conjunto de conhecimentos e práticas foi apelidado, não passa de uma invenção<sup>14</sup>. Isto considerando que no contexto moçambicano o advento do projecto da modernidade – instituído pelo colonialismo português – teve como estratégia a “recriação” do nativo, que passava pela ‘tradicionalização’ do mesmo.

A legitimação da separação entre a população indígena e a população branca, a hostilidade aos conhecimentos esotéricos da religião tradicional, das crenças e práticas de possessão pelos espíritos foram as primeiras acções rumo à recriação do tradicional no Moçambique colonial. Clamando pela libertação das práticas supersticiosas e folclóricas do homem indígena, os portugueses inculcavam-no os valores da civilização cristã ocidental (Meneses, 2000 &

---

<sup>14</sup>Tradição inventada entende-se por um conjunto de práticas, normalmente reguladas por regras abertamente ou tacitamente aceites e de natureza ritual ou simbólica, que buscam inculcar certos valores e normas de comportamento através da repetição, o que automaticamente implica em continuidade com o passado (Hobsbawn, 1983: 1).

Honwana 2002). A hostilidade do colonialismo português em relação às práticas médicas tradicionais moçambicanas era, em parte, devido à sua incapacidade de controlo total da população indígena, uma vez tais práticas de espíritos ancestrais eram desconhecidas pelos colonos.

Já em meados da década de 70, após a independência nacional, a orientação marxista do Partido FRELIMO (Frente de Libertação de Moçambique<sup>15</sup>) continuou a rejeitar os valores sociais e culturais da sociedade tradicional, o que fomentou um conflito entre esse partido e as autoridades tradicionais. Enquanto a Frelimo excluía os valores, culturais, a RENAMO (Resistência Nacional de Moçambique) – a maior força da oposição – adoptava uma visão mais integracionista. Foi neste contexto de concorrência política que a Frelimo recuperou a tradição, promovendo a criação da Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO)<sup>16</sup> em 1987, e reconsiderando a posição dos chefes e líderes tradicionais (Honwana 2002: 183-184). Antes da criação desta instituição, a medicina tradicional era reduzida ao conhecimento das substâncias activas das suas plantas – sem ter em conta os aspectos simbólicos. Estes estudos fitoterapêuticos eram tutelados pelo Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional (GEMT) do MISAU (Meneses, 2000).

Actualmente Moçambique preconiza a valorização da medicina tradicional e a sua colaboração com a biomedicina, tal como consta na política do governo desde o ano 2000. Existem hoje em Moçambique várias especialidades de médicos tradicionais, desde *nyamusoro*, *nyangarrume* e parteiras tradicionais (Meneses, 2000).

Se por um lado, a legitimação da biomedicina é auxiliada por instituições estatais e universidades, a legitimação da medicina tradicional é feita pelos próprios indivíduos (usuários). É neste sentido que vários autores debatem sobre a ocorrência da legitimação da medicina tradicional e nos países onde a mesma não tem necessidade de ser valorizada, porque o facto de grande parte da população a recorrer torna-a legítima (Meneses, 2000: 27).

---

<sup>15</sup> A Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO) foi o primeiro partido criado em 1962, pela fusão de diferentes organizações nacionalistas e que lutou pela independência nacional, proclamada em 1975 (Honwana 2002: 167).

<sup>16</sup> A AMETRAMO foi criada em 1987 e oficialmente registada em 1992 com o envolvimento dos ministérios moçambicanos da saúde e da cultura. Esta associação congrega praticantes da MT de todo o país independentemente da raça, sexo, idade, filiação religiosa e política (Honwana 2002: 176).

O itinerário terapêutico dos indivíduos sugere que a hibridação médica em Moçambique já data de há muitos anos. Isto significa que todas as práticas médicas são necessárias pois têm como denominador comum o tratamento e cura de doenças (Meneses, 2000: 29). A tentativa de colaboração entre a biomedicina e a medicina tradicional em Moçambique tem sido assimétrica e, conseqüentemente, ineficaz. Os testes de eficácia da medicina tradicional recomendados pela OMS aos Ministérios da Saúde são feitos com base em critérios cientificamente válidos (laboratórios farmacológicos da biomedicina) e por isso limitados aos estudos etno-botânicos dos princípios activos das plantas.

No entanto, as capacidades curativas dos médicos tradicionais são inseparáveis da possessão por espíritos, ao que embora se recorra às plantas medicinais, a eficácia do tratamento alcança-se com a harmonia entre os espíritos do curandeiros e os antepassados do cliente, o que por vezes requer a realização de rituais (Granjo, 2009: 251).

#### **1.4. Acesso aos serviços de saúde**

O acesso aos serviços de saúde é considerado um dos requisitos para uma assistência à saúde eficiente e eficaz. Vários autores debruçam-se sobre esta temática, dando ênfase a vários condicionalismos tais como factores geográficos, demográficos, económicos, simbólicos, políticos e culturais. Em defesa duma abordagem holística, Unglert (1987) salienta que o estudo da localização dos serviços de saúde torna-se mais efectivo se for percebido sob diversas perspectivas tais como a geográfica, a económica, a cultural e a funcional. Para Unglert, um dos princípios geradores da acessibilidade é a equidade, que pode ser horizontal ou vertical. Equidade horizontal é aquela que preconiza o tratamento igual de indivíduos com mesmos problemas de saúde ao passo que a equidade vertical é aquela em que indivíduos com problemas diferentes são tratados dentro das peculiaridades do caso.

Há necessidade de adoptar-se uma nova metodologia – não baseada somente nos critérios tradicionais – que tenha em conta o acesso de toda a população aos serviços, de forma a possibilitar um melhor planeamento em termos de localização e dimensão de novos recursos; a obtenção da melhoria dos indicadores locais de saúde e; a abertura de um caminho para a

implantação de um sistema de saúde hierarquizado e regionalizado, com participação comunitária na delimitação da área de influência dos serviços. Unglert (1987) propõe também o intercâmbio entre a geografia humana e a saúde pública. Este intercâmbio será através do ensino, na saúde pública, de conceitos e métodos geográficos, e a adequação dos aspectos socioeconómicos e ambientais, inerentes a abordagem espacial da saúde, aos geógrafos.

Na mesma linha, Kassouf (2005), ao analisar o acesso nas áreas urbanas e rurais, constata que grande número de problemas de saúde não está somente relacionado aos factores biológicos ou médicos, mas também aos económicos e administrativos. A autora propõe uma análise econométrica a partir da economia da saúde, pois só assim se pode formular políticas visando a melhoria dos indicadores da saúde da população e maior equidade na utilização dos serviços, cuidados médicos e tratamentos. Indivíduos com maior poder aquisitivo possuem maior probabilidade de consumir serviços de saúde. Ademais, problemas de saúde acarretam perdas económicas para a sociedade, por causa da perda da produtividade.

Kassouf (2005) salienta a diferença entre a área urbanas e a rural no acesso aos serviços. Nas zonas rurais, os indivíduos recorrem mais aos serviços públicos que privados. E é também notória a heterogeneidade dentro de cada área. Um dos factores que cria heterogeneidade na urbe é o nível de escolaridade. O aumento do nível da escolaridade reduz a procura dos serviços de saúde.

Assis *et al* (2003), ao debruçarem-se sobre as condições do acesso à saúde dos usuários articulando à teoria prática, refere que o acesso baseia-se nas dimensões política, económica, técnica e simbólica, articuladas ao modelo de representação social. A autora fala da necessidade de um modelo que priorize a promoção da saúde que inclui dois eixos: um que incorpora as determinantes sociais de saúde e doença integrando as necessidades da população, e outro que afirma a saúde como um bem público cabendo ao Estado a sua regulamentação. Embora a saúde seja um bem público, participativo e democrático vivencia-se acessos tipo selectivos e excludentes, que se centram na desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário, o que traz descompasso entre a legislação e a legitimidade social.

### **1.5. A procura de cuidados de saúde em contextos de multiplicidade terapêutica**

Existem várias linhas teóricas que procuram explicar as escolhas dos indivíduos entre diversas alternativas terapêuticas em diferentes contextos socioculturais. Neste sentido, estudos sócio-antropológicos mostram uma redução na ênfase da influência das decisões racionais baseados em aspectos formais e, em contrapartida, reconhece a ênfase das realidades políticas, económicas, e principalmente das dimensões emocionais do indivíduo na percepção e experienciação da doença e da cura (Janzen, 2002: 220).

Assim, Rivers (1924), pioneiro dos estudos sobre cultura e medicina, aponta a etiologia de cada enfermidade como o factor que dita o recurso à *medicine of savage people* ou à *modern medicine* (Rivers, 1924: 7). Na mesma linha, Kleinman (1980) encontra no significado atribuído à causa da doença, o motivo pelo qual os indivíduos procuram cuidados de saúde prestados por uns provedores em detrimento dos cuidados de saúde prestados por outros. Apesar da tentativa de mostrar o que dita a procura de cuidados de saúde, as explicações de Rivers (1924) e Kleinman (1980) excluem os casos em que os indivíduos procuram cuidados de saúde sem ter conhecimento sobre a causa da doença. Não obstante Rivers, Kleinman darem explicações sobre os motivos pelos quais os indivíduos a optam por uma dada terapia, ainda continuam indecifráveis os factores que influenciam a percepção sobre a causa.

Da análise feita por Thornton (2010) em Barberton, na África do Sul sugere-se que a procura de cuidados de saúde naquele contexto de pluralismo terapêutico, produz um tipo de mercado de cura – diferente do mercado económico, onde o preço influencia a procura de bens – governado pelo sistema de crenças visto que a eficácia das intervenções terapêuticas é contingente e ditada pelas crenças que os indivíduos possuem sobre essas intervenções (Thornton, 2010: 144). Pelo que mais do que a causa da doença, o que dita a procura de cura de doenças são as condições nas quais a doença é avaliada sobre o sistema de crenças (Thornton, 2010: 170).

A preferência pela noção de mercado para descrever o contexto de disponibilização de recursos terapêuticos em Barbeton explica-se por um lado porque “*as in any market, healing is a good that has a price and a cost; specialists supply services for those that require them (demand) with some risk to both client and practitioner*” (Thornton, 2010: 145). Por outro

porque o universo de cura em Barberton, baseado no sistema de crenças, não possui uma consistência lógica, nem coerência cultural clara. Portanto é um universo que se pensa ser um bazar cultural do que um sistema (cultural) médico (Thornton, 2010: 147).

Este mercado de cura é livre e eficiente. Livre na medida em que não possui regulamentações contratuais nem forte interferência de instituições políticas nas escolhas terapêuticas. Eficiente porque todos os indivíduos possuem crenças que relatam as suas escolhas terapêuticas e efectuam diversos investimentos para a manutenção dessas crenças, *“everyone spends a good deal of time discussing their beliefs, going to church, attending healing sessions be they Christian, traditional African, New Age or other such as spas, self-help groups, seminars or healing workshop where knowledge circulates and options are discussed”* (Thornton, 2010: 146).

No entanto, à semelhança do mercado económico, o mercado de cura é susceptível a alternativas e riscos, ganhos e perdas, e a eficácia do resultado não é garantida pois nem todas intervenções terapêuticas levam à restauração da saúde. E, especificamente, neste contexto, diferentemente do que vários autores relatam, as intervenções de curas biomédicas (fármacos) são geralmente postas no mesmo nível de eficácia com as intervenções de curas alternativas (ervas) (Thornton, 2010: 148). Ou seja, se a medicina ocidental assume uma posição hegemónica óbvia em muitos contextos societários, o mesmo não se verifica no mercado de cura em Barberton, no qual os compradores são cépticos (Thornton, 2010: 155).

Thornton traz à tona a questão da crença como central para a adesão a um determinado tipo de terapêutica, sendo a avaliação sobre a eficácia o que influencia tal crença. Entretanto, Thornton não se refere às condições pelas quais um tratamento é avaliado. Isto porque acredita-se que o que se chama escolhas é algo permeado por influências objectivamente estruturadas, inerente ao contexto em que os indivíduos se encontram inseridos.

Apesar da existência de linhas teóricas que debatem sobre as escolhas dos indivíduos entre várias alternativas terapêuticas, em determinados contextos socioculturais – Rivers (1924), Kleinman (1980) e Thornton (2010) – ainda continuam indecifráveis os factores que influenciam, por um lado, a percepção sobre a causa e, por outro, as condições pelas quais um determinado tratamento é avaliado. Isto porque acredita-se que o que se chama escolhas é

algo permeado por influências objectivamente estruturadas, inerentes ao contexto no qual os indivíduos se encontram inseridos. Esta pesquisa intenta, igualmente, ser um contributo neste sentido.

Da análise feita em México sobre o conhecimento e o uso dos fármacos e das plantas medicinais, Giovannini (2011) sugere que, mais do que a assunção de que o uso de fármacos biomédicos substitui o uso das plantas medicinais e da crença médica, naquele contexto, o conhecimento e o uso individuais dos diferentes medicamentos associam-se de forma coexistencial e complementar (Giovannini, 2011: 928). Apesar da distinção que os Mazatecs fazem das plantas medicinais (Xka-Xki) e dos medicamentos da loja (Xki-tienda), o seu uso é explicado pela percepção da eficácia, pelo custo bem como pelo acesso ao medicamento (Giovannini, 2011: 934).

Em casos de mal-estar, os Mazatecs tendem a usar primeiro as plantas medicinais para tratar doenças percebidas como comuns. Quando o paciente não responde de forma eficaz a esse tratamento, eles usam os fármacos. Portanto, tal como o estudo de Kleinman (1980), Giovannini conclui que as diferentes tradições médicas que o mercado dos Mazatecs oferece, espelham as opções terapêuticas integradas num mesmo sistema de cuidados de saúde. Por fim, a variável idade explica o conhecimento e o uso das plantas medicinais, uma vez que quanto mais adultos são os indivíduos, mais conhecimentos adquirem no curso da vida (Giovannini, 2011: 935).

#### **1.6. A terapêutica com base nos medicamentos e a questão da eficácia**

Na ciência antropológica o interesse pelos medicamentos remota desde os escritos evolucionistas de Sir James Frazer em *The Golden Bough*, ao conceber a magia como a forma encontrada pelos indivíduos para manipular objectos e substâncias, e transformar uma determinada situação. A eficácia simbólica de substâncias vinculada ao conceito de *science of concreteness* advogado por Claude Lévi-Strauss e a relevância da matéria médica Ndembu na condensação e unificação de diferentes significados, defendida por Victor Turner, também

constituem pontos de partida para o estudo de medicamentos na Antropologia (Whyte, 2002: 10).

Para falar de medicamentos é preciso, antes de mais, definir *materia medica*. *Materia medica* é um termo grego, antiquado, para designar material médico, ou substâncias remediadoras designadas medicamentos; serve também para designar o conjunto de medicamentos disponíveis numa determinada sociedade. Por conseguinte, os medicamentos são coisas materiais (Whyte, 2002: 3).

Van der Geest et al (1996) definem medicamentos como substâncias capazes de transformar a condição de organismos vivos para o melhor ou para o pior. Como substâncias, os medicamentos são mercadorias com um valor político e económico, passíveis de serem trocadas entre actores sociais e podem circular de um determinado contexto simbólico para outros. O seu segredo reside no poder da sua eficácia ou concretização enquanto substâncias. Este poder é atribuído por actores sociais, a partir do momento em que se reconhece os medicamentos como substâncias capazes de curar doenças, prevenir doenças particulares (vacinas), fortalecer o corpo (vitaminas e tónicos) e prevenir-se do risco, ao que qualquer substância que não exerça estas funções não se designe medicamento (Whyte, 2002: 5).

No entanto, os medicamentos são substâncias ambíguas. A sua ambiguidade reside no facto de poderem ser benéficos e nocivos – é assim que significa a palavra medicamento no dialecto moçambicano (*murhi*). A expressão grega *pharmakon*, de que deriva a expressão farmacêutica, significa veneno. O desenvolvimento da toxicologia no século XVIII esteve paralelo ao advento da farmacologia. Hoje em dia os medicamentos são usados para suicídio e, se forem mal tomados podem ser despropositadamente prejudiciais (Whyte, 2002: 6).

Lopes, debruçando-se em torno dos consumos medicamentosos e da sua contextualização social e cultural, classifica-os em três categorias funcionais: medicamentos químicos (farmacológicos), medicamentos naturais e alimentos terapêuticos (Lopes, 2010: 19). Os medicamentos tornaram-se matéria médica de todas as sociedades, um exemplo claro da globalização (Whyte, 2002: 3).

A expansão e a hegemonização da farmacologização, associada a consolidação da ciência moderna no século XIX remeteram a invisibilidade de outras terapêuticas não farmacológicas (Lopes, 2010 & Whyte, 2002). Para além da invisibilidade de outros tipos de medicamentos em termos terapêuticos, nota-se outra invisibilidade em no que concerne à escrita académica. Estudos realizados em antropologia médica em torno dos medicamentos (Susan Whyte, Sjaak Van der Geest, Anita Hardon) centram-se na descrição e percepção em torno dos significados sociais dos medicamentos químicos.

Os medicamentos da biomedicina são vistos, por uns, como vantajosos por serem convenientes e prontos para o consumo. Assim as plantas medicinais estão numa posição desvantajosa por serem geralmente adquiridos fora da cidade e, com efeito, necessitarem de uma preparação antes da toma (Van der Geest, 1989: 350). Contrariamente a este posicionamento Ngokwey (1995) afirma que, na Feira de Santana, as plantas medicinais não se encontram numa posição desvantajosa pois são antes de mais, remédios naturais. As plantas são um presente da natureza e contêm uma força natural de Deus, pelo que são um medicamento fresco e puro (não contêm químicos). As plantas medicinais são um remédio acessível e barato, quer dizer; podem ser plantadas nos quintais ou compradas numa casa de ervas a um preço acessível comparativamente aos fármacos. A outra vantagem das ervas é o controlo do que é ingerido (Ngokwey, 1995: 1146).

Pode-se considerar que os medicamentos fazem parte duma rede complexa pelo que junto dos indivíduos, são agentes sociais em constante relacionamento com o contexto e com certos problemas (Whyte, 2002). Van der Geest (1996) propõe-nos cinco estágios do ciclo de vida dos fármacos, nomeadamente a preparação, a comercialização, a aquisição, o consumo e a vida após morte do medicamento (a eficácia). A preparação dos medicamentos é da responsabilidade dos cientistas especializados com recurso a matéria-prima médica e a tecnologia avançada; a comercialização é feita para lojistas, varejistas, farmácias estatais ou privadas; a aquisição por consumidores é através da compra directa ou por prescrição médica; a fase do consumo cabe ao paciente com o objectivo de restaurar, melhorar ou manter a sua saúde; e a vida após a morte do medicamento corresponde ao seu efeito no organismo de quem o consome (Van der Geest, 1996: 156).

Whyte (2002) relata a simbologia dos medicamentos entre os Mossi de Burquina Fasso. Concebe simbolismo como um processo de associar, geralmente, imagens perceptivas e conceitos. Essas associações são possíveis através de uma relação de similaridade – metáfora – ou através de uma relação de contiguidade (conexão) – metonímica. Portanto, os medicamentos têm um efeito metafórico e metonímico (Whyte, 2002; Van der Geest, 1989).

A metáfora é uma ferramenta intelectual que possibilita os actores sociais lidarem com uma determinada realidade ou situação (Van der Geest, 1989: 353). A capacidade de concretização que os medicamentos possuem enquanto substâncias – isto é, a capacidade de modificar a condição de doente – faz dos mesmos uma resposta perfeita à doença. Deste modo, se a doença for física, o remédio também será (Whyte, 2002: 46). Portanto, a missão metafórica do medicamento é a sua capacidade de lidar com uma determinada situação, na medida em que, por exemplo, as vitaminas suplementam deficiências no metabolismo; os anti-bióticos e substâncias micro-orgânicas inibem o surgimento de outras espécies; nas tradições médicas baseadas nas ideias de quente e frio, os medicamentos são capazes de estabelecer esse balanço (Van der Geest, 1989: 356).

O efeito metonímico é a referência a uma entidade com base na conexão existente (Van der Geest, 1989: 358). Esta referência pode ser com base na pertença da parte ao todo e com base na localização. Assim, por um lado, a metonímica implica uma ordenação causal de forma que a disfunção de um membro corporal (a parte) provoca a doença de todo o corpo (o todo). Por outro a localização específica da doença ou da dor faculta um mapa geográfico para a intervenção terapêutica – como, por exemplo, quando se coloca aspirina no dente dolorido (Whyte, 2002: 46).

A metonímica dos medicamentos reflecte-se porque os mesmos são assumidos como representações físicas de um contexto complexo do qual fazem parte – parte/todo, produtor/produto, instituição/indivíduos, local/evento, objecto/usuários (Van der Geest, 1989: 358). Mesmo removidos do seu contexto inicial, os medicamentos mantêm-se potencialmente conectado a esse contexto. Os medicamentos têm uma associação metonímica com os laboratórios que os produzem, com os médicos que os prescrevem e com as ciências médicas (Van der Geest, 1989: 359).

Entre os Mossi, os nomes, as causas e o tratamento de doenças estão associados metafórica e metonimicamente. A explicação da causa e do efeito da doença deriva da imagem do quotidiano – objectos, plantas e animais – que possibilita a nomenclatura e classificação de doenças bem como o material para a explicação da causa e a intervenção terapêutica (Whyte, 2002: 49).

Para além dos efeitos metafórico e metonímico, os medicamentos possuem um efeito privativo ou liberatório, que é a possibilidade de aceder-se ao medicamento sem mediação de terceiros (Lopes, 2010: 21). Por ser uma substância não obrigatoriamente prescritível – e com efeito mais acessível – a expansão dos fármacos conduziu à redução do papel do médico na sociedade e criou uma disjunção entre a biomedicina, por um lado, e a distribuição dos fármacos, por outro (Van der Geest, 1989: 348).

Este processo de disseminação dos fármacos simboliza a confiança pela ciência moderna e está estritamente vinculado ao fenómeno da medicalização surgido no século XX. A medicalização é a expansão da intervenção médica clínica nas diversas manifestações de desvio social e posteriormente nas manifestações naturais da condição humana, tais as intervenções no corpo (Lopes, 2010: 21). Este processo envolve a absorção de mais arenas sociais e comportamentos para a jurisdição de tratamento biomédico através de uma constante ampliação da terminologia patológica para cobrir novas condições e comportamentos (Baer, Singer & Susser, 2003). Visto desta forma, a farmacologização é uma extensão e efeito da medicalização e vice-versa. A medicalização é também uma extensão da farmacologização, na medida em que as ofertas farmacológicas para problemas como o crescimento, a hiperactividade, ou a disfunção erétil têm como efeito a medicalização da sociedade (Lopes, 2010: 22).

Da análise feita por Ngokwey (1995) sobre as percepções populares acerca os remédios caseiros e remédios farmacêuticos na Feira (Brasil) conclui-se que o conhecimento que essa população tem sobre esses remédios, assim como o seu uso, espelham o perfil epidemiológico daquele contexto; ou seja eles conhecem e usam remédios relevantes a situação da saúde naquela comunidade (Ngokwey, 1995:1152).

Na categoria dos remédios caseiros, Ngokwey distingue os rituais de cura secular dos rituais de cura espiritual. Os rituais de cura secular são feitos com recurso a matéria médica e estes são, por sua vez, constituídos por plantas, extractos de animais e de minerais, tais como: Erva-cidreira, geralmente usada para calmante no tratamento de nervos e da hipertensão; Arruda, usado como um antifebril, como um abortivo e também como protector de mau olhar; Pitanga usada como um antipirético bem como para tratar gripe, sarampo e reumatismo; Erva-doce usada como um anti-diarreico, como um anti-espasmódico e para conturbações no estômago; Capim santo é um dos remédios descritos como bom para tudo (várias doenças); Matrúz é usada para tratar Tuberculose; Espinho cheiroso é usado para doenças genitais femininas (Ngokwey, 1995: 1144). Cada uma dessas plantas tem uma acção terapêutica descrita como múltipla e, por essa razão, muitas plantas possuem as mesmas propriedades medicinais. Portanto uma determinada doença pode ser tratada por diferentes plantas.

Para maximizar a eficácia destes remédios adopta-se certas regras de preparação e de administração. Quanto a preparação, as plantas medicinais descritas podem ser transformadas em forma de chás, garrafadas, lambedores, banhos e sumos (Ngokwey, 1995: 1145). A administração por sua vez depende da idade do paciente, do tipo de doença, bem como das propriedades do remédio em si. Outros factores inerentes à toma de remédios são a hora da toma porque há medicamentos que se devem tomar ao nascer e outros ao pôr-do-sol. Há remédios que devem ser tomados após a refeição porque a sua eficácia requer que o organismo seja suficientemente forte. A posição da lua indica a toma ou não do remédio – os anti-helmínticos só podem ser tomados em lua minguante. Outro factor da administração dos remédios à base de ervas é a restrição alimentar (Ngokwey, 1995: 1145).

Para além das plantas, a matéria médica na Feira é constituída por excrementos, urina, leite materno, extractos de animais bem como produtos industriais. O chá de excrementos de cão é usado para tratar sarampo e varíola. A urina de mãe para filho no momento da convulsão cura epilepsia. O leite materno é usado para curar infecções no ouvido. A gordura de carneiro é um anti-reumático e as pernas de abutres são usadas para curar a tuberculose. Produtos industriais tais como sal, coca-cola, cerveja, querosene e iodo são usados para diabetes, diarreias, aborto, asma e anemia, respectivamente (Ngokwey, 1995: 1145).

Quanto aos remédios farmacêuticos, Ngokwey (1995) sugere a expressão farmácia ideal para designar a combinação da farmácia real e da farmácia potencial. A farmácia real refere-se aos remédios encontrados na comunidade e a farmácia potencial aos remédios necessitados na comunidade para o sistema nervoso central e para o sistema digestivo (Ngokwey, 1995: 1147). A farmácia real possui três categorias, sendo a primeira constituída por vitaminas, suplementos dietéticos e tónicos; a segunda categoria é constituída por analgésicos, anti-piréticos e sedativos; a terceira categoria é dos antibióticos – descritos como bons para tudo; a quarta categoria corresponde aos anti-hipertensivos (Ngokwey, 1995: 1148).

O estudo reportado por Whyte (2002), sobre mães e filhos na região de Metro Manila nas Filipinas, analisa a eficácia dos medicamentos. Interessada pela forma como as mães tratam a tosse e a gripe nos seus filhos, o estudo de Whyte demonstra que quando as mães tratam seus filhos com base num determinado medicamento, elas assumem que o mesmo terá efeito. Esse efeito pode ser observado de diferentes maneiras. Assim, os medicamentos têm três tipos de eficácia, nomeadamente eficácia farmacológica, eficácia simbólica e eficácia social e performativa (Whyte, 2002: 23, 31).

A eficácia farmacológica é o efeito bioquímico do medicamento nos corpos dos indivíduos. Acredita-se que os medicamentos possuem propriedades bioquímicas com efeitos curativos capazes de alterar a condição do organismo humano. Fala-se de eficácia simbólica quando um medicamento sem ingredientes farmacológicos activos – substância inerte – altera a condição do doente, porque os indivíduos acreditam na eficácia do medicamento, seja pela confiança no medicamento ou na pessoa que o oferece. Na biomedicina a cura simbólica designa-se efeito placebo, que é o efeito psicológico e fisiológico desejado, de forma simbólica, no tratamento de doenças. Esse efeito relaciona-se com as expectativas dos provedores e dos pacientes, a lógica e a forma da administração do próprio medicamento, o motivo da toma do medicamento e o resultado a que se espera (Whyte, 2002:29). No entanto, substâncias com ingredientes farmacológicos cujos efeitos não são relevantes para o problema desejado são designadas impure placebos (Whyte, 2002:29).

Os medicamentos têm uma eficácia social porque os indivíduos num determinado contexto partilham um conjunto comum de ideias sobre eles. A eficácia social dos medicamentos é descrita como o efeito da prestação de cuidados de saúde verificado através de sugestões

habituais das pessoas envolvidas. Os medicamentos transmitem às mães a garantia de que algo se pode fazer para alterar a condição do seu filho, e mostram à família e à comunidade que a criança possui os cuidados de que necessita (Whyte, 2002:30).

Os três tipos de eficácia acima descritos estão interligados pois, por exemplo, as respostas simbólicas reforçam a eficácia farmacológica dos medicamentos. Entretanto, a contribuição de cada uma para o efeito total pode ser diferente, na medida em que no efeito placebo a eficácia farmacológica é nula e a eficácia total do medicamento é apenas constituído pela resposta simbólica (Whyte, 2002: 29).

Por ser socialmente construída, a eficácia é compreendida num contexto da cura complexo que inclui a percepção inicial dos sintomas, a explicação da causa e severidade da doença, a intervenção terapêutica e a expectativa dos resultados, a avaliação da eficácia e uma fase subsequente de novas escolhas terapêuticas quando o resultado não é satisfatório. No seu trabalho etnográfico entre os Hausa da Nigéria, Etkin descreve como a expectativa do resultado terapêutico pode mudar durante o percurso do tratamento da doença pois naquele contexto a satisfação do resultado só se obtém com uma série de resultados (Whyte, 2002: 31,32).

Para além da terapia, assunções linguísticas sobre eficácia são socialmente construídos. Na região de Metro Manila nas Filipinas, a insatisfação (ineficácia), explica-se pela incompatibilidade entre o medicamento e o organismo de quem o toma. Portanto, o medicamento não é *hiyang*. Este conceito demonstra que a interpretação da eficácia farmacêutica pelos indivíduos daquele contexto é diferente da interpretação dos profissionais biomédicos. Enquanto a biomedicina pressupõe que os remédios têm o mesmo efeito em todos os indivíduos pois os corpos biológicos são os mesmos (semelhantes) em todos os sentidos, o *hiyang*<sup>17</sup> enfatiza as diferenças individuais na eficácia porque os corpos não são semelhantes e a eficácia farmacológica é relacional (Whyte, 2002: 33).

Embora os biomédicos dêem primazia à eficácia farmacológica, o entendimento da eficácia é deve ser amplo, ou seja há que se reconhecer a natureza multifacetada da eficácia. O tratamento de Reidratação Oral (TRO) é o sistema biomédico, por excelência, para o

---

<sup>17</sup> *Hiyang* é uma expressão leiga utilizada na região de Metro Manila para designar eficácia (Whyte, 2002: 32).

tratamento da cólera nos países em via de desenvolvimento. Estudos antropológicos mostram a resistência a este tratamento naqueles países, e no caso do Estado de Oyo na Nigéria, no lugar do TRO, os pais dão as crianças, xaropes e antibióticos para o tratamento da diarreia (Whyte, 2002).

Muitas mães acreditam que a diarreia manifesta-se pelo aquecimento do estômago, e que o TRO é um tratamento quente obtido através de abolição de água antes do uso. Segundo as noções locais do quente e do frio, se o TRO é quente, a sua eficácia para o tratamento de doenças “quentes” é questionável (Whyte, 2002: 34).

Portanto, a eficácia – dos fármacos, das plantas e de outros medicamentos – é, segundo Etkin (1988) socialmente construída. A questão da eficácia abre um conjunto de análises sociais e culturais que inserem o indivíduo doente num contexto partilhado de significados e interações sociais, através de duas formas: por um lado nas expectativas culturalmente formadas sobre o efeito do tratamento, que revelam a racionalidade e a atenção consciente e sistemática que os actores sociais têm para com a questão da eficácia (Whyte, 2002: 31, 35). Por outro lado na forma como os medicamentos têm efeito na vida e nas relações sociais, ao que os indivíduos usam os medicamentos sem monitorar a eficácia, pois as mães dão as suas crianças tratamentos habituais para um determinado caso, não estando conscientes sobre os efeitos. (Whyte, 2002: 35).

É importante salientar que embora o destaque no estudo dos medicamentos em Antropologia Médica seja conferido a autores como Sjaak van der Geest, Susan Whyte e Anita Hardon, as pesquisas destes autores refinam-se a apropriações antropológicas dos fármacos biomédicos, ou seja, vida social e significados emergentes na interação entre tais fármacos e os actores sociais no alívio das enfermidades. Uma abordagem um pouco diferente desses autores é da Nina Etkin sobre os Hausa da Nigéria.

Etkin (1990), no seu estudo sobre a etnofarmacologia dos Hausa da Nigéria, faz uma contextualização do uso das plantas e salienta a importância das plantas porque elas são sempre alimentos ou medicamentos, itens de fabricação, cosméticos. A eficácia entre os Hausa é biológica e psicológica e define-se primeiro com base na cor das plantas – por exemplo as plantas encarnadas são consideradas restauradoras de sangue no organismo. O

segundo aspecto de eficácia entre os Hausa é o modelo de humor, ao que as oposições binárias de quente/frio, doce/amargo, macho/fêmea, *ying/yang* (Etkin, 1990: 153). Entendida no seu contexto, a questão de eficácia etnofarmacológica entre os Hausa, compreende também a combinação de várias plantas e constituintes para formar u medicamento (Etkin, 1990: 154).

Não obstante Etkin retratar o valor fitoterapêutico e simbólico das plantas medicinais, a sua abordagem fica aquém das expectativas por designar etnofarmacologia ao estudo das plantas medicinais.

## 2. CAPÍTULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 2.2. A Cidade de Xai-Xai: características gerais e sanitárias<sup>18</sup>



Figura 2.1 – Mapa de Moçambique

Xai-Xai<sup>19</sup> é a cidade capital da província de Gaza, situada na região sul de Moçambique e que dista cerca de 210km da Capital do país Maputo. Atravessada por dois corredores – Estrada Nacional N<sup>o</sup>1 e o Corredor do Limpopo – a cidade de Xai-Xai é limitada a Sul pelo Oceano

<sup>18</sup> Os dados descritivos da cidade de Xai-Xai têm como fonte Conselho Municipal da Cidade de Xai-Xai (2011).

<sup>19</sup> Antes da dominação colonial Xai-Xai fora conquistada por SoChangana ou Manikusse, da Tribo Nduandue (fundador do Império de Gaza), ido de Nduandue-Zululândia-África do Sul. Manikusse trabalhara com o chefe Xiluvane Dlamine, o qual após a sua morte fora sucedido pelo seu filho N'txai-N'txai Dlamine. Aquando da ocupação colonial, essa povoação comercial foi elevada ao estatuto de Vila em 1911, e em 1961 à categoria de Cidade de João Belo – em homenagem ao antigo militar e administrador colonial em Moçambique. A construção de infra-estruturas rodoviárias – com maior destaque para a ponte sobre o rio Limpopo – constituiu um marco para o desenvolvimento da cidade. Após a independência a cidade designou-se Xai-Xai em homenagem ao guerrilheiro N'txai-N'txai Dlamine. Em 1998 a cidade de Xai-Xai foi elevada em 1998 a categoria de Município, e até hoje goza desta governação autárquica, com os seus órgãos no seu terceiro mandato de cinco anos.

Índico, a Oeste pelo Posto Administrativo de Chicumbane e Localidade de Chilaulene, a Norte pelo Rio Limpopo e Ponela e a Leste pelo Posto Administrativo de Chongoene.

A cidade é composta 115. 752 Habitantes – e cerca de 15. 846 correspondem ao número de crianças menores de cinco anos. Com uma distribuição de 135 km<sup>2</sup> em cada superfície e uma densidade de 857 habitantes por cada quilómetro quadrado (Hab/Km<sup>2</sup>), Xai-Xai divide-se em quatro Postos Administrativos Urbanos, e estes em 12 Bairros comunais, Unidades, Quarteirões e Blocos.

O Município da Cidade de Xai-Xai compreende morfologicamente duas zonas distintas, nomeadamente zona baixa e zona alta. A zona baixa localiza-se junto a margem esquerda do Rio Limpopo e é praticamente plana e susceptível a inundações. Já a zona alta, também conhecida por zona do tavene é a zona está que actualmente acolhe o maior assentamento humano do Município.

Dada a influência do clima tropical chuvoso de savana e a aproximação da planície do Rio Limpopo, a cidade de Xai-Xai apresenta ótimas condições para a prática da agricultura. A temperatura média anual é de 24°C, a média mensal máxima de 28°C e mínima de 18°C. No verão as temperaturas atingem os máximos de 42°C e no inverno atingem os mínimos de 8°C. A pluviosidade anual máxima ronda entre os 1000-1500 mm e a mínima de 33 mm em Agosto.

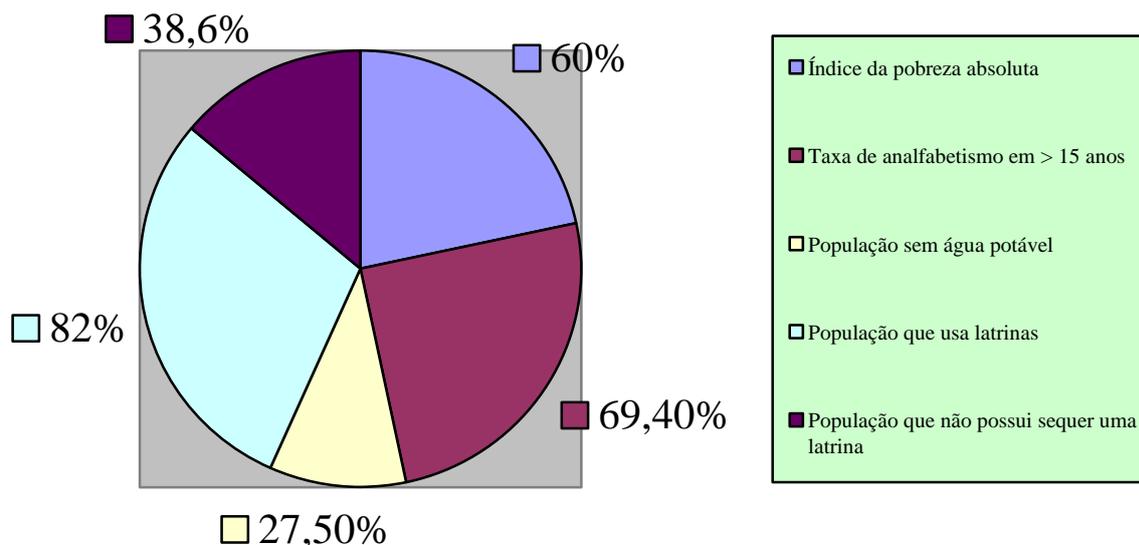


Figura 2.2 – Dados demográficos I

78

Devido ao ambiente físico que a caracteriza, Xai-Xai é favorável para o aumento do risco para a saúde dos seus residentes e tem, por conseguinte, favorece a proliferação de agentes biológicos, tais como bactérias, protozoários e helmintas causadores de doenças infecciosas e os insectos vectores. Esta situação é, em parte, reflexo do baixo desenvolvimento socioeconómico que o país inteiro apresente – caracterizado pela pobreza, analfabetismo e insuficiência de serviços de saúde.

INDICADORES	NÚMERO
Esperança de vida à nascença	49,8
Taxa Bruta de Natalidade/1000	38,3
Taxa de fecundidade/1000	4,7
Taxa de Mortalidade Infantil/1000 NV	96,5
Rácio de habitante por pessoal médica	1.120

Quadro 2.1 – Dados sócio-demográficos II<sup>20</sup>

<sup>20</sup> Dados de MISAU (2004).

No que diz respeito à saúde biomédica, dados epidemiológicos mostram que a malária, as Infecções Respiratórias Agudas (IRAs), o HIV e SIDA, a diarreia e o sarampo constituem as doenças mais frequentes na cidade de Xai-Xai. Para responder a estas enfermidades, Xai-Xai conta com um hospital geral (Hospital Provincial de Xai-Xai), com cerca de dezoito médicos e 271 camas para internamento.

Xai-Xai conta também com dois postos de saúde, dois postos de socorro e três centros de saúde com maternidade, nomeadamente o Centro de Saúde Urbano de Patrice Lumumba, o Centro de Saúde Urbano de Marien N'gouaby e o Centro de Saúde da Cidade de Xai-Xai (CSCX). O Centro de Saúde da Cidade de Xai-Xai – onde foi desenvolvido uma parte do presente estudo – possui quatro camas, dois médicos e cinquenta e cinco agentes de pessoal médico. É neste centro é o responsável pelas consultas pediátricas entre as 6h e as 19h, sendo que após este período todas as consultas são realizadas no Hospital Provincial de Xai-Xai. Todas as unidades sanitárias aqui descritas possuem uma farmácia, em cujos medicamentos têm a comparticipação do Estado, tornando-se desse modo mais acessíveis.

Para além das instituições sanitárias estatais, Xai-Xai conta também com duas clínicas privadas, uma farmácia estatal e nove farmácias privadas. Todas as farmácias possuem um técnico de farmácia, uma administrativa e uma servente. Estas farmácias são fornecidas pela Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), do MISAU e estes, por sua vez, por empresas da indústria farmacêutica internacionais.

No tocante a instituições de saúde não biomédica, existe em Xai-Xai a Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO), constituída por mais de 1000 Curandeiros, metade dos quais são *nyangarrume*. Também fazem parte desta instituição os vendedores de medicamentos tradicionais no mercado Limpopo e pastores das igrejas Zione com práticas terapêuticas baseadas nos medicamentos tradicionais. Para além da AMETRAMO, as igrejas Zione, Velha Apostólica, Presbiteriana, Anglicana, Universal do Reino de Deus e Católica desempenham um papel fundamental na restauração da saúde espiritual e psíquica dos residentes de Xai-Xai.

Ainda no âmbito da resposta ao surto e agravamento de doenças, Xai-Xai estabeleceu no contexto da administração sanitária nacional, parcerias internacionais com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Pathfinder, a Save the Children, o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) e O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Apesar do esforço empreendido na expansão das infra-estruturas sanitárias, o número de US e de pessoal médico com que Xai-Xai conta, continua sendo insuficiente para fazer face ao aumento demográfico e à ascensão de casos de doenças infecciosas. Este cenário é devido, entre outros factores, à distribuição espacial (descentralizada) da população, que é obrigada a percorrer longas distâncias para ter acesso às unidades sanitárias. O índice de pobreza absoluta, as cheias do não 2000 e outras calamidades naturais contribuíram para o deficiente saneamento do meio ambiente, fraco abastecimento de água potável, condições precárias de habitação e, conseqüentemente, para a ocorrência de doenças infecciosas, endémicas e nutricionais (MISAU, 2006).

A economia de Xai-Xai é predominantemente dominada pelo sector primário. Quanto às fontes de rendimento, 70% da população de Xai-Xai dedica-se à prática de agricultura de subsistência. A economia informal, nomeadamente a venda de produtos no mercado Limpopo e arredores é outra fonte em que os residentes de Xai-Xai extraem a sua renda. A emigração para Maputo e África do Sul – com ênfase em Dezembro – é mais uma forma de rendimento característica da população da cidade de Xai-Xai. Para além das actividades autónomas, o Estado corresponde o maior empregador – sendo de destacar os sectores de educação e saúde.

Português é a Língua oficial falada em Xai-Xai. Porém, tal como no país inteiro coexistem línguas nacionais tais como Changana, Ronga e Bitonga. Apesar de oficial no ensino, a Língua Portuguesa é apenas a materna de menos de 30% da população, sendo a Changana mais falada.

## **2.2. Métodos, técnicas e constrangimentos**

Este é um estudo de carácter qualitativo com préstimos da abordagem quantitativa. Do ponto de vista qualitativo, o estudo actua no campo da subjectividade, da intencionalidade e do simbolismo, objectivando descrever, compreender e explicar os valores, as crenças, as representações e as percepções em torno das principais doenças de menores de cinco anos, recorrendo à compreensão intersubjectiva (que é característica do método etnográfico). No que diz respeito à abordagem quantitativa<sup>21</sup>, o estudo fundamenta-se com dados estatísticos, indicadores e tendências demográficas sobre o contexto em estudo (Xai-Xai) e sobre a literacia sobre as principais doenças em menores de cinco anos de idade. As abordagens qualitativa e quantitativa são neste estudo concebidas como complementares de maneira que os percursos das mães na busca de medicamentos para seus filhos sejam aprofundados em seus significados mais essenciais e concretos (Minayo & Sanches, 1993).

Embora a investigação qualitativa se baseie numa abordagem puramente indutiva<sup>22</sup>, que abre possibilidade para a emergência de novas teorias criadas por novos dados, é consensual a impossibilidade de começar uma pesquisa sem teorias que nos digam como o mundo funciona. Por essa razão a abordagem qualitativa (indutiva) requer uma revisão da literatura sobre um determinado tópico, porque *“theory is precursor, médium and outcome of ethnographic study and writings”* (O’reilly, 2005: 27).

Por essa razão, o estudo pressupõe três fases. A primeira fase refere-se à revisão bibliográfica, que nos permitiu ter algumas percepções e discussões teóricas sobre o tema em estudo. Esta fase realizou-se antes, durante e depois da recolha de dados etnográficos, nas diferentes bibliotecas universitárias (com ênfase à do ISCTE-IUL), como também nos diferentes sítios da internet. Procurou-se obras e documentos multidisciplinares – Ciências Sociais, Antropologia Médica, Metodologia de Investigação, Medicina, Demografia e Epidemiologia – que abriram a possibilidade para se reflectir sobre a problemática dos percursos das mães na procura de medicamentos para as doenças dos seus filhos, num contexto de pluralismo farmacológico.

---

<sup>21</sup> Neste estudo, os quadros, tabelas e gráficos foram concebidos sem o recurso a um programa informático.

<sup>22</sup> O’reilly (2005: 26) salienta que mais do que uma abordagem dedutiva, na qual os dados empíricos servem para testar a veracidade ou falsidade das hipóteses teóricas pré-estabelecidas, a pesquisa qualitativa baseia-se numa abordagem indutiva.

A segunda fase refere-se à pesquisa etnográfica realizada na cidade de Xai-Xai, província de Gaza, em Moçambique. A opção por este local de investigação deveu-se ao facto de ser uma cidade que, possuindo uma taxa elevada de mortalidade em menores de cinco, é descrita pela insuficiência de serviços de saúde biomédica e por um contexto terapêutico e farmacológico multifacetado. Neste contexto disponibilizam-se medicamentos de diferentes origens – fármacos biomédicos, plantas medicinais e medicamentos tradicionais – aos quais, conforme análises exploratórias, as pessoas recorrem para fazer face às enfermidades que lhes assolam. Adicionalmente, Xai-Xai é um local de interesse por ser a minha cidade natal, o que me fez com que tivesse contactos previamente estabelecidos com a população local. Este facto gerou eficiência na pesquisa, porque as pessoas demonstraram vontade em cooperar para o sucesso de um estudo da “filha de casa”.

A escolha do método etnográfico deveu-se ao facto de ser uma ferramenta por meio da qual se apreende uma determinada cultura, através da imersão do pesquisador no universo do pesquisado, com o objectivo de compreender a sua relação com a vida e a sua visão sobre o mundo (Malinowski, 1992: 24 & Spradley, 1980: 3). Mais do que um método a etnografia é uma família de métodos que implicam o envolvimento e contacto com agentes humanos no contexto da sua vida quotidiana, escutá-los, observar os seus acontecimentos, fazer perguntas e por fim produzir uma narrativa reconstruída a partir de uma inspiração teórica e do ponto de vista do investigador e que respeite a irredutibilidade humana (O’reilly, 2005: 3 & Malinowski 1992: 24).

Sendo a etnografia este conjunto de métodos através dos quais se apreende a cultura, e a cultura o conhecimento adquirido através do qual os indivíduos interpretam as experiências do quotidiano que geram o seu comportamento e escolhas (Spradley, 1980: 6), o recurso à etnografia tornou-se indispensável para analisar os percursos das mães no tratamento de doenças infantis, num mercado farmacológico múltiplo.

Assim, a pesquisa etnográfica decorreu entre os meses de Janeiro e Março de 2012 e teve a duração de sessenta dias. Os primeiros dias foram dedicados às visitas de reconhecimento e ao restabelecimento de contactos com as instituições e pessoas de interesse para a pesquisa etnográfica. Tratando-se de um estudo assente em intervenções múltiplas, feitas através da diversificação de perfis, identificou-se como grupos-alvo, os responsáveis por menores de

cinco anos (mães e avós), os provedores de recursos terapêuticos (enfermeiras, farmacêuticos, vendedores de fármacos tradicionais e curandeiros) e dirigentes de instituições e organizações sanitárias. Para obter maior abrangência na selecção das mães – principais informantes do presente estudo – optou-se por uma variação de alguns elementos característicos, a saber a religião, escolaridade e idade.

De seguida, foram identificados os principais locais para visitar e realizar entrevistas, nomeadamente A Direcção Provincial da Saúde, o Hospital Provincial, o Centro de Saúde de Xai-Xai, as farmácias biomédicas, as farmácias tradicionais, a AMETRAMO, os domicílios dos curandeiros e os domicílios das mães, só para citar alguns. Para abordar os grupos-alvo foi necessária uma auto-apresentação, consubstanciada com as credenciais do ISCTE-IUL. Adicionalmente – e dando cumprimento aos procedimentos éticos – todos os informantes foram minuciosamente informados sobre os objectivos e os métodos do trabalho, tanto que todos assinaram um consentimento informado que testemunhou a sua autorização à cedência da informação e realização de fotografias. No entanto, para garantir maior privacidade, neste estudo, os nomes dos participantes são fictícios.

Quanto às técnicas de recolha de dados recorreu-se aos guiões de entrevistas semi-directivas<sup>23</sup> gravadas, às conversas informais e às observações directas. Embora as conversas informais e observações directas se tenham realizado em todos os locais, as entrevistas foram apenas feitas no Centro de Saúde<sup>24</sup>, nas farmácias (biomédicas e tradicionais), no domicílio (dos curandeiros e das mães). Assim, as mães foram entrevistadas no Centro de Saúde e nos seus domicílios. No Centro de Saúde, adoptei uma posição de visitante, escapando, desse modo, à conotação como profissional ou como paciente. Na sala de espera do Centro, escolhia-se aleatoriamente uma mãe que era rapidamente atendida na consulta e posteriormente entrevistada.

---

<sup>23</sup> As entrevistas semi-estruturadas são as que o investigador dispõe de perguntas direccionadas mas estas abrem espaço para os entrevistados comentarem, abrindo a possibilidade de profundidade dos elementos de análise recolhidos sem com isso desorientar-se do assunto pretendido (Quivy e Campenhoudt, 1998).

<sup>24</sup> Apesar de o Hospital Provincial ser o maior existente em Xai-Xai, é o Centro de Saúde a instituição sanitária maioritariamente responsável pelas consultas por doenças infantis. Este dado constituiu uma das surpresas do terreno e, com efeito, implicou a alteração das credenciais anteriormente passadas pelo ISCTE-IUL.

O facto de realizar a pesquisa etnográfica num hospital – instituição física onde se estabelecem e evidenciam os princípios universais da biomedicina – não influenciou nos depoimentos prestados pelas mães, ao que as mães mostraram-se imparciais àquele espaço e revelaram práticas a que os profissionais biomédicos são hostis. Como exemplo “... *os enfermeiros não podem saber, mas nós damos medicamentos tradicionais aos nossos bebés assim que nascem. É a nossa tradição...*” (Maria João, 34 anos, Igreja Zione, mãe).

Já no domicílio – com ajuda dos secretários dos bairros – a escolha das casas foi de acordo com a facilidade com que se tratou o processo, tanto que foram entrevistadas as primeiras mães a demonstrar interesse em colaborar.

As enfermeiras foram entrevistadas no Centro de Saúde. Entrevistou-se as únicas (duas) enfermeiras pediátricas do Centro. As entrevistas com os farmacêuticos<sup>25</sup> foram nas respectivas farmácias biomédicas e foi de acordo com a demonstração do interesse em colaborar. O vendedor foi entrevistado no seu posto de venda de fármacos tradicionais. A entrevista com o curandeiro foi realizada no seu domicílio, por ser o lugar onde ele se sentia mais confortável. E a avó também no seu domicílio.

Para o facilitar a comunicação optou-se por uma abordagem bilingue, ao que todas as entrevistas e conversas foram feitas com recurso à Língua Portuguesa e língua Changana. Esta realidade suscitou o encorajamento dos entrevistados, que se viram livres de escolherem a língua na que mais se sentiam confortáveis. Todas as entrevistas foram gravadas. As notas das conversas informais e das observações directas foram escritas num diário de campo escrito a computador. Com base nas entrevistas semi-directivas obteve-se narrativas de treze mães, uma avó, duas enfermeiras, dois farmacêuticos<sup>26</sup>, um vendedor<sup>27</sup> de medicamentos tradicionais e um curandeiro.

---

<sup>25</sup> A expressão farmacêutico utilizada no presente estudo refere-se a um grupo de profissionais formados e praticantes da mercearia de medicamentos. Esta concepção não se enquadra nos vendedores de medicamentos tradicionais, os quais, diferentemente dos curandeiros, não passam de uma formação intensiva. Portanto, são mais vendedores.

<sup>26</sup> Para obter entrevistas com os farmacêuticos, listei algumas farmácias da cidade e submeti a solicitação de entrevista. Foram entrevistados os primeiros farmacêuticos a responderem de forma positiva ao pedido. Os farmacêuticos nas suas respectivas farmácias, com recurso à Língua Portuguesa.

<sup>27</sup> Para obter entrevista sobre a venda de medicamentos tradicionais contou-se com a ajuda de uma senhora amiga que me dirigiu aos vendedores mais antigos daquelas substâncias médicas. Foi a mesma senhora que me indicou a casa do um curandeiro especializado em doenças infantis. o vendedor e o curandeiro foram entrevistados com recurso à Changana.

As conversas informais foram uma técnica contributiva no sentido em que abriram oportunidade para ter-se conhecimento sobre as percepções gerais que as pessoas – para lá do grupo alvo – têm sobre as principais doenças em menores de cinco anos, bem como as respectivas soluções. Fazem parte desse grupo de indivíduos, as avós, tios, pais, os antropólogos do DAA (UEM), o Director Provincial de Saúde de Gaza, alguns familiares e amigos.

Tanto as conversas informais como as observações directas foram as técnicas que acompanharam todo o trabalho etnográfico, razão pela qual dificilmente se podem localizar cronologicamente. Observou-se, de entre outros, as condições dos locais visitados, as pessoas com quem se interagiu, os diferentes medicamentos possuídos durante as entrevistas. Foi por meio da observação que se fez o seguimento da trajectória das consultas no Centro de Saúde. Tanto as conversas informais como as observações foram registadas num diário de campo, no computador.



*Figura 2.3 – Vista frontal do Centro de Saúde da Cidade de Xai-Xai*

Quanto ao conteúdo, as entrevistas às mães possibilitaram obter informação sobre os seus percursos na gestão das doenças de menores de cinco anos, assim como as motivações e significações inerentes. Convém, porém notar que não obstante parte das entrevistas com as

mães terem sido no Centro de Saúde, pode-se salientar que tal abordagem institucional não influenciou de forma negativa no conteúdo obtido. Tal como nas entrevistas domiciliárias, no Centro de Saúde as mães sentiram-se confortáveis em partilhar informações a respeito da ingestão de medicamentos tradicionais por parte dos seus filhos.

As entrevistas às enfermeiras deram uma visão biomedicamente institucionalizada do processo de diagnóstico e tratamento das principais doenças infantis, mas não só. Se no início das entrevistas recusavam-se a responder às questões relacionadas com conhecimento (ou prática) de medicamentos tradicionais, ao longo das entrevistas as enfermeiras mostraram-se imparciais à profissão e relataram situações reais para além do biomedicamente instituído para a terapêutica de menores de cinco anos.

Com os farmacêuticos e o vendedor de medicamentos tradicionais pôde-se saber as suas percepções e valores sobre os medicamentos utilizados para o tratamento das principais doenças infantis, a dosagem, a questão de auto-medicação assim como as suas crenças diferentes tratamentos existentes naquele contexto. A entrevista ao curandeiro trouxe a literacia da medicina tradicional em relação às principais doenças infantis em Xai-Xai. Convém salientar que a priorização que o curandeiro possui é diferente da que as enfermeiras possuem. A entrevista com o vendedor no mercado Limpopo possibilitou a obtenção do conhecimento sobre os medicamentos tradicionais utilizados para tratar as principais doenças de menores de cinco anos em Xai-Xai, assim como a dinâmica de vivência naquele mercado. Convém porém notar que todos os entrevistados deram narrativas sobre as suas percepções em relação aos percursos das mães na procura de medicamentos para doenças dos menores de cinco anos.

A pesquisa etnográfica foi também uma oportunidade para fazer a análise de material escrito, nomeadamente Plano de Estrutura Urbana do Município de Xai-Xai, estudos sobre a mortalidade infantil por doenças em Moçambique e Perfil Epidemiológico da cidade de Xai-Xai. Desta maneira, da pesquisa etnográfica surgiram três tipos de *outputs*: registo de entrevistas, diário de campo e materiais escritos (estudos e relatórios descritivos da cidade de Xai-Xai).

<b>TÉCNICA UTILIZADA</b>	<b>NÚMERO</b>
<b>Entrevistas semi-directivas</b>	20 Pessoas
<b>Conversas informais</b>	30 Pessoas
<b>Observações directas</b>	20 Pessoas, 5 residências e 5 instituições
<b>Análise de material escrito</b>	7 Documentos
<b>Diário de campo</b>	1 Diário

*Quadro 2.2 – Sumário dos outputs obtidos.*

Uma vez ter os dados etnográficos colhidos através de entrevistas pouco directivas, proceder-se-á de seguida à descrição e agrupamento de maneira que se obtenha uma distribuição sintética das principais variáveis dos objectivos do presente estudo. Os dados são, nesta fase, apresentados em forma de texto consubstanciado por tabelas e gráficos, que ilustram os perfis dos entrevistados, os agentes do mercado farmacológico em Xai-Xai, a gestão das principais doenças em menores de cinco anos, e os percursos das mães na procura de medicamentos para seus filhos.

Feita a apresentação e descrição dos dados segue-se à interpretação e discussão com base na análise de conteúdo, ou análise do discurso. Esta análise será um fluxo entre a teoria e os dados, entre as perguntas e respostas, num processo interactivo, dialógico e recíproco, em que o horizonte etnográfico se cruza com o teórico, no que Gadamer designa “fusão de horizontes” (Palmer 1969: 208). Por conseguinte, possibilitar-se-á a construção de um conhecimento que incida, por um lado no contexto e condições sociais de gestão de saúde e doença em Xai-Xai e, por outro na maneira como as mães gerem a busca e o uso de medicamentos, o que as orienta, os significados que emergem desse processo, bem como a maneira como a vida das mães estrutura-se em torno desses significados.

Um dos maiores questionamentos metodológicos de que as ciências sociais têm sido objecto é o facto de estudarem uma realidade na qual o investigador e o investigado são agentes. Ora a etnografia é um método ilustrativo dessa característica. E, para exacerbar, o método etnográfico tem como objectivo traçar o limite entre o “ponto de vista do nativo” e o “ponto

de vista do pesquisador”, em cujas fontes encontram-se na memória dos homens vivos (Malinowski 1992). Por estas e outras razões os trabalhos etnográficos – e mesmo os realizados por pesquisadores mais experientes – apresentam certos constrangimentos.

Um dos constrangimentos embaraçosos com que o presente estudo se deparou foi o custo da pesquisa etnográfica. Foi com imensas dificuldades que se realizou a viagem, se assegurou a logística e a sustentabilidade no local – sem contar com os lanches oferecidos para acalmar o choro das entrevistas com as respectivas mães. Outro constrangimento enfrentado no terreno foi o facto de, ainda que as pessoas mostrassem vontade de ajudar, houve falta de escritos sobre os perfis sanitários à excepção da biomedicina. Ou seja, quando se fala de descrição sanitária da cidade, o Conselho Municipal local e a Direcção da Saúde dão conta de dados biomédicos, excluindo demais provedores de cuidados de saúde existentes naquele contexto. E dos dados (biomédicos) existentes, não se encontram, ao todo actualizados. Este constrangimento foi superado com base nas entrevistas e conversas informais tidas com diferentes interlocutores.

O presente estudo foi uma oportunidade para comprovar a proposição de que o campo é um terreno dinâmico. Isso porque se ao sair de Lisboa esperava-se realizar entrevistas no maior hospital de Xai-Xai, as dinâmicas do terreno mostraram que é ao Centro de Saúde que é maioritariamente confiada a responsabilidade de tratar doenças de menores de cinco anos de idade. Este constrangimento ocasionou algumas mudanças metodológicas e burocráticas.

Ainda constituiu constrangimento para o presente estudo a inacessibilidade aos provedores de saúde tradicional, nomeadamente curandeiros e vendedores de medicamentos. Apesar de os mesmos existirem, o secretismo a eles inerentes não lhes permite partilhar suas práticas terapêuticas de forma aberta. Associado a este obstáculo está o facto de alguns entrevistados escusarem-se de revelar o seu recurso às práticas e medicamentos tradicionais, tendendo a proferir “dizem que... os outros... há quem...”. Estes constrangimentos são, em parte, explicados pelo contexto histórico moçambicano de silenciamento das práticas tradicionais. Para a sua superação usou-se a empatia.

Os resultados são apresentados em quatro secções, sendo a primeira o perfil das mães, seguido de agentes do mercado farmacológico em Xai-Xai na segunda secção; na terceira

secção, as doenças em menores de cinco anos: identificação e literacia terapêutica e, na quarta e última, os percursos das mães: suas lógicas a factores geradores.

### **3. CAPÍTULO III: PERCURSOS DAS MÃES NA PROCURA DE MEDICAMENTOS PARA MENORES DE CINCO ANOS NA CIDADE DE XAI-XAI**

#### **3.1. RESULTADOS**

##### **3.1.1. Perfil das mães**

Foram, ao todo, entrevistadas cerca de treze mães, de idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos de idade e com uma média<sup>28</sup> de escolaridade de 8º ano. As mães são responsáveis por crianças com idades compreendidas entre sete meses e quatro anos, sendo sete do sexo feminino e seis do sexo masculino. Todas as mães são falantes de Português e Changana. <- Segue a tabela com a descrição das principais características das mães entrevistadas.

A elevada taxa de mortalidade em menores de cinco anos em Moçambique tem como causas principais a malária (19%), a pneumonia (15%), a diarreia (11%), o HIV/SIDA (10%), a asfixia à nascença (9%), a sepse neonatal (4%), os acidentes e lesões (3%) e o sarampo (1%)

---

<sup>28</sup> A média de escolaridade das mães foi obtida através da soma das classes e dividida pelo número total das mães.

<b>MÃE</b>	<b>EDUCAÇÃO</b>	<b>PROFISSÃO</b>	<b>RELIGIÃO</b>	<b>E.CIVIL</b>	<b>RENDA</b>	<b>FILHO/A</b>
<b>Ariana 22 Anos</b>	8º Ano	Ajudante do marido na pesca	Velha Apostólica	União marital	Comércio de pescado	Menina de 11 meses
<b>Berta 20 Anos</b>	7º Ano	Doméstica	Universal do Reino de Deus	União marital	Salário do marido (guarda de fronteira)	Rapaz de 1 ano e 2 meses
<b>Cacilda 27 Anos</b>	12º Ano	Assistente administrativa	Católica	Casada	Salário dela e do marido (motorista)	Rapaz de 2 anos
<b>Carolina 37 Anos</b>	9º Ano	Comerciante	Velha Apostólica	União marital	Comércio	Rapaz de 3 anos
<b>Celsa 20 Anos</b>	8º Ano	Doméstica	Católica	União marital	Salário do marido (minas da RSA)	Menina de 3 anos
<b>Dorca 27 Anos</b>	8º Ano	Bilheteira de mercados (CMCX)	Velha Apostólica	Casada		Menina de 9 meses
<b>Efigénia 29 Anos</b>	12º Ano	Comerciante	Nenhuma	Divorciada	Comércio (loja no domicílio)	Rapaz de 1 ano
<b>Inalda 30 Anos</b>	12º Ano	Comerciante	Assembleia de Deus	União marital	Comércio e salário do marido (motorista)	Menina de 4 anos
<b>Maimuna 33 Anos</b>	12º Ano	Doméstica	Islão	Casada	Comércio do marido (lojista)	Menina de 4 anos
<b>Maira 32 Anos</b>	5º Ano	Lojista (proprietária)	Velha Apostólica	União marital	Comércio	Menina de 7 meses
<b>Maria João 34 Anos</b>	6º Ano	Doméstica	Zione	Separada	Biscate trabalhos agrícolas	Menina de 10 meses
<b>Natércia 39 Anos</b>	4º Ano	Limpadeira	Nenhuma	Separada	Biscate trabalhos agrícolas	Rapaz de 2 anos e 3 meses
<b>Vera 25 Anos</b>	5º Ano	Doméstica	Univesal do Reino de Deus	União marital	Salário do marido (minas da RSA)	Rapaz de 1 ano e 9 meses

*Quadro 3.1 – Perfil das mães*

### **3.1.2. Agentes do mercado farmacológico em Xai-Xai**

Existem vários agentes que disponibilizam uma variedade de medicamentos para o tratamento de doenças em menores de cinco anos em Xai-Xai, nomeadamente hospitais e centros de saúde, farmácias biomédicas, farmácias tradicionais<sup>29</sup> e curandeiros. Todavia se a documentação referente aos hospitais, centros de saúde e farmácias é abundante, escritos sobre as farmácias tradicionais e curandeiros são escassos. O Centro de Saúde da Cidade de Xai-Xai (com maternidade) é a unidade sanitária que, maioritariamente atende à população local; é constituído por dois médicos e cinquenta e cinco profissionais da categoria pessoal médico. O Centro de Saúde funciona das 6:00H às 18:00H, ao que após este período – assim como para o caso de casos severos, cirurgias e partos – este Centro conta com os préstimos do Hospital Provincial de Gaza.

Tanto o Centro de Saúde como o Hospital Provincial possuem farmácias internas, onde os utentes compram os medicamentos prescritos na consulta. O estado moçambicano, através do Sistema Nacional de Saúde, comparticipa no preço dos medicamentos das farmácias hospitalares, razão pela qual os medicamentos receitados para doenças infecciosas (de forma geral) têm um custo fixo de cinco meticais<sup>30</sup>. Esse preço é fixo (preço por receita), ou seja não varia com a especificidade ou quantidade dos medicamentos prescritos. Em casos de rotura de *stock*, ou quando se verificam enchentes nas filas das farmácias hospitalares, os utentes recorrem às farmácias extra-hospitalares (privadas), onde o preço dos medicamentos é elevado (preço por medicamento<sup>31</sup>).

São, ao todo, cerca de dez farmácias privadas que operam na cidade de Xai-Xai e vendem medicamentos com ou sem prescrição médica. Esses medicamentos são fornecidos por armazéns que respondem ao MISAU, tais como a MEDIMOC, as quais importam da Índia e demais países. Os farmacêuticos elaboram uma requisição mensal, que contém os medicamentos essenciais para as patologias comuns. Uma vez que em Xai-Xai a malária tem

---

<sup>29</sup> Farmácia tradicional é uma expressão utilizada no presente estudo, por facilidade de linguagem, para designar estabelecimento onde se podem adquirir medicamentos peculiares à medicina tradicional *murhí ya xilandí*.

<sup>30</sup> Cinco meticais (MTN) correspondem a catorze cêntimos. Base: 1€ = 35 MTN.

<sup>31</sup> Os preços dos medicamentos vendidos nas farmácias privadas para as principais doenças infantis partem de dez meticais por unidade – paracetamol = 10mtn; antiparasitas (xebox) = 35 mtn, sais de reidratação oral = 10mtn; xarope antifebril = 30mtn.

uma incidência sazonal – isto é agrava-se na época quente e chuvosa – a selecção dos medicamentos por requisitar é feita consoante esse factor. Assim, no verão solicita-se em maior quantidade os antimaláricos, os sais ferrosos e os sais de reidratação oral e, no inverno, investe-se mais em antigripais. O regresso dos trabalhadores das minas da vizinha África do Sul (geralmente em Dezembro) é outro factor que aumenta a requisição de antimaláricos pelas farmácias, na medida em que os mineiros fazem regularmente o rastreio e controlo da malária, antes do regresso ao país do labor.



*Figura 3.1 – Farmácia Paulo (biomédica).*

As farmácias tradicionais, que se encontram localizadas em forma de quiosques (bancas) no mercado Limpopo<sup>32</sup>, são agentes do mercado farmacológico em Xai-Xai que se dedicam à venda de medicamentos para doenças em menores de cinco anos – maioritariamente sem a prescrição do curandeiro. Estes medicamentos são obtidos através da extracção ou importação. A importação de medicamentos tradicionais é feita pelas farmácias tradicionais da África do Sul. Já a extracção é feita na mata, por especialistas credenciados pela AMETRAMO. Para extrair os medicamentos tradicionais, tanto como curandeiro como simples extractor, é preciso realizar três rituais, especificamente um à saída de casa, outro à chegada na mata e outro ainda no regresso à casa. Estes rituais têm a função de garantir a protecção no percurso, o acesso e eficácia das plantas. No estado bruto, os constituintes das plantas (raízes, caules e folhas) são espedaçados, secados, pilados e posteriormente ajuntados

---

<sup>32</sup> O mercado Limpopo abre das 6:00H às 22:00H. A sua administração cabe ao Conselho Municipal da Cidade de Xai-Xai.

aos constituintes animais. Findo este processo complexo, os medicamentos são embalados, colocados em sacos ou frasco e postos à venda.

Estes vendedores são organizados hierarquicamente e respondem à AMETRAMO. Existem cerca de quinze quiosques de venda de medicamentos no mercado Limpopo. No local, a hierarquia é composta por vigilante, delegado e vendedores. O vigilante, antes de o ser, fora delegado. Entretanto, cedeu esse posto ao actual delegado por questões de idade (avançada). Como vigilante – por sinal o mais velho de todos os vendedores – tem a função de (1) coordenar a comunicação entre os vendedores e a AMETRAMO; (2) formar e legitimar a actividade de novos vendedores e; (3) responder questões que sobrepujam a capacidade do delegado. Ao delegado é incumbido (1) coordenar questões relacionadas com a qualidade do produto (medicamentos); (2) legitimar a entrada de novos vendedores e; (3) apaziguar conflitos internos.

Para obter a legitimação, os candidatos a vendedores de medicamentos tradicionais no mercado Limpopo devem se fazer presente com duas testemunhas que confirmem o seu conhecimento na matéria. Segue-se a estes testemunhos questões de examinação. Aos candidatos que não obtenham conhecimento em matéria de medicamentos tradicionais são-lhes dados formações que duram cerca de um mês. O pessoal da Direcção Provincial da Saúde também faz visitas de avaliação de higienização do local e dos medicamentos, não interferindo nas questões de eficácia dos mesmos.

Neste mercado (Limpopo) vende-se frequentemente medicamentos para doenças infantis – ou doenças à nascença – tais como *nómbo*, *xilálá* e doença da lua – e cujos preços são desde trinta meticais.



*Figura 3.2 – Farmácia tradicional – mercado Limpopo.*

Legitimados pela AMETRAMO, os curandeiros são também agentes do mercado farmacológico em Xai-Xai. Não se distinguindo grandemente dos vendedores de medicamentos no mercado Limpopo, os curandeiros têm a sua farmacopeia depositada nos seus próprios domicílios. Os medicamentos são geralmente adquiridos por extracção na mata mediante a realização de rituais. As raízes e folhas extraídas na mata são cortadas ou piladas e, nalgumas vezes misturadas com outros medicamentos vendidos na farmácia tradicional. O diagnóstico é o primeiro passo dado para identificar-se a doença e o respectivo tratamento. O curandeiro conta com a ajuda de um assistente, que pode ser sua esposa, filho ou seu formando. De modo geral, ao preço dos medicamentos é acrescido o da consulta, sendo assim difícil determinar o preço dos medicamentos.

Portanto, existem em Xai-Xai vários agentes do mercado farmacológico que disponibilizam (por venda) uma diversidade de medicamentos para o tratamento de doenças. Esses agentes estão em constante digladição uma vez que, por serem sistemas diferentes, possuem lógicas gestão de saúde e doença também diferentes. Entretanto, todos os agentes farmacológicos crêem nas suas capacidades em tratar de forma eficaz, doenças em menores de cinco anos em Xai-Xai. Mas quais são as principais doenças em menores de cinco em Xai-Xai?

### **3.1.2. Doenças em menores de cinco anos: percepção da OMS e prática das mães**

Procede-se a seguir à identificação, caracterização e significação das doenças de menores de cinco anos em Xai-Xai, através de duas formas projectadas em dois quadros distintos. A primeira forma refere-se à concepção globalmente institucionalizada pela OMS (e MISAU) sobre a priorização, causas e tratamento de doenças em menores de cinco anos e, a segunda refere-se à literacia e prática das mães em relação à primazia, causação e terapêutica das principais doenças em seus menores de cinco anos.

O quadro sobre a percepção da OMS/MISAU foi obtido através da análise documental<sup>33</sup>. Ao passo que o quadro ilustrativo da literacia e prática das mães foi fruto dos dados etnográficos. Assim, com recurso às técnicas do método quantitativo foi possível encontrar as respostas mais apontadas correspondentes às principais doenças, causas e terapêutica. Redigiu-se todas as respostas concernentes à identificação das principais doenças em folhas separadas e realizou-se a contagem de recorrências; por outras palavras é a frequência com que cada doença foi apontada pelas mães, que determinou a priorização das principais doenças em menores de cinco anos.

Quanto à terminologia, por serem falantes bilingues, as mães tendiam a nomear umas doenças em Português e outras em Changana. Neste estudo faz-se menção dos termos utilizados pelas mães.

---

<sup>33</sup> Quadro obtido com base nos dados oficiais disponíveis em [www.who.org](http://www.who.org) e [www.misau.gov.mz](http://www.misau.gov.mz).

DOENÇA	CAUSAS	TERAPÊUTICA
<p><b>Malária</b> Doença parasitária.</p>	<p>Picada de mosquito <i>plasmodium (falciparum, malariae e ovale)</i>.</p>	<p>Primeira linha Artemeter lumefantrine (coartem); segunda linha AS+AQ e; terceira linha quinino. Foi também introduzido o supositório de Artesunato para pré-referência (comunidade).</p> <p>Controlo vectorial (pulverização e redes mosquiteiras).</p>
<p><b>Pneumonia</b> Infecção pulmonar causada.</p>	<p>Contacto interpessoal que transmite vírus e bactérias.</p>	<p>Antibióticos e antigripais.</p>
<p><b>Diarreia</b> Passagem de três ou mais fezes moles ou líquidas por dia.</p>	<p>Vírus, protozoários e bactérias que produzem toxinas que por sua vez inibem a absorção da água pelos intestinos; A infecção é por via de alimentos contaminados ou por contágio interpessoal.</p>	<p>Sais de Reidratação Oral.</p>
<p><b>HIV/SIDA</b> HIV é um retrovírus que destrói as células do sistema imunológico. Num estado mais avançado transforma-se em SIDA.</p>	<p>Transmissão de mãe para filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação.</p> <p>Transfusão de sangue.</p> <p>Partilha de material cirúrgico injectado.</p>	<p>Profilaxia anti-retroviral à mulher durante a gravidez e ao bebé logo após o nascimento. Tratamento anti-retroviral para menores de cinco anos.</p>
<p><b>Sarampo</b> Doença infecciosa.</p>	<p>Vírus transmitido por gotículas da boca, garganta ou nariz</p>	<p>Reidratação com solução oral, antibióticos e vitamina A.</p>

Quadro 3.2 – Principais doenças em de <5 anos na óptica da OMS e MISAU.

DOENÇA	CAUSAS	TERAPÊUTICA
<p><b>Malária:</b> Febres, dores de cabeça, dores nas articulações.</p>	<p>Picada de mosquito.</p>	<p>Coartem: 1 a 3 comprimidos duas vezes ao dia, durante três dias. Paracetamol: ¼ a 1 comprimido três vezes ao dia, durante 7 dias. O custo do tratamento varia entre 5mtn (hospital) e 100mtn (farmácias privadas). Vitaminas.</p> <p>Eucalipto (folhas): inalação; tomar suadouros de vapor.</p>
<p><b>Doença da lua/Mavábzi whéti/mavábvi ya ma kúlú/mavábvi ya munghano:</b> Mácula na face, alheação, convulsões febris, sustos frequentes, sonambulismo. Quando grave manifesta-se por paralisia, síncope e ataques epilépticos.</p>	<p>Verme <i>nhóka</i> que acompanha o nascimento da criança e que se desenvolve durante o seu crescimento, causando uma cadeia de enfermidades que podem comprometer a sanidade física, psicológica e social.</p>	<p>Um tratamento profilático pós-parto (ou seis meses depois) com recurso a rituais e/ou medicamentos tradicionais. O tratamento (ritual + medicamentos) começa com um banho de purificação à criança e à mãe impura, seguido da toma de <i>murhi wa humbá, murhi wa ximbitana'</i> e atamento de amuletos. O conjunto deste tratamento varia entre 250 e 1000mtn.</p> <p>O tratamento feito com base em medicamentos é composto por pedaços de raízes de diferentes árvores (30mtn), fervidos numa panela de barro; folhas secas e piladas (30mtn) que se infundem numa carapaça de caracol, com um grão de sal: tomar 10 a 100 ml, duas vezes ao dia, ao nascer e ao pôr-do-sol. A interrupção da toma depende da eficácia, ao que se pode tomar até, no pior dos casos, aos treze anos de idade.</p>
<p><b>Expectoração, constipação, febre:</b> Dificuldade em respirar; subida de temperatura corporal, tosse e expectoração.</p>	<p>Exposição a poeiras, ventos frios, chuvas e temperaturas baixas.</p>	<p>Xaropes (+-35 mtn), cotrimoxazol (10mtn), paracetamol (10mtn) amoxicilina e fenox (30mtn) – preço nas farmácias privadas; Ou 5mtn (xarope, cotrimoxazol e paracetamol) nas farmácias hospitalares.</p> <p>Xarope (cebola, açúcar, azeite). Eucalipto (folhas): inalação; tomar suadouros de vapor.</p>
<p><b>Diarreia:</b> Fezes líquidas.</p>	<p>Água não tratada, alimentos impróprios.</p>	<p>Mistura oral: 3 a 5 pacotes. Ferve-se 1litro de água e, ao arrefecer, mistura-se a um pacote para tomar durante 24h;</p> <p>Batido de farinha de trigo e água fria.</p> <p>Cada pacote de Sais de Reidratação Oral custa 10mtn nas farmácias privadas. Já não</p>

hospital todo o tratamento custa 5mtn.

<p><b>HIV/SIDA:</b> Magreza, palidez, febre, suores, dor de cabeça.</p>	<p>Transmissão de mãe para filho durante a gravidez e amamentação.  Transfusão de sangue.</p>	<p>Profilaxia anti-retroviral à mulher durante a gravidez e ao bebé logo após o nascimento. Tratamento anti-retroviral (ARV's) para menores de cinco anos.  Cocktails de medicamentos tradicionais para aumentar a massa corporal.</p>
---	---	--

**Xilalá:**

<p>Magreza; dor e alargamento da cabeça, choros nocturnos frequentes que originam veias pulsantes na cabeça;</p>	<p>Incompatibilidade do sangue da mãe ao do filho. É também causada pela não (ou má) recepção da nova criatura pelos antepassados da família.</p>	<p>Pedaços de pele (medicinais) de animais que se ferverem e se tomam três vezes ao dia. No fim de duas semanas faz-se um amuleto com o mesmo medicamento e ata-se ao longo do pescoço do bebé. O culminar do tratamento é a rebento do amuleto.  Paracetamol e vitaminas.</p>
--	---	--

**Nómbó:**

<p>Convulsões e diarreia que acompanham a dentição da criança.</p>	<p>Ferve-se um medicamento tradicional <i>murhi wa dzombo</i> (pedaços de raízes e caule de plantas) e dá-se a tomar duas vezes ao dia, de manhã e à noite.</p>
--	---

Quadro 3.3 – Principais doenças de <5 anos na óptica das mães.

Os quadros acima apresentados revelam a existência de diferenças entre as percepções institucionalmente legitimadas (OMS e MISAU) e a literacia dos sujeitos (mães). Enquanto a OMS/MISAU apontam para a malária, pneumonia, diarreia, HIV/SIDA e sarampo como as principais doenças em menores de cinco anos, as mães, por sua vez indicam a malária, a doença da lua, expectoração/constipação, diarreia, HIV/SIDA, *xilalá* e *nómbó* como as principais doenças em menores de cinco anos.

Esta notória diferença não descarta a existência de pontos de intersecção. Porquanto doenças como a malária, diarreia e HIV/SIDA são referidas como principais tanto pela OMS/MISAU como pelas mães. Convém entretanto notar que mesmo as doenças comuns em ambos os grupos são apreendidas de forma dissemelhante. Tomamos como exemplo a malária. Por um lado, a OMS/MISAU concebe a malária como uma doença parasitária transmitida pela picada

do mosquito *anopheles* e tratada com base no coartem, AS+AQ ou quinino. Por outro, as mães percebem a malária como é simplesmente febre, dores (cabeça e articulações), causadas pela picada de mosquito e que para o seu tratamento requer-se coartem, paracetamol e folhas de eucalipto.

Mesmo que existam pontos em que a OMS/MISAU e as mães identificam o mesmo tipo de doenças como prioritárias, há que se salientar a existência de exclusividades. Doenças como pneumonia e sarampo, apontadas pela OMS/MISAU não existem no rol das prioridades das mães. De forma semelhante, doenças como doença da lua, *xilalá* e *nómbó* referidas pelas mães como principais, não constam da priorização da OMS/MISAU. Apesar desse facto, uma reflexão a partir da causação, pode trazer algumas revelações. Assim, o que a OMS/MISAU designa pneumonia (infecção pulmonar; expectoração, tosse e constipação) manifesta-se da mesma forma que o que as mães chamam de expectoração/constipação. E o que as mães chamam *nómbó* (convulsões diarreicas que acompanham a dentição da criança) revela-se de forma similar à manifestação do que a OMS/MISAU dá o nome de diarreia. Portanto, mais do que na significação, as diferenças entre a OMS/MISAU a este nível, podem estar situadas no âmbito conceitual.

Deixando de lado as diferenças e semelhanças entre concepções institucionalmente desenhadas e as práticas dos actores sociais, importa salientar que as mães não fazem uma distinção clara entre doença e sintoma de doença. Por este facto, alguns sintomas de doenças são posteriormente referidos e classificados como doença enquanto tal, isso porque “*as doenças daqui são fluidas e complexas. Pode-se pensar que é uma diarreia simples quando é uma malária complicada com diarreia*” (Fernando, 31 anos, farmacêutico).

A malária é a maior causa de morte e de consultas pediátricas de menores de cinco anos. É uma doença endémica devido à abundância de chuvas que dão origem a pântanos, águas estagnadas e capim que, por sua vez, facilitam a sobrevivência e reprodução de mosquitos vectores. A malária manifesta-se através de diversos sintomas, porém haja os mais perceptíveis “*...quando o meu filho tem febre e não come... bem, já sei que é malária e levo para o centro de saúde...*” (Berta, mãe, Igreja Reino de Deus, 20 anos).

Sendo uma doença com causas biológicas (doença do corpo), o seu diagnóstico e tratamento são geralmente feitos no hospital. O diagnóstico é feito através do teste rápido de sangue. Já o tratamento, por sua vez, obedece duas linhas, sendo a primeira o cortem + paracetamol e, a segunda o quinino. O quinino é receitado quando a primeira linha não se faz eficaz, entretanto “desde Dezembro de 2011 que se reintroduziu o quinino. Isso é preocupante. Significa que estamos a ter uma malária muito resistente” (Fernando, 31 anos, farmacêutico). Estes medicamentos podem ser adquiridos nas farmácias hospitalares ou nas farmácias privadas. Nas farmácias hospitalares a aquisição é mediante a apresentação duma prescrição médica. Já nas farmácias privadas, é comum as mães comprarem os medicamentos para a malária sem prescrição.



*Figura 3.3 – Malária: coartem (à esquerda) e paracetamol (à direita).*

Outras acções são levadas a cabo no sentido de se combater a propagação do vector da malária. Os profissionais de saúde, através do Programa Nacional do Controlo da Malária (PNCM) realizam diferentes tarefas desde a difusão do conhecimento sobre o risco de infecção até às formas de controlo domiciliário. Através do PNCM (Programa Nacional de Controlo da Malária) fazem-se pulverizações intra-domiciliárias e oferecem-se (e encoraja-se) o uso de redes mosquiteiras, mormente por mulheres grávidas. Contudo estas acções não são suficientes para proteger completamente as crianças porque “...no tempo em que a mãe

*grávida ou a criança está fora da casa*<sup>34</sup> *apanha a picadinha do mosquito*” (Carla, 44 anos, enfermeira).

*Mavábvi ya whéti, mavábvi ya ma kúlú ou mavábvi ya munghano*<sup>35</sup> – com a tradução literária *doença da lua, doença grande e doença do amigo* – são expressões utilizadas para designar uma doença que se crê ser congénita a todas as crianças daquele contexto *húma nawo hi ndreni*. Sendo assim, espera-se que todas as crianças sofram desta enfermidade, razão pela qual recomenda-se um tratamento profilático antes da manifestação dos sintomas. Os sintomas têm a sua eminência ao nascer da lua nova.

Esta doença tem explicações que transcendem o mundo orgânico e revelam o mundo social. É por conta desta complexidade que escasseiam explicações pormenorizadas sobre a etiologia da doença da lua. O próprio agente causador da doença da lua *nhóka* – um verme invisível ao olhar biomédico – dificilmente (ou impossivelmente) é visto. Este desconhecimento fez com que se submetesse a ideia deste verme à categoria dos tabus sociais em Xai-Xai, o que culmina com a associação entre o cosmos e as percepções sobre saúde e doença.

*“Dizem que a doença da lua é provocada por uma lombriga que só morre com medicamento tradicional”* (Maria João, mãe, Igreja Zione, 34 anos). *“... já ouvi que há colegas meus que têm medicamentos que provocam a irritação do verme para sair vivo do organismo, através de vômito ou fezes. Muitos de nós só temos medicamento para matar o bicho, que leva muito tempo, razão pela qual o tratamento é um processo duradouro”* (Jerónimo, curandeiro, 41 anos).

Tal como a o nome sugere (e as mães salientam), esta é uma doença grave e prioritária entre crianças menores de cinco anos, razão pela qual *“uma das regras importantes para preparar a criança para enfrentar o mundo é tratar a doença da lua”* (Jerónimo, 41 anos, curandeiro), por isso *“toda a criança deve tomar o respectivo medicamento”* (Maimuna, mãe, 33 anos, islâmica) porque *“...é tabu crescer sem tomar o medicamento da lua”* (Joana, avó, 56 anos, Igreja Velha Apostólica); *“...mesmo um médico especializado quando as coisas apertam vai para a panelinha”* (Carla, 44 anos, enfermeira), portanto *“dar ao filho o remédio da lua é uma prática quotidiana de todas as mães”* (Generoso, 52 anos, farmacêutico).

---

<sup>34</sup> A maioria das residências em Xai-Xai é constituída pela casa propriamente dita e um quintal a céu aberto.

<sup>35</sup> A doença da lua *mavabvi ya whéti* é assim designada por revelar-se, geralmente, aquando do nascimento da lua nova.

Os sintomas e infecções paralelas à doença da lua são sobrepostos e incluem a febre, a síncope e os ataques epiléticos, só para citar algumas. O hospital diagnostica e trata alguns destes males, mas não trata a doença no seu todo... “*temos medicamentos que controlam as convulsões epiléticas, mas tratar a doença como tal não posso mentir...*” (Carla, enfermeira, 44 anos). A terapêutica da doença da lua é – e em consonância com as constatações de Honwana (2002) – feita ao longo do processo da vida, num processo de restabelecimento do equilíbrio social enfatizado por Granjo (2009) para a restauração da saúde.

Assim, o tratamento da doença da lua é feito na medicina tradicional a partir de rituais e/ou medicamentos. O ritual é procedido à mãe e ao bebé, pelo curandeiro no período pós-parto. Começa com um banho de purificação *kutlampswiwa*, composto por água morna, sangue de galinha e demais medicamentos e termina com a toma de medicamentos tradicionais. Estes medicamentos tradicionais são compostos por partes moles e parte duras das plantas. As partes moles (folhas) são postas à secagem e posteriormente macerados numa carapaça de caracol caramujo-gigante africano. As partes duras (caule, raízes e cascas) são despedaçados e submetidos à decocção – numa panela de barro – para a extração dos seus princípios activos. Ambos medicamentos são tomados duas vezes ao dia, de manhã e à noite. Os medicamentos vão sendo renovados de três em três meses.



*Figura 3.4 – Doença da lua: folhas secas (à esquerda) e cocktail de raízes (à direita).*

Quanto ao custo, o ritual e os medicamentos têm um valor que varia de 100 a 500 meticais no curandeiro. Os medicamentos comprados nas farmácias tradicionais variam entre os 30 e 100 meticais. Para além da finalidade terapêutica, o tratamento ritual+medicamentos funciona como um mecanismo de preparação da criança para enfrentar o mundo... *“o tratamento completo prepara a criança para ser fisicamente forte e psicologicamente estável, de forma a ter capacidade de fazer trabalhos duros e ter postura de um(a) verdadeiro(a) homem/mulher”* (Jerónimo, 41 anos, curandeiro).

A expectoração, constipação e febre são infecções respiratórias comuns em menores de cinco anos em Xai-Xai, que ser consideradas doenças como tal ou sintomas de doenças. Como doenças, a expectoração e constipação são causadas por vírus ou bactérias. Como sintomas de doenças, as tosses e constipações podem ser uma manifestação de uma malária, doença da lua, de entre outras. *“A doença da lua pode provocar febres e constipações. Se as mães levarem a criança para o hospital, aqui só terão o tratamento desses sinais de doença e não a doença da lua como tal”* (Jerónimo, 41 anos, curandeiro).

Os sinais da expectoração e constipação são a dificuldade de respirar e falta de ar, o muco, a febre e a tosse aguda. A expectoração e constipação são diagnosticadas pela sintomatologia e tratadas com xaropes, cotrimoxazol e paracetamol. *“Mais do que pneumonia ou broncopneumonia, cá temos com mais frequência as constipações e febres que felizmente as facilmente com a sintomatologia”* (Carla, 44 anos, enfermeira). Acresce a estes medicamentos o leite materno. Para além destes medicamentos biomédicos, as mães dão aos seus filhos um xarope caseiro (preparado através da cebola picada, sal, açúcar e óleo vegetal) e inalação com folhas de eucalipto.



*Figura 3.5 – Expectoração e constipação: xarope (à esquerda) e paracetamol (à direita).*

A diarreia é uma manifestação de doenças gastrointestinais causada por parasitas, vírus e bactérias que produzem toxinas inibidoras da absorção da água pelos intestinos. As chuvas abundantes, as condições precárias de higiene e saneamento e a “...*ingestão de determinados medicamentos tradicionais*” (Celeste, 31 anos, enfermeira) constituem factores de risco para a infecção pelo vírus da diarreia em Xai-Xai. O diagnóstico é feito com testes laboratoriais de fezes. As diarreias são tratadas através da mistura de sais de reidratação oral, metranidazol em xarope e cotrimoxazol. Aleitamento materno, dieta alimentar (da mãe) variada são outros suplementos importantes para o tratamento da diarreia.



Figura 3.6 – Diarreia: Sais de Reidratação Oral.

O HIV/SIDA em menores de cinco anos é, muita das vezes, transmitido verticalmente de mãe para filho, durante a gravidez, o parto ou a amamentação. O risco de transmissão por mãe lactante é elevado porque em Moçambique, por tradição, as mulheres amamentam até aos 18 ou 24 meses. A mãe seropositiva é submetida a um tratamento profilático durante a gravidez. O diagnóstico do bebé é feito de imediato após o parto, através do *Poligyn Reaction* (PCR). Confirmados os resultados realiza-se hemograma à criança seguido do tratamento profilático com Zidovudina (AZT) iniciado nas duas primeiras horas até às quarenta e duas horas.

Devido à exposição a infecções como *Treponema pallidum*, vírus das Hepatites B e C, vírus HTLV-I, vírus do Herpes Simples, Citomegalovírus, *Toxoplasma gondii* e *Mycobacterium tuberculosis*, as crianças recém-nascidas tomam vacinas à nascença (BCG) e aos dois meses (DTP) e Poliomielite. Acresce a estas medidas, a amamentação exclusiva (e desmame) até aos seis meses ou alimentação com substitutos do leite materno.

*Xilalá* é uma doença de bebés que se notabiliza através da magreza, dores de cabeça, choros nocturnos frequentes – o que acaba por causar o alargamento da cabeça. É uma doença congénita com uma etiologia social (magia, feitiçaria e espiritualismo), sendo neste caso causada por uma falta de compatibilidade do sangue materno com o do recém-nascido. Esta

doença é também causada pela ausência de vínculo entre o recém-nascido e os antepassados da família a que ele pertence, uma vez que se crê que os mortos crescem e vivem entre os vivos. O seu diagnóstico pode ser com base nos sintomas ou através do método de adivinhação *tinhlolo*.



*Figura 3.7 – Xilalá: pedaços de peles de animais.*

Sendo uma doença de cunho social, o tratamento de *xilalá* requer um banho de purificação *kutlampswiwa* dado ao recém-nascido e à respectiva mãe. Este banho é preparado com um cocktail de água morna, sangue de galinha e demais medicamentos. Purificada a criança e, conseqüentemente, criado o elo com o sangue materno e aos antepassados da família, segue a toma de me medicamento (pedaços de pele de animais), três vezes ao dia. No fim de doze semanas, o resto do medicamento é transformado em amuleto a ser suspenso no pescoço da criança. O rebentar do amuleto é o culminar do tratamento.

*Nómbó* é uma doença que se manifesta através de convulsões e diarreias que acompanham a dentição da criança. O diagnóstico de *nómbó* é feito com base nos sintomas, ao que existe uma maior atenção das mães ao período da dentição dos seus bebés. Esta doença pode ser tratada através do medicamento tradicional designado *murhi wa dzómbó* (composto por pedaços de raízes e caule de plantas), a tomar duas vezes ao dia, de manhã e à noite.



*Figura 3.8 – Nómbó: cocktail de raízes*

Com a caracterização das doenças de menores de cinco anos em Xai-Xai nota-se a falta de clareza entre os conceitos utilizados pelas mães e pelos provedores de cuidados de saúde. A identificação das doenças de menores de cinco anos faz alusão ao contexto de pluralismo médico existente em Xai-Xai. Primeiro porque as percepções etiológicas locais (das mães) coexistem de forma conflituosa com as explicações dos profissionais médicos (enfermeiros e curandeiros). Segundo, porque as mães fazem opções entre diversas respostas existentes para fazer face às doenças em menores de cinco anos as mães, sendo que algumas destas respostas mostram uma ruptura com as recomendações estruturais (DPS/Gaza e MISAU).

As relações de poder são outro factor evocado quando se fala sobre doenças em menores de cinco anos de idade em Xai-Xai, sendo de se destacar o papel da avó paterna da criança. *“Quando a minha filha nasceu, minha mãe trouxe-me o remédio da lua. Eu costumava a não dar com frequência, até que um dia, chateada disse: pena que eu possa não estar viva quando a tua filha pirar...”* (Efigénia, mãe, 29 anos). O papel da avó é também notório em bebés com mães profissionais de saúde. *“Existe uma tradição em que à nascença a criança toma banhos tradicionais e remédio da panelinha. Foi sempre assim, e como moçambicana devo seguir... também porque a viver com a sogra não há como vacilar”* (Celeste, 31 anos, enfermeira).

Portanto esta secção mostrou que existem diferenças na priorização realizada pela OMS/MISAU e a priorização percebida pelas mães em Xai-Xai. Enquanto a OMS/MISAU aponta a malária, a pneumonia, a diarreia, o HIV/SIDA e o sarampo como as doenças que merecem mais atenção em Xai-Xai (e em Moçambique no geral), as mães apontam a malária, doença da lua, diarreia, expectorções/constipações, HIV/SIDA, *xilalá* e *nómbó* como as doenças que realmente afligem os menores de cinco anos em Xai-Xai. Confrontadas com uma destas doenças, as mães realizam percorrem várias estâncias á procura de respostas farmacológicas para o bem-estar dos seus filhos, tal como veremos na próxima secção.

#### **3.2.4. Percursos das mães: factores geradores e lógicas subjacentes**

Neste capítulo procura-se descrever e analisar o processo de gestão de tratamento para doenças em menores de cinco anos em Xai-Xai. Falar de percursos terapêuticos é referir-se a o que praticamente as pessoas fazem quando se deparam com doenças em menores de cinco, ou seja o conjunto de trajectórias realizadas pelas mães desde o aparecimento do problema, a adesão a diversas respostas institucionais ou não institucionais, sem se deixar em inadvertência os motivos que as orientam bem como os significados que emergem em torno desses percursos.

Em Xai-Xai, as respostas para fazer face às doenças em menores de cinco anos começam, antes de mais, no espaço domiciliar. É o conhecimento comum que as mães adquirem através da socialização – transmissão entre gerações ou aquele adquirido no dia-a-dia na família e na comunidade – que serve de ferramenta para a primeira reacção das mães às doenças dos seus filhos. Esta automedicação funciona segundo a percepção que as mães têm sobre os sintomas dos seus filhos...

*“Quando a minha filha fica doente, primeiro vejo o que fazer em casa... para dores de estômago agito pasta dentífrica em água fria e dou a tomar... para tosse faço um xarope misturando cebola, açúcar, óleo e vinagre e toma uma colher... quando tem febres peço uma paracetamol ao vizinho e dou-a”* (Ariana, mãe, 22 anos, Igreja Velha Apostólica).

*“Quando suspeito doença em minha filha faço orações em casa. E quando o corpo aquece molho uma toalha com água fria e embrulho-o porque o calor da febre quando se junta ao frio da toalha a febre baixa. Também dou paracetamol que sobrou da última ida ao hospital ou farmácia”* (Maimuna, mãe, 33 anos, Islão).

*“Sempre fico com comprimidos que compro na farmácia privada. Então quando a minha filha fica doente de repente, dou ¼ de paracetamol ou ‘gripe water’. Mas também dou remédio da lua”* (Dorca, mãe, 27 anos, Igreja Velha Apostólica).

Orações e rezas são aqui evocadas não como substância médica, sim como forma de expulsar os males do âmbito espiritual que podem estar associados à causa da doença. Embora percebidas como eficazes (e necessárias) pelas mães, as respostas a nível domiciliar são vistas, pelos farmacêuticos e enfermeiras, como iatrogénicas e prejudiciais para a saúde das crianças...

*“As mães, antes de ir ao hospital, procuram resolver o problema a nível local com a ajuda de um vizinho ou familiar que tenha tido uma situação idêntica no passado. Só quando tal intervenção não dá efeito é que as mães pensam ir ao hospital. Esta situação é muito triste porque o vizinho pode dar amoxicilina para uma criança de alguns meses, o que é contra-indicado pelos profissionais de saúde... Outros medicamentos já expiraram o prazo e outros são inadequados para o problema que a criança apresenta, uma vez que não houve um diagnóstico claro da doença”* (Fernando, 31 anos, farmacêutico).

*“Temos muitos casos de efeitos colaterais por causa das coisas que as mães dão aos seus filhos em casa, sem o nosso consentimento. Umam dão vários medicamentos tradicionais e outras dão comprimidos cuja origem é por nós desconhecida”* (Carla, 44 anos, enfermeira).

Pode-se, desta maneira, dizer que numa primeira estância as mães recorrem a práticas caseiras para responderem aos episódios de doença dos seus filhos. Convém porém notar que as respostas que as mães dão à suspeita de doença em casa transcorrem medicamentos da biomedicina, da medicina tradicional e medidas do conhecimento comum.

Para lá do espaço caseiro, as mães recorrem aos tratamentos com fármacos biomédicos de acordo com a sua percepção sobre as causas da aflição. A malária, a diarreia, a expectoração/constipação e o HIV e SIDA são doenças frequentemente tratadas por fármacos biomédicos...

*“Quando a minha filha teve malária, tratei com coartem que comprei na farmácia do hospital. É assim que se trata a malária... todos vamos ao hospital e muitas vezes dá*

*certo. Porque a malária aparece com a picada do mosquito e no hospital consegue-se matar o veneno... é isso que se fala em todo o lado, mesmo na rádio e televisão”* (Efigénia, mãe, 29 anos).

*“Houve uma vez que a minha menina teve diarreia o dia todo; vim com ela ao hospital e a enfermeira deu o que melhor sabe. Levei a mistura (Sais de Reidratação Oral) para a casa e dei durante três dias e melhorou. É fácil porque a diarreia vem de um bichinho e sempre tratou-se no hospital”* (Dorca, mãe, 27 anos, Igreja Velha Apostólica).

*“A última vez que meu filho adoeceu, teve uma tosse com mucosidade. Fui a farmácia e deram-me xarope... melhorou. Porque é uma doença normal”* (Berta, mãe, 20 anos, Igreja Reino de Deus).

Os curandeiros também assumem que o tratamento de malária, diarreia, exspectoração7constipação e HIV e SIDA é geralmente realizado com base nos fármacos biomédicos... *“Há doenças que nós não tratamos, mandamos as mães para o hospital. A malária é uma delas. Há relatos de que alguns curandeiros dão medicamento para isso, mas como nunca vi não acredito”* (Jerónimo, 41 anos, curandeiro).

É a percepção sobre a causa, a proliferação da informação e a avaliação sobre a eficácia que motivam as mães a recorrerem aos fármacos biomédicos para tratarem doenças em menores de cinco anos. Portanto, numa segunda estância, as mães recorrem a fármacos biomédicos para o tratamento de determinadas doenças em menores de cinco anos.

Numa terceira estância as mães recorrem aos fármacos tradicionais para tratar doenças em menores de cinco anos. São essas doenças *mavábzi ya whéti, xilalá e nómbó...*

*“Desde os seis meses que dou o remédio tradicional para a doença da lua á minha filha; comprei no mercado Limpopo; é importante e é eficaz... porque sempre foi assim na minha família... a minha mãe educou-nos assim e todos nós tomámos; mesmo a minha mãe foi dada pela minha avó... Aquele bicho (verme) que causa a doença só se mata com remédio tradicional, no hospital não ‘vêem game’ porque não é doença de máquinas é dos antepassados, logo é misteriosa”* (Elsa, mãe, 20 anos, Igreja Católica).

*“Todos os meus filhos tiveram xilalá...é simples de tratar só tem que procurar o verdadeiro remédio no curandeiro ou no mercado (Limpopo). São peles de animais que se ferve e depois faz-se um amuleto... quando o amuleto rebentar o tratamento termina”* (Maria João, mãe, 34 anos, Igreja Zione).

*“Mavábzi ya whéti, Xilalá e Nómbó são doenças tratadas apenas por medicamentos tradicionais. Os medicamentos do hospital podem tentar mas não conseguem; e no fim*

*dizem que é o leite da mãe que não é nutritivo, sem se saber que é porque quando a criança chupa, ela é ao mesmo tempo chupada pelo verme” (Jerónimo, 41 anos, curandeiro).*

Os farmacêuticos e as enfermeiras também são unânimes em afirmar que *mavábzi ya whéti, xilalá e nómbó* são doenças tratadas através de fármacos tradicionais...

*“É uma prática que sempre existiu; é anterior à nossa nascerça... Todos passámos pela panelinha, eu passei, os meus filhos também... Mas se é eficaz ou não, não tenho certeza, mas é a nossa realidade... Aqui no hospital recomendamos pedimos para as mães darem o remédio da lua a partir de seis meses” (Carla, 44 anos, enfermeira).*

*“Os nossos medicamentos só tratam os efeitos colaterais ou os sintomas, a própria doença é tratada com medicamentos tradicionais. Toda a mãe procura maneiras de dar ao seu filho o remédio da lua; elas não revelam que o fazem porque simplesmente não é necessário falar sobre isso” (Generoso, 52 anos, farmacêutico).*

É a crença, associadas à percepção sobre a etiologia, o hábito e a avaliação do tratamento que motivam a adesão das mães aos fármacos tradicionais para o tratamento de *mavábzi ya whéti, xilalá e nómbó*.

Embora se verifiquem tendências de determinadas doenças serem tratadas com fármacos biomédicos e outras com medicamentos tradicionais, os limites entre esses conjuntos dificilmente determinam-se e são, com efeito, pouco claros. Está na origem desta ambiguidade a incerteza na avaliação que as mães fazem sobre a eficácia do tratamento submetido aos seus filhos. Por conta desta situação, as doenças que inicialmente eram tratadas exclusivamente por fármacos biomédicos passam a ser tratadas também (e em combinação) com medicamentos tradicionais. E, as doenças que antes eram tratadas exclusivamente com medicamentos tradicionais passam a ser tratadas também (e em combinação) com fármacos biomédicos.

Assim sendo, e numa quarta estância, as mães dão para a mesma doença, fármacos biomédicos e medicamentos tradicionais de forma combinada, e acrescentam a essas substâncias terapêuticas rezas e orações.

*“Quando a minha filha teve ataques epilépticos (da doença da lua) dei comprimidos e xaropes que receitaram no hospital. Mas como não estava a resultar dei medicamento tradicional arranjado por um curandeiro. Hoje em dia está a crescer bem saudável” (Efigénia, 30 anos, cristã, mãe).*

*“A minha filha nunca ficou gravemente doente porque sempre dei bem o remédio da panelinha. Mas onde há criança há sempre uma preocupação, por isso quando surgem febres vou primeiro ao pastor que faz orações para afastar o diabo para que o tratamento funcione”* (Dorca, 27 anos, cristã, mãe).

*“Nós, muçulmanos temos umas práticas que se fazem quando a criança nasce... e depois de quarenta dias corta-se o cabelo. Mas antes disto começamos a dar o remédio da lua, que se toma até aos cinco anos. Outras doenças apareceram e tratei com medicamentos do hospital, mas isso não quer dizer que deve-se parar com o medicamento da lua”* (Fernanda, 31 anos, islâmica, mãe).

*“Houve uma noite que a minha filha piorou, tinha febre muito alta. Dei o medicamento da lua e mesmo assim continuou mal na manhã seguinte. Preocupada, fui ao hospital e disse a enfermeira ‘minha filha está com a doença do mês’ e ela receitou um xarope. Dei o xarope e o medicamento da lua, mas cada um com a sua hora... e dois dias depois a minha filha já estava bem”* (Helena, 32 anos, cristã, mãe).

*“Não sei se o medicamento tradicional é eficaz ou não. Quando nasci já se usava; eu passei por eles, os meus filhos também. Mas se é eficaz definitivamente não tenho certeza”* (Carla, 44 anos, enfermeira).

As enfermeiras – que se mostram ambíguas em relação á sua vertente profissional *dever ser* e pessoal *ser* – conhecem estas combinações e são conseqüentemente coniventes ao recomendarem a toma do remédio da panelinha a partir dos seis meses.

*“Nós temos que passar pela panelinha. Mesmo um médico especializado, quando as coisas apertam recorre a muitas coisas e acaba caindo na ratoeira, então não se pode dizer não. Mas com tantas patologias que interferem na vida das pessoas, adoptamos o aleitamento exclusivo, por isso recomendamos o medicamento da panelinha a partir dos seis meses. Isto não é fácil porque segundo a nossa natureza, uma criança ao nascer tem que fazer banhos e tomar medicamento da lua. Mas estamos a tentar educar para a mudança”* (Carla, 44 anos, enfermeira).

*“Pelo que ouvimos falar como tradição moçambicana, todos temos que seguir a toma do medicamento da lua até pelo menos cinco anos, caso contrário muitas patologias podem emergir. Aqui no hospital só recomendamos ao fim dos seis meses porque tememos os efeitos colaterais dum medicamento cuja composição e dosagem são desconhecidas”* (Celeste, 31 anos, enfermeira).

Portanto, na procura de medicamentos para doenças de menores de cinco anos de idade as mães percorrem quatro estâncias, nomeadamente, medidas caseiras, fármacos biomédicos, fármacos tradicionais e fármacos biomédicos e tradicionais de forma combinada.

### **3.2. DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

Dados etnográficos acima descritos sustentam que existe em Xai-Xai um contexto de pluralismo farmacológico. Nesse contexto vários agentes disponibilizam variedades de medicamentos para o tratamento de doenças infantis, nomeadamente hospitais e centros de saúde, farmácias biomédicas, farmácias tradicionais e curandeiros. Os hospitais e farmácias biomédicas têm uma lógica centrada na fisiologia humana, de maneira que as doenças são vistas como entidades físicas localizadas em partes específicas do corpo. Esta realidade faz com que para cada doença exista um determinado medicamento. Os hospitais e farmácias biomédicas são instituições, explicitamente, vinculados à Direcção Provincial da Saúde, e cabe a esta entidade a legitimação e vigilância daqueles.

As farmácias tradicionais e curandeiros têm uma lógica holística, sendo as doenças vistas como entidades físicas e sociais, que, para o seu tratamento é necessário estabelecer-se um equilíbrio entre o corpo humano, o meio ambiente e os antepassados. Estas instituições abrem a possibilidade de algumas doenças serem exclusivamente tratadas por fármacos biomédicos. Enquanto as farmácias tradicionais estabelecem o equilíbrio pela manipulação de fármacos tradicionais, os curandeiros acrescentam aos medicamentos, rituais de purificação. As farmácias tradicionais e os curandeiros são instituições legitimadas e vigiadas pela AMETRAMO, embora estejam formalmente sob tutela da Direcção Provincial de Saúde de Gaza.

Os medicamentos não são entidades independentes nem sequer isoladas. Eles são representações físicas em conexão com um contexto mais complexo, do qual são parte, de maneira que não se pode falar da parte sem fazer alusão ao seu todo. Esta constatação da identidade dos medicamentos em Xai-Xai assemelha-se ao efeito metonímico que os medicamentos têm entre os *Mossi* de Burquina Fasso (Whyte, 2002), o que permite que mesmo removidos do seu contexto inicial, os medicamentos se mantenham potencialmente conectado com esse contexto. Portanto, é uma incompletude falar dos medicamentos em Xai-Xai – fármacos biomédicos e fármacos tradicionais – sem fazer referência às tradições médicas a que os mesmos pertencem – biomedicina e medicina tradicional.

Ainda assim, a relação entre as diversas tradições médicas em Xai-Xai é assimétrica. Os hospitais, centros de saúde e farmácias biomédicas, legitimados pelo Sistema Nacional de Saúde são tidas – pelos organismos do Estado – como entidades oficiais (e fundamentais) para o processo de prevenção e tratamento de doenças, fomentando o que Menéndez (2005) chama de hegemonia do modelo médico. A patente hegemonia do modelo médico em Xai-Xai, e em Moçambique no geral, é um produto histórico com raízes na época das missões coloniais que criaram hospitais e distribuíam medicamentos para salvar e mão-de-obra indígena. Esta importação da biomedicina e da biofarmacologia alicerçou-se na doutrina cristã hostil às estruturas médicas tradicionais. Em Xai-Xai a biofarmacologização é uma extensão de biomedicalização.

Quanto à identificação das principais doenças em menores de cinco anos em Xai-Xai, há que salientar que existe um distanciamento entre a construção biomédica e as percepções e literacia das mães. Se, por um lado a OMS, o Ministério da Saúde apontam a malária, a pneumonia, o HIV/SIDA, a diarreia e o sarampo como as principais doenças, dados do presente estudo indicam a malária, doença de lua, expectoração/constipação, diarreia, HIV/SIDA, *xilálá* e *nómbó* como as doenças que frequentemente afligem aos menores de cinco anos em Xai-Xai.

Em geral, as mães percebem a malária, a expectoração/constipação, a diarreia e o HIV/SIDA como doenças causadas por condições naturais, tais como micróbios, bactérias e vírus. Para tratar este género de doenças as mães recorrem aos fármacos biomédicos. A partir desta constatação, se na perspectiva de Granjo (2009), em Moçambique, doença não é o oposto de saúde – por tratar-se de uma manifestação de um problema social à monte, que requer não só a cura do paciente (que equivale à restauração da saúde), mas também o restabelecimento do equilíbrio social – o presente estudo mostra que, quando se trata de malária, expectoração/constipação, diarreia e HIV/SIDA, doença pode ser o oposto de saúde. Pois em Xai-Xai é frequente tratar-se essas doenças apenas com fármacos biomédicos, sem necessidade de se recorrer aos fármacos tradicionais.

Por sua vez, doenças como doença da lua, *xilálá* e *nómbó* consideram-se ter causas sociais tais como a repreensão dos antepassados pela inexistência de um elo que ligue os mortos ao recém-nascido. A doença da lua faz-se presente na criança antes da manifestação dos

sintomas. Para o seu tratamento recorre-se com frequência aos fármacos tradicionais, por vezes acrescidos por rituais de purificação. Tal como é característico de sociedades com sistema de filiação patrilinear – onde o vínculo familiar é feito através do pai do ego, sendo o pai considerado patriarca da família e onde a residência é patrilocal (Franco, 1972 & Junod, 1996) – em Xai-Xai as relações de poder são também invocadas na gestão de saúde e doença de menores de cinco anos. Na medida em que é notório o papel desempenhado pela sogra (sobre a nora), ao recomendar e impor a toma do medicamento da lua, como uma prática temporal e herdada de gerações anteriores. Para lá da relação entre o tipo de linhagem e a notoriedade do poder da sogra relativamente à saúde das crianças, a baixa escolarização das mães – e consequentemente a abundância do senso comum e escassez da do conhecimento científico – influencia a extensão do poder da sogra na cidade de Xai-Xai.

Esta constatação assemelha-se às conclusões de LeVine & Rowe (2009), para quem a escolarização possibilita as mães a serem psicologicamente poderosas, adquirindo autonomia que as torna agentes activas nas intervenções de saúde dos seus filhos. As mulheres com baixo nível de escolarização são mais propensas ao controlo pelas sogras em todas as esferas, principalmente no concernente à saúde das crianças (LeVine & Rowe, 2009: 341).

Não se pretende, neste estudo, dar azo a uma dicotomia entre doenças tratadas por fármacos biomédicos e doenças tratadas por fármacos tradicionais. Longe desse dualismo, assume-se que as doenças são tendencialmente (e não completamente) tratadas por um ou outro género de medicamentos. Ou seja, quando as doenças tratadas por fármacos biomédicos mostram-se persistentes, adiciona-se aos biomédicos, o tratamento com fármacos tradicionais, direccionados à doença como tal ou aos seus sintomas. O mesmo sucede para o caso de doenças frequentemente tratadas com fármacos tradicionais.

Contrariamente à classificação de Honwana (2002), para quem, no sul de Moçambique, as doenças são ora simples ou complexas – em que as causadas por factores naturais são simples e as causadas por factores sociais são complexas – o presente estudo sugere que, mais do que o factor etiológico, o que determina a simplicidade ou a complexidade de uma doença é a avaliação da sua gravidade. Para exemplificar, a malária é uma doença provocada por um protozoário, no entanto em Xai-Xai é considerada complexa uma vez que constitui a maior causa de morte e de consultas pediátricas de menores de cinco anos. Já a doença do *xilalá*,

embora com uma causada por factores sociais – ira dos antepassados – é vista como menos complexa pois dificilmente leva à perda de vida.

No que concerne aos percursos, as mães, quando confrontadas com alguma doença dos seus filhos procuram, numa primeira estância, respostas a nível local – casa, familiares, vizinhos e comunidade. Estas respostas incluem medidas caseira, para além de fármacos (biomédicos e tradicionais). As mães têm em suas casas, um repositório farmacológico composto por antibióticos; no seu quintal têm plantas tradicionais e também possuem conhecimento sobre formas práticas de administrar doenças, tais como cobrir a criança febril com uma toalha imersa em água fria, de maneira que, confrontada com o frio, a febre baixe.

Para Menéndez (2003: 198), a autonomia terapêutica das mães em Xai-Xai, significaria que elas estão num processo de auto-atenção, ou seja representações e práticas utilizadas pelos indivíduos ou grupos sociais para diagnosticar e responder a processos de saúde, sem a intervenção dos provedores. Neste ponto os medicamentos revelam o seu efeito liberatório (Whyte, 2002 & Lopes, 2010), de poder-se aceder aos mesmos sem intermediação de terceiros.

Para além da crença na eficácia das terapias ministradas a esta estância, o custo (e distância) de deslocação aos centros de saúde ou ao curandeiro é mais um motivo que fomenta a prática de auto-medicação. Convém porém notar que esta auto-atenção é vista, pelos profissionais de saúde, como prejudicial à saúde das crianças.

A primeira estância dos percursos das mães assemelha-se à realidade da vila de Dienga (Gabão), onde Pilkington *et al* (2004) demonstra que, em casos de doença, a primeira reacção das mães é recorrer ao primeiro medicamento que tenham em suas mãos. Entretanto, enquanto as respostas das mães em Dienga são constituídas por fármacos biomédicos, as respostas caseiras em Xai-Xai formam um ecletismo composto por fármacos biomédicos, tradicionais assim como medidas do senso comum. Ao que, em conformidade com (Kleinman, 1980), em Xai-Xai, a primeira solução das mães em caso de doença dos seus filhos é encontrada no sector popular – a esfera constituída por crenças do individuo, família e comunidade sobre a saúde e doença, com a coexistência de pontos de entrada, saída e interacção de ideias de diferentes sectores {profissional (biomédico) e folclórico (tradicional)}.

Caso o tratamento caseiro não mostre melhorias num espaço médio de 24 horas, as mães recorrem, numa segunda estância, aos fármacos biomédicos para tratar doenças como a malária, a diarreia, a expectoração/constipação e o HIV/SIDA. Nesta estância as mães são motivadas pela percepção sobre a causa da doença, porquanto, estas doenças têm causas físicas, sendo que o seu tratamento requer também intervenções biomédicas. Esta realidade é reconhecida pelos curandeiros e vendedores de fármacos tradicionais, os quais, quando deparados com uma destas doenças, chegam a sugerir às mães de menores de cinco anos a ida ao centro de saúde.

Já, numa terceira estância, as mães recorrem aos fármacos tradicionais para tratarem doenças como *mavábzi ya whéti, xilalá e nómbó*. Isto porque acredita-se que estas doenças têm causas que sobrepõem a vertente física – envolvendo motivos sociais. As enfermeiras fomentam esta posição na medida em que, na tentativa de efectivar a prática do aleitamento materno exclusivo, recomendam a toma dos medicamentos tradicionais a partir dos seis meses. Portanto, embora não se recomende explicitamente, essa proibição de mistura de medicamentos antes dos seis meses revela o reconhecimento e a cumplicidade com este procedimento terapêutico.

Ora, o facto de tentar-se determinar dois conjuntos de percursos – recurso aos fármacos biomédicos ou recurso aos fármacos tradicionais – não implica que tais conjuntos sejam absolutos. A procura de cuidados de saúde não é simplesmente permeada por crenças dentro dos limites da cultura ou sistema; é também um processo criativo que inclui a invenção, inovação e desordem (Straus *et al*, 2011: 8). Por conta desta situação os limites entre o recurso aos fármacos biomédicos e o recurso aos fármacos tradicionais são irregulares, e portanto, plásticos.

Está na origem desta ambiguidade e plasticidade, a incerteza e a contingente ineficácia que o medicamento pode vir a revelar dias após a ingestão. Tal como Whyte (1997: 18) sustenta, a incerteza é propriedade da existência humana; o mundo é precário e perigoso e as pessoas estão inteligivelmente preocupados com a sua segurança, ao que, mesmo sem garantia, o homem prefere estar seguro que inseguro.

Por causa desta situação, quando determinados medicamentos não mostram melhorias à doença face a qual foram ingeridos, as mães recorrem a outros. Assim, as doenças pelas quais inicialmente se recorria unicamente aos fármacos biomédicos passam a ser tratadas também, e em combinação, por fármacos tradicionais. E, as doenças que antes eram tratadas exclusivamente por medicamentos tradicionais passam a ser tratadas também, e em combinação, por medicamentos biomédicos. Este sincretismo terapêutico – motivado pela severidade da doença bem como pela incerteza em relação à eficácia do medicamento primeiramente administrado – dá origem à quarta estância dos percursos das mães, que dão para a mesma doença, fármacos biomédicos e fármacos tradicionais, de forma combinada.

Esta constatação revela uma diferença na interpretação da eficácia farmacológica em Xai-Xai. Enquanto o princípio biomédico sugere que os medicamentos têm os mesmos efeitos em os indivíduos – uma vez que o corpo humano é similar em todos os contextos geográficos – o acréscimo dos fármacos tradicionais aos biomédicos mostra que os corpos não são semelhantes e existem diferenças na actuação dos medicamentos.

Esta constatação revela ainda a interligação entre a eficácia social e a eficácia bioquímica (Whyte, 2002), na medida em que quando os fármacos tradicionais – avaliados pela eficácia social, ou seja o efeito das ideias, práticas e sugestões habituais, sem avaliação química – demonstram ineficácia, combinam-se com os fármacos químicos – avaliados pela eficácia farmacológica, ou seja as propriedades do medicamento.

Portanto, a eficácia dos medicamentos para doenças de menores de cinco anos em Xai-Xai é socialmente construída. As mães estão inseridas num contexto de pluralismo médico, onde, durante as suas interações, partilham práticas e significados que alimentam as suas opções. Ora, tais opções podem ser fruto da sua racionalidade (recurso a um medicamento de acordo com a percepção sobre a causa e a crença sobre a sua eficácia) ou do simples hábito e incerteza (recurso a um medicamento pelo risco de o anteriormente ingerido não ser eficaz).

Enquanto muitos antropólogos criticam a biomedicina pela ignorância dos aspectos culturais sobre a saúde e doença e, com efeito, a dificuldade em assumi-la como um sistema cultural, o presente estudo mostra que a biomedicina em Xai-Xai é um sistema cultural, na medida em que: (1) é um produto histórico, criado na época colonial, com o objectivo de garantir a

sanidade da mão-de-obra; (2) os seus praticantes (enfermeiras) são seres sociais, imbuídas de valores e crenças em relação ao meio em que se encontram. Portanto, tal como Scheper-Hughes & Lock (1987) sugerem, mais do que se fazer uma análise com base no dualismo cartesiano, há que contextualizar a biomedicina e admitir o *as-ifness of our ethnoepistemology* (Scheper-Hughes & Lock, 1987: 30).

Por fim, este estudo foi uma pesquisa que fez uma análise das formas e os significados que os utentes atribuem à doença e ao processo de procura de cuidados de saúde – localismo. Esta forma de análise foi alicerçada pela escrita etnográfica subjacente à ciência antropológica. Ora o paradigma da Saúde Global – que é por sinal o nome do mestrado – foi uma iniciativa adoptada após a 2ª Guerra Mundial para criar modelos de consumos globais de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, com vista a eliminação de doenças e rumar ao desenvolvimento. Este paradigma é concebido através de tecnologias ocidentais (biomédicas), em que a OMS tem desempenhado um papel fundamental na sua disseminação (Packard, 1997). Assim, este estudo pretende ser um contributo na medida em as particularidades e simbolismos verificados na gestão de doenças em menores de cinco anos em Xai-Xai, podem ser apropriados de uma forma mais global, uma vez que todo o global é construído a partir do local.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo analisou os percursos das mães na procura de medicamentos para doenças em menores de cinco anos, na cidade de Xai-Xai em Moçambique. Os resultados do estudo permitem concluir que durante a procura de respostas para as doenças dos seus filhos, num mercado farmacológico múltiplo, as mães passam por quatro estâncias. Enquanto numa primeira estância, as mães recorrem a medidas caseiras, na segunda, elas recorrem aos fármacos biomédicos. Na terceira estância as mães recorrem aos fármacos tradicionais e, na quarta estância recorrem aos fármacos biomédicos e tradicionais de forma combinada.

O recurso à auto-medicação caseira é motivado pela distância no acesso ao centro de saúde ou às farmácias (biomédica e tradicional), mas também pela crença na eficácia dos tratamentos anteriormente ministrados a esta estância. O recurso aos fármacos biomédicos e aos fármacos tradicionais é motivado pela percepção sobre a causa, ao que para as doenças com causas físicas recorre-se aos fármacos biomédicos e para as doenças com causas sociais recorre-se aos fármacos tradicionais. Porém, ao longo do tempo, motivadas pela incerteza de uma ineficácia contingente, as mães desfazem esses conjuntos e combinam fármacos biomédicos e tradicionais para as mesmas doenças em menores de cinco anos. O estudo mostra ainda que enquanto por um lado, a OMS e o MISAU traçam estratégias e planos com vista a eliminação de doenças de menores de cinco anos, as mães por outro lado, têm as suas orientações na gestão de doenças para os seus filhos.

Estes resultados podem ser utilizados de duas maneiras. Uma, como um contributo nos estudos etnográficos sobre a forma como os indivíduos inseridos em contextos múltiplos gere e manipulam os recursos farmacológicos disponíveis, para responderem aos episódios de doenças. Outra, para reflectir-se sobre a eficácia dos programas de luta contra a mortalidade em menores de cinco anos em Xai-Xai, tornando-os mais sensíveis às especificidades locais.

## **FONTES**

Conselho Municipal da Cidade de Xai-Xai (2011), *Plano de Estrutura Urbana do Município de Xai-Xai, Diagnóstico da Situação Actual*, Xai-Xai.

MISAU (2006), *Relatório de Prestação de Contas*. Disponível em: [http://www.misau.gov.mz/provincias/provincia\\_de\\_gaza/dps\\_gaza\\_sum21Qario\\_executivo\\_d\\_o\\_relatorio\\_de\\_prestacao\\_de\\_contas\\_2006](http://www.misau.gov.mz/provincias/provincia_de_gaza/dps_gaza_sum21Qario_executivo_d_o_relatorio_de_prestacao_de_contas_2006); Consultado em 01/03/2012.

MISAU (2004), *Perfil Estatístico Sanitário da Província de Gaza*, Maputo.

ONU, (2011), *Millenium Development Goals 2015*, Disponível em: [www.un.org/millenniumgoals/](http://www.un.org/millenniumgoals/).

República de Moçambique (2004), *Política da Medicina Tradicional e Estratégia da sua Implementação*, BR nº 15, 1ª Série, Maputo, Imprensa Nacional.

UNICEF (2010), *Annual Report 2010*. Pakistan. Disponível em [http://www.unicef.org/lac/UNICEF\\_Annual\\_Report\\_2010\\_EN\\_052711.pdf](http://www.unicef.org/lac/UNICEF_Annual_Report_2010_EN_052711.pdf). Consultado em 25/09/2012.

UNITED NATIONS (2010), *Millenium Development Goals. Goal 4 Reduce Child Mortality High-level Plenary Meeting of the General Assembly*, New York. Disponível em <http://www.un.org/millenniumgoals/>. Consultado em 20/05/2012.

WHO (1998), *Background Info of Reviewing the Traditional Medicine Gabinet Paper*, Genebra, Disponível em: [www.afrolib.afro.who.int/RC/RC50/pt/AFRC50.9.pdf](http://www.afrolib.afro.who.int/RC/RC50/pt/AFRC50.9.pdf). Consultado em 12/12/2010.

WHO (1978), *Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Ama-Ata*, Moscovo, Disponível em: [www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf). Consultado em 12/12/2010.

WHO (2012a), *Mozambique: health profile*. Disponível em: <http://www.who.int/gho/countries/moz.pdf>. Consultado em 26/05/2012.

WHO (2012b), *World Health Statistics*. Disponível em [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf), Consultado em 05/09/2012.

WHO (2012c), *Traditional and Complementary Medicine*. Disponível em <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/en/>. Consultado em 23/08/2012.

## **BIBLIOGRAFIA**

Academia das Ciências de Lisboa (2001), *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*, Lisboa, Editorial Verbo.

Annandale, E. (1998), *The Sociology of Health and Medicine*, Cambridge, Polity Press.

Assis, M., Villa, T. & Nascimento, M. (2003), “Acesso aos serviços de saúde”, *Ciência & Saúde Colectiva*, 8 (3), pp.815-823.

Baer, H., Singer, M. & Susser, I. (2003), *Medical Anthropology and the World System*, Westport, Praeger.

Bassat, Q. *et al* (2008), “Malaria in Rural Mozambique. Part II: children admitted to hospital”, *Malaria Journal*, 7(37), pp.1-13.

Beaud, S. & Weber, F.(2007), *Guia para a Pesquisa de Campo. Produzir e Analisar Dados Etnográficos*, Rio de Janeiro, Vozes.

Bell, J. (1993), *Doing your research project: a guide for first-time researchers in education and social science*, Buckingham, Open University.

Benedict, R. (1934), *Padrões de Cultura*, trad. Alberto Candeias, Lisboa, Livros do Brasil.

Berlin, B. (1992), “Ethnobiological Classification: Principles of categorization of plants and animals in traditional societies”, *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, New Jersey, Princeton University Press.

Bryman, A. (2004), *Social Research Methods*, New York, Oxford Press University.

Burgess, R. (1984), *In the Field: An Introduction of Field Research*, London, UNWIN HYMAN.

Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (s.a), *Pluralismo dos Sistemas Médicos*. Maputo: Departamento de formação.

Chapman, R. (2006), “Chikotsa – Secrets, Silence, and Hiding: social risk and reproductive vulnerability in central Mozambique”, *Medical Anthropology Quarterly*, 20(4), pp.487-515.

Comelles, J. (1993), “La utopía de la atención integral de salud. Auto atención, práctica médica y asistencia primaria”. *Revisiones en Salud Publica* (3), pp.169-192.

\_\_\_\_\_ (2000), “The Role of Local Knowledge in Medical Practice: a trans-historical perspective”. *Culture, Medicine and Psychiatry* (24), pp. 41-75.

Dekker, M. & Van Dijk, R. (2010), *Markets of well-being: Navigation Health and Healing in Africa*, Boston, BRILL.

Etkin, N. (1990), “Ehnopharmacology: biological and behavioral perspectives in the study of indigenous medicines” em T. Johnson & C. Sargent, *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, New York, Praeger.

Evans-Pritchard, E. (1985), *Antropologia Social*, Lisboa, Edições 70.

\_\_\_\_\_ (1987), *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*, rio de Janeiro, Zahar Editores.

Franco, G. (1972), *Dicionário de Antropologia*, Viseu, Verbo.

Gilio, A. (2007), “Um olhar sobre a realidade de Moçambique: a enfermagem e a saúde”, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), pp.98-102.

Giovannini, P. *et al* (2011), “Do pharmaceuticals displace local knowledge and use of medical plants? Estimates from a cross sectional study in a rural indigenous community, Mexico”, *Social Science and Medicine*, 72, pp.928-936.

Good, B. (1994), *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press.

Good, B. (2010), “Medical Anthropology and the Problem of Belief”, em B. Good, *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*, UK, Wiley-Blackwell.

Goody, E. (1982), *Parenthood and Social Reproduction: fostering and occupational roles in West Africa*, Cambridge, Cambridge University Press.

Granjo, P. (2009) “Saúde, doença e cura em moçambique”, em E. Lechner (org.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Green, E. (1999), “Engaging Indigenous African Healers in the Prevention of AIDS and SDTs” em R. Hahn (ed). *Anthropology in Public Health. Bridging Differences in Culture and Society*, pp.63-83.

Hans, R. & Kleinman, A. (1983), “Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions”, *Annual Reviews Inc*, 12, pp.305-33.

Hobsbawn, E & Ranger, T. (1983), *The Invention of Tradition*, Cambridge, University Press.

Honwana, A. (2002), *Espíritos vivos, tradições modernas: Possessões de espíritos e Integração social pós-guerra no sul de Moçambique*, Maputo, PROMÉDIA.

Illich, I. (1976), *Medical Nemesis. The expropriation of Health*, (s.l), Calder & Boyars.

Janzen, J. (2002), *The Social Fabric of Health: An Introduction to Medical Anthropology*, Boston, McGraw-Hill.

Junod, H. (1996), *Usos e Costumes dos Bantu*, Tomo I, Maputo, Arquivo Histórico de Moçambique.

Kleinman, A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.

LeVine, R. & Rowe, M. (2009), “Meternal literacy and child health in less-development countries: evidence, processes, an limitations”, *Journal of Developmental & Bahavioral Pediatrics*, 30(4), pp.340-349.

Lewis, H. (1999), “The Misrepresentation of Anthropology and Its Consequences”, *American Anthropologist*, 100 (3), pp.716-731.

Lock, M. & Nguyen V. (2010), *An Anthropology of Biomedicine*, UK, Wiley-Blackwell.

Lopes, N. (2010), *Medicamentos e Pluralismo Médico: Práticas e lógicas sociais em mudança*, Porto, Edições Afrontamento.

Luedke, T. & West, H. (2006), *Borders and Healers: Brokering Therapeutic Resources in Southeast Africa*, USA, Indiana University Press.

Malinowski, B. (1992/1922), *Argonauts of the Western Pacific: An Account of Native Enterprise and Adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea*, London, Routledge.

Malinowski, B. (1967/1989), *A Diary in the Strict Sense of the Term: With a New Introduction by Raymond Firth*, London, Athlone.

Martin, G. (2004), *Ethnobotany. A method Manual*, London, Chapman and Hall.

Menéndez, E. (2003), “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Ciência e Saúde Colectiva*, 8, pp.185-208.

\_\_\_\_\_ (2005), “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, *Salud Colectiva*, 1, pp.9-32.

Meneses, M. P. (2000), *Medicina Tradicional, Biodiversidade e Conhecimentos rivais em Moçambique*, Coimbra, Oficina do CES.

Minayo, M. & Sanches, O. (1993), “Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?” *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), pp.239-262.

Ngokwey, N. (1995), “Home remedies and doctors remedies in Feira (Brazil)”, *Social Science and Medicine*, 40(8), pp.1141-1153.

O’Reilly, K. (2005), *Ethnographic Methods*, London, Routledge.

Packard, R. (1997), “Visions of Postwar Health and Development and Their Impact on Public Health Interventions in Developing World”, em F. Cooper, & R. Packard, *International development and the social sciences: essays on the history and politics of knowledge*, Berkeley, University of California Press.

Palmer, R. (1969), *Hermeneutics: Interpretation Theory in Scheiermacher, Dierthey, Heidegger, and Gadamer*, USA, Northwestern University Press.

Petryna, *et al* (2006), *Global Pharmaceuticals. Ethics, markets, Practices*, London, Duke University Press.

Pilkington, H. *et al* (2004), “Malaria, from natural to supernatural: a qualitative study of mothers’ reactions to fever (Dienga, Gabon)”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, pp.826-830.

Pires, M. (2006), *Teorias da Cultura*, Lisboa, Universidade Católica editora.

Poel, E. *e tal* (2007), “Are urban children really healthier? Evidence from 47 developing countries”, *Social Science and Medicine*, 65, pp.1986-2003.

Pool, R. & Geissler, W. (2005), *Medical Anthropology*, Berkshire, MacGrawHill.

Porto Editora (2011), *Dicionário da língua portuguesa : Acordo ortográfico o antes e o depois*, Porto, Porto Editora.

Quivy, R. & Van Campenhoudt, L. (1998), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva Publicações.

Rivers, W. (1924), *Medicine, magic and religion*, London, Routledge.

Rodrigues, C. (2009), *Malária em Moçambique: perspectivas leigas numa região endémica*, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Comunicação e da Cultura, Lisboa, ISCTE-IUL.

Rhodes, L. (1990), “Studying biomedicine as a cultural system”, em T. Johnson & C. Sargent, *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, New York, Praeger Publisher.

Scheper-Huges, N. & Lock, M (1987), “The Mindful Body: a Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology”, *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), pp.6-41.

Silva, L. (1992), “Da Fusão de Horizontes ao Conflito de Interpretações: a Hermenêutica entre H.-G. Gadamer e P. RICOEUR”, *Revista Filosófica de Coimbra*, 1:, pp.127-153.

Sitoe, B. *et al* (2008), *Dicionário Ronga-Português*, Maputo, CIEDIMA.

Sousa, U. *et al* (1987), “Acesso aos serviços de saúde: Uma abordagem de Geografia em saúde pública”, *Revista de Saúde Pública*, 21 (5), pp.439-446.

Spradley, J. (1980), *Participant observation*, New York: Holt, Rinehart and Winston.

Straus, L. *et al* (2011), “Inherent illness and attacks: an ethnographic study of interpretations of childhood Acute Respiratory Infections (ARIs) in Manhiça, southern Mozambique”, *BMC Public Health*, 11:556, pp.1-10.

Thornton, R. (2010), “The market of healing and the elasticity of belief: Medical pluralism in Mpumalanga, South Africa”, em M. Dekker & R. Dijk, *Markets of well-being: Navigation Health and Healing in Africa* Dekker, Boston, BRILL.

Uchôa, E. & Vidal, J. (1994), “Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença”, *Cadernos de Saúde Pública* 10 (4), pp.497-504.

Van der Geest, S. *et al* (1989), “The charm of Medicines: Metaphors and Metonyms”, *Medical Anthropology* 3(4), pp.345-367.

Van der Geest, S. *et al* (1996) “The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach”, *Annual Reviews Inc*, 25, pp.153-178.

Van der Geest, S. & Finkler, K. (2004), “Hospital ethnography: introduction”, *Social Science and Medicine*, 59, pp.1995-2001.

Whyte, S. (1997), *Questioning misfortune: the pragmatics of uncertainty in eastern Uganda*, Cambridge, Cambridge University Press.

Whyte, S. *et al* (2002), *Social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press.

Williams, S. & Calnan, M. (1996), *Modern Medicine: Lay perspective and experiences*, London, UCL Press Limited.