



UNIVERSIDADE
E D U A R D O
MONDLANE

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA
LICENCIATURA EM ANTROPOLOGIA

Idealizando um “*Sistema Médico Híbrido*”: famílias, interrupção do tratamento convencional e uso de medicamentos tradicionais nos hospitais de Maputo

Trabalho de Culminação de Estudos na Modalidade de Projecto de Pesquisa submetido ao Departamento de Arqueologia e Antropologia como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane

Autor: José Tomás Paulo Pembelane

Supervisor: Danúbio Lihaha

Maputo, Julho de 2015

Idealizando um “*Sistema Médico Híbrido*”: famílias, interrupção do tratamento convencional e uso de medicamentos tradicionais nos hospitais de Maputo

Autor: José Tomás Paulo Pambelane

O supervisor

O presidente

O oponente

Maputo, Agosto de 2015

Declaração de Originalidade

Declaro que este relatório de pesquisa é original. Que o mesmo é fruto da minha investigação, estando indicadas ao longo do trabalho e nas referências as fontes de informação por mim utilizadas para a sua elaboração. Declaro ainda que o presente trabalho nunca foi apresentado anteriormente, na íntegra ou parcialmente, para a obtenção de qualquer grau académico.

José Tomás Paulo Pambelane

Maputo, Julho de 2015

Dedicatória

Dedico este trabalho à memória dos meus pais, Tomás Paulo Pombelane e Ana Paula José Nhacumba, eternas fontes de inspiração. Seus ensinamentos ficarão gravados eternamente.

Aos meus irmãos Nelson, Joaquim, Paulo e Francisco, pelo encorajamento e incentivo que me conferiram durante todo o processo da minha formação acadêmica.

Agradecimentos

Em primeiro agradeço do fundo do coração ao meu supervisor dr. Danúbio Lihaha, cuja atenção, paciência, simpatia, desde a fase embrionária da presente reflexão, foram de extrema importância. Aprendi, aprendo e espero ainda aprender muito mais com ele.

À Directora Clínica do Hospital Geral de Mavalane, na pessoa de Maria Helena Aníbal da Costa, pela autorização para a realização de recolha do material etnográfico junto à Enfermaria de Medicina do mesmo hospital.

O meu muito obrigado aos interlocutores deste estudo, pela consideração, pelo tempo dispensado e pelos ensinamentos que com eles pude colher durante as entrevistas e conversas, sem eles esta pesquisa não se iria materializar.

Um agradecimento ao colectivo de professores que lecionaram durante os quatro anos de licenciatura, os puxões de orelha, os ensinamentos compartilhados de forma bastante descontraída e inteligente são de inestimável valor.

Aos colegas do curso de Licenciatura em Antropologia (2011), alguns dos quais hoje chamo de amigos: Buque, Almeida, Eusebio e Rachid que partilharam comigo os quatro anos de formação, pelas alegrias compartilhadas e pelas angústias compartilhadas em momentos de memos lucidez.

À minha namorada Vanessa António, por ter estado sempre comigo, me apoiando, me concentrando, me distraíndo... Amo-te!

À todos aqueles que directa e indirectamente participaram no processo da minha formação.

Enfim, este trabalho é fruto da convivência e encontros com todas as figuras supracitadas.

À todos, *Muito Obrigado!*

Resumo

Em Moçambique, o Serviço Nacional de Saúde, mesmo desempenhando um papel muito importante na prevenção e cura de enfermidades, continua, de forma clara, convivendo com outras opções terapêuticas, mantendo-se assim vivo o pluralismo médico no país. Dessa forma, o presente estudo buscou compreender as lógicas que impulsionam determinadas famílias a interromper o tratamento convencional de um membro seu e recorrer a terapias e medicamentos tradicionais (dentro e fora dos hospitais).

A abordagem metodológica do presente estudo foi qualitativa, tomando em consideração aquilo que são as representações sociais, hábitos, crenças, atitudes e opiniões no que concerne à saúde e doença. Tendo em vista uma análise mais profunda do assunto, o estudo não só baseou-se na recolha de material etnográfico nos Bairros Malanga e Luís Cabral, onde foram ouvidas 7 famílias, mas também na Enfermaria de Medicina do Hospital Geral de Mavalane, onde foram ouvidos 4 enfermeiros.

A partir deste estudo foi possível perceber que é problemático pensar que o recurso aos *tinyangas* resulta da falta de alternativas de cuidados de saúde, pois, neste contexto, o processo de cura não se esgota no eliminar da enfermidade, implicando também a resolução do problema social do qual ela é uma manifestação. Ao agirem de tal forma, essas famílias, residentes em espaços urbanos, mostram que o problema não se limita à falta de profissionais de saúde qualificados, ou ainda à incapacidade por parte do Serviço Nacional de Saúde em cobrir o território nacional na sua totalidade.

Os resultados do estudo apontam a existência de um conjunto de lógicas que impulsionam essas famílias a agirem dessas formas. Tais lógicas são essencialmente orientadas pelas circunstâncias do adoecimento; pela natureza dos sintomas; pela crença de que há doenças que só a medicina tradicional pode curar; pela incompatibilidade em termos de noção de demora no processo de cura do paciente; pela disputa pelo paciente e pelo descaso para com as crenças e práticas de cura locais.

Palavras-chave: *Saúde e Doença; Medicina Tradicional; Itinerário Terapêutico; Experiência da Enfermidade; Modelo Explicativo; Pluralismo Médico; Sistema Médico.*

Siglas e Abreviaturas

AMETRAMO_ Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique

HCM_ Hospital Central de Maputo

HGJM_ Hospital Geral José Macamo

HGM_ Hospital Geral de Mavalane

MISAU_ Ministério da Saúde

OMS_ Organização Mundial da Saúde/ ou WHO – World Health Organization

SNS_ Serviço Nacional de Saúde

UEM_ Universidade Eduardo Mondlane

ÍNDICE

<i>Declaração de Originalidade</i>	ii
<i>Dedicatória</i>	iii
<i>Agradecimentos</i>	iv
<i>Resumo</i>	v
<i>Siglas e Abreviaturas</i>	vi
ÍNDICE.....	vii
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Objectivos e Contextualização.....	1
1.2. Justificativa e Pertinência do Estudo.....	3
1.3. Breve resgate da história da Medicina Tradicional.....	5
CAPÍTULO II.....	8
DA REVISÃO DA LITERATURA À COLOCAÇÃO DO PROBLEMA.....	8
2.1. A Biomedicina em Contextos de Pluralismo Terapêutico.....	8
2.2. Colocação do Problema.....	11
2.3. Tendências explicativas das causas para a procura por tratamentos na base da medicina tradicional.....	11
CAPÍTULO III.....	13
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONCEPTUALIZAÇÃO.....	13
3.1. Poder Simbólico, Habitus e Campo: Pierre Bourdieu.....	13
O Poder Simbólico.....	13
Habitus.....	13
Campo.....	14
3.2. Conceptualização.....	14
3.2.1. Saúde e Doença.....	14
3.2.2. Medicina Tradicional.....	15

3.2.3. Itinerário Terapêutico	15
3.2.4. Experiência da Enfermidade	15
3.2.5. Modelos Explicativos	16
3.2.6. Pluralismo Médico	16
3.2.7. Sistema Médico	17
CAPÍTULO IV	18
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS EMPREGUES NA PESQUISA.....	18
4.1. Métodos e técnicas de pesquisa no campo.....	18
4.2. Critérios de inclusão/exclusão e considerações éticas	19
4.4. Constrangimentos e Dificuldades no Terreno.....	22
CAPÍTULO V.....	24
ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO MATERIAL ETNOGRÁFICO.....	24
5.1. O Campo Etnográfico.....	24
5.2. Perfil dos Interlocutores.....	24
5.3. A questão do género no campo etnográfico.....	25
5.4. Interpretando as doenças a partir das circunstâncias em que surgem	26
5.5. A natureza dos sintomas: “que sintomas são esses? nunca senti isto antes...”.....	28
5.6. “Há doenças que só a medicina tradicional pode curar”.	32
5.7. A incompatibilidade em termos de noção de demora no processo de cura do paciente.....	33
5.8. A disputa pelo paciente: entre a responsabilidade e a pertença.....	35
5.9. O (des) caso em torno das crenças e práticas locais: o “mito” do remédio de lua.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	47

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1. Objectivos e Contextualização

“ (...) o tempo? Pois é, nem mesmo ele, com a sua capacidade colossal de alterar o curso das coisas, pode mudar tudo.”(Dito Popular)

O presente estudo está inserido no âmbito da obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia pela Universidade Eduardo Mondlane. O mesmo enquadra-se na Antropologia da Saúde e da Doença, bem como no campo das abordagens da Antropologia do Simbólico, onde esboçamos uma tentativa de compreender as lógicas que impulsionam determinadas famílias a interromper o tratamento convencional de membro seu e recorrer a terapias e medicamentos tradicionais (dentro e fora dos hospitais). O tema intitula-se: *Idealizando um “Sistema Médico Híbrido”: famílias, interrupção do tratamento convencional e uso de medicamentos tradicionais nos hospitais de Maputo.*

Em Moçambique, a biomedicina divide espaço, sem sombra de dúvida, com outras formas de cuidados de saúde, uma vez que se trata de um contexto cultural caracterizado pelo pluralismo terapêutico. Uma das evidências de tal convivência é exaltada pelo facto de que, o meio em que os profissionais de saúde se encontram a desempenhar as suas funções – neste caso, nos hospitais públicos – tem sido, por inúmeras vezes, um *campo* onde pacientes são retirados por familiares, e ainda, são testados outros modelos terapêuticos, no caso em particular, a medicina tradicional.

Trata-se de uma espécie de “invasão” do espaço da racionalidade médica por técnicas curativas baseadas em sistemas simbólicos e religiosos, ou ainda por sistemas formados por conhecimento técnico e procedimentos baseados nas teorias, crenças e experiências tradicionais usados para a manutenção, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças (WHO 2000).

Ao intervirem na área da saúde, os antropólogos desempenham o papel de mediadores entre os planejadores das políticas de saúde e as burocracias por um lado, e as comunidades locais por outro lado. Criam um elo entre ambas partes de forma com que os programas de saúde façam sentido para as comunidades e sejam aceites pelas mesmas (Helman 2006). Foi justamente pensando nesses prismas que o presente estudo foi elaborado.

Nesta ordem de ideias, este estudo elegeu como objectivo geral compreender as lógicas que impulsionam determinadas famílias a interromper o tratamento convencional de um membro seu e recorrer a terapias e medicamentos tradicionais (dentro e fora dos hospitais).

Especificamente o estudo elegeu como objectivos específicos: a) identificar, a partir das famílias, as lógicas que as impulsionam a interromper o tratamento convencional de um membro seu e recorrer a terapias e medicamentos tradicionais (dentro e fora dos hospitais), b) identificar, a partir dos profissionais de saúde, as causas das incompreensões durante o processo de interação entre eles, os pacientes e seus parentes e, finalmente c) analisar e interpretar essas lógicas, com base nos depoimentos de ambas partes.

O presente estudo é apresentado em cinco capítulos, a saber: No primeiro capítulo apresentamos a introdução e contextualização, os objectivos, a justificativa e pertinência do estudo. No segundo capítulo apresentamos a Revisão da Literatura, colocamos o problema de pesquisa e as respectivas abordagens.

No terceiro capítulo apresentamos a fundamentação teórica, apresentamos os conceitos de saúde e doença, medicina tradicional, itinerário terapêutico, experiência da enfermidade e modelos explicativos.

No quarto capítulo apresentamos os procedimentos metodológicos empregues durante a recolha do material etnográfico. No quinto e último capítulo apresentamos, analisamos e interpretamos o material etnográfico à luz das teorias escolhidas: *poder simbólico*, *habitus* e *campo*. Por fim, temos a conclusão do estudo que, em linhas gerais nos traz os argumentos do mesmo.

1.2. Justificativa e Pertinência do Estudo

O interesse em compreender as lógicas que impulsionam determinadas famílias a interromper o tratamento convencional de um membro seu e recorrer a terapias e medicamentos tradicionais (dentro e fora dos hospitais), surgiu há sensivelmente 8 anos, quando comecei a viver situações dessa natureza.

Presenciei casos envolvendo não só meus familiares, mas também de conhecidos. Casos em que se interrompia o tratamento convencional para se recorrer à medicina tradicional, bem como casos em que eram levados medicamentos tradicionais para dar o membro da família que se encontrava internado. Tal acontecia nos horários de visita. Para além de ter presenciado e vivido tais casos, desde então, até a altura em que o presente estudo era realizado, ouvia vários relatos envolvendo pessoas que me eram e são próximas, pois algumas delas já não fazem parte do mundo dos vivos, do qual partiram alegadamente vítimas desses casos.

Ao trazer este assunto para ser analisado sob uma perspectiva antropológica, pretendo em primeiro, ilustrar que não é necessariamente devido à incapacidade, por parte do SNS, em cobrir todo o território nacional, que as pessoas recorrem à medicina tradicional. Em segundo, pretendo dar a entender que pensar no binómio saúde-doença é um exercício de extrema complexidade, principalmente se tratando de um contexto como o nosso, em que uma multiplicidade de culturas se cruza no espaço e no tempo.

Tal como refere Luz (2008), citado por Spadacio e De Barros (2009), quando se pretende avançar na direcção de práticas, valores e representação de saúde, é preciso levar em conta a multiplicidade e a diversidade de modelos e práticas ligadas tanto a saberes tradicionais ou constituintes a actualidade, quanto a sistemas médicos complexos.

Falar de casos de interrupção do tratamento convencional e uso de terapias e medicamentos tradicionais (dentro e fora dos hospitais) é falar de fenómenos que têm marcado de forma profunda o sector de saúde no país, e têm sido uma grande preocupação para os profissionais de saúde, uma vez que desses fenómenos resulta uma série de complicações durante o atendimento aos pacientes.

Na fase embrionária deste estudo, tive algumas conversas com alguns profissionais de saúde que me são próximos, acerca de casos envolvendo mulheres grávidas que chegavam ao hospital após terem ingerido medicamentos tradicionais. Estes rexplicaram que dessas atitudes resultavam situações de complicação nos partos, originados pela ingestão de medicamentos tradicionais, que chegam a elevar a tensão arterial, convulsões antes do parto e à rotura de úteros e patologias graves. Mensionaram ainda casos de hemorragia, abortos difíceis de tratar, levando, nalguns casos, à morte de mulheres.

No caso das pediatrias, foram relatadas situações de intoxicação e convulsões nas crianças, como resultado de ingerência de medicamentos tradicionais sem o conhecimento e/ou orientação dos profissionais de saúde. Nas enfermarias, casos de descoberta de algumas ervas por baixo dos colchões dos pacientes internados, nos momentos de limpeza dos quartos.

1.3. Breve resgate da história da Medicina Tradicional

Desde sempre o homem recorreu às plantas com vista a se tratar e se livrar de doenças. Esta atitude, com o passar do tempo, passou a fazer parte da cultura dos povos e, durante milénios a medicina tradicional foi o único sistema de saúde disponível nas comunidades (Agostinho e Da Silva 2013).

Orientando-se nessa lógica, o campo da Antropologia da Medicina iniciou-se com a constatação do elo inevitável entre doença, medicina, cultura e sociedade humana. Assim, tal como sustentam Queiroz e Canesqui (1986a), as teorias da doença (científica ou religiosa), envolvendo, diagnóstico, prognóstico, tratamento e cura, são sempre parte daquilo que é o repertório cultural dos grupos humanos e variam no tempo e no espaço em consonância com a variação cultural.

Moçambique não é excepção aos factos acima apresentados pois, até aos dias atuais, as práticas de cura, também conhecidas pelo nome de medicina tradicional, são solicitadas por pessoas de variadas classes, moradoras das zonas rurais ou urbanas. Embora se trate de uma experiência mundial, inclusive na Europa, entre os discursos médicos vigentes, ainda se faz notar a ideia de que o seu uso é mais abundante e inerente ao continente africano (Santana 2011).

Desde os tempos bastante recuados, a prática da medicina tradicional mostrou-se intrinsecamente ligada à vida das comunidades moçambicanas. Reconhecendo tal realidade, o Governo pós-colonial, procurou criar políticas que visavam a integração dessa prática nos serviços de saúde.

Dessa forma, Santana (2011), argumenta que na segunda metade dos anos 70 a medicina tradicional começou a ganhar espaço e valorização nas políticas e estratégias de saúde no país, altura em que foi criado em 1977, no Ministério da Saúde, um Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional, com o objectivo de recolher espécimes de plantas utilizadas pelos praticantes de medicina tradicional, e recolher informações sobre as patologias tratadas com as mesmas plantas assim como a metodologia utilizada, mas sem objectivo de integrá-los nos programas preventivos ou de tratamentos de doenças, mesmos as consideradas endémicas.

O reconhecimento oficial da Medicina Tradicional, foi feito através da formalização da profissão de médico tradicional, facto que registou-se a partir da criação da AMETRAMO (Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique), formada em 1991, a primeira associação de terapêutas tradicionais. Esta associação surge com o objectivo de reforçar a capacidade organizativa e certificar a actividade dos médicos tradicionais ao mesmo tempo que lhes dava motivação para trabalhar com instituições oficiais que se dedicavam à actividade de prevenção e cura de doenças (Lebre 2012: 4).

No Sul de Moçambique, de acordo com as teorias locais, os *nyangas* devem os seus poderes curativos, divinatórios e de eficácia ritual, essencialmente, ao facto de serem possuídos por espíritos de defuntos, com os quais formam uma simbiose profissional e ontológica (Granjo 2009; Honwana 2002; Meneses 2000).

O quadro de práticas terapêuticas desenvolvidas pelos *tinyanga*¹ é dividido em duas principais fases pelas quais poderá passar um tratamento: adivinhação e diagnóstico. A adivinhação é um procedimento que ocupa-se das causas da doença, pode ser feita através do *transe* e do lançamento do “*tinhlolo*” - um conjunto de ossos, búzios, carapaças de tartaruga, pedras, moedas, invólucros de sementes e por vezes dados (Granjo 2009).

A recolha do material etnográfico foi feita nos Bairros Malanga e Luís Cabral, e ainda na Enfermaria de Medicina do Hospital Geral de Mavalane. Trata-se de dois bairros vizinhos, localizados a redorres da cidade de Maputo.

O presente estudo centrou-se, por um lado, na análise e interpretação profunda dos depoimentos das famílias, acerca dos casos em que interromperam o tratamento hospitalar de um dos membros, bem como nos casos em que usaram terapias e medicamentos tradicionais (dentro e fora dos hospitais). Por outro lado, o estudo centrou-se nos depoimentos dos enfermeiros acerca das incompreensões verificáveis durante o processo de interacção entre eles, os pacientes internados e seus familiares.

Da análise feita a partir do material etnográfico, constatámos a existência de um conjunto de lógicas que impulsionam essas famílias a agirem dessas formas. Tais lógicas são: as circunstâncias do adoecimento, a natureza dos sintomas, a crença de que

¹ Designação usada na região sul do país para se referir ao médico tradicional.

há doenças que só a medicina tradicional pode curar, a incompatibilidade que existe em termos de noção de demora no processo de cura do paciente, a disputa pelo paciente e o descaso para com as crenças e práticas locais.

A análise do material etnográfico nos permitiu perceber que a saúde e doença devem ser pensadas enquanto fenómenos sociais e ainda, que as famílias envolvidas no presente estudo, recorrem às lógicas culturais com vista a interpretar os fenómenos de saúde e doença. Tais lógicas são as que as orientam na busca dos tratamentos. A análise mostra também que o recurso aos *tinyanga* não resulta necessariamente da falta de profissionais de saúde qualificados ou ainda da falta de alternativas de cuidados de saúde, pois, neste contexto, o processo de cura não se esgota no eliminar a enfermidade, implicando também a resolução do problema social do qual ela é uma manifestação.

CAPÍTULO II

DA REVISÃO DA LITERATURA À COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

2.1. A Biomedicina em Contextos de Pluralismo Terapêutico

A história da biomedicina sempre foi assombrada pela crença de alguns pacientes nos poderes dos curadores tradicionais, juntamente com todo o arsenal medicamentoso, facto que tem culminado com casos de interrupção do tratamento convencional bem como o uso de medicamentos tradicionais nas unidades sanitárias. Essas crenças sempre estiveram impregnadas nas estruturas da vida das comunidades em diferentes cantos do mundo. Estudos etnográficos ilustram que tal realidade é imune à acção do tempo bem como aos sucessivos avanços da biomedicina, facto que faz com que até aos dias actuais, a mesma continue disputando pacientes com os ditos médicos tradicionais.

Na área da saúde, a antropologia tem desenvolvido diversos estudos de carácter etnográfico acerca das práticas de saúde em diversos contextos, em que são considerados aspectos culturais, étnicos, económicos, sociais e mágico-religiosos. Tal realidade tem se dado tanto em sociedades urbano-industriais modernas quanto em comunidades nativas tradicionais (Andrade e Correia 2008).

Andrade e Correia (2008) avaliaram a contribuição dos curadores tradicionais para a rede municipal de atenção primária no Ceará. A partir do estudo, constataram que, ainda que o sistema público de atenção à saúde fosse um importante e permanente aliado na prevenção e cura de enfermidades, a população brasileira, sobretudo a de baixa renda, continuava fazendo o uso de outras opções terapêuticas, tornando vivo o pluralismo médico no país.

Num estudo realizado em ambulatórios e enfermarias de dois hospitais, um universitário e outro filantrópico, com uma amostra de 40 adultos de ambos os sexos, De Araújo, *et al.* (2007), tinham como objectivo estudar o uso espontâneo de plantas medicinais pelos portadores de câncer, internos em hospitais públicos e ou em tratamento ambulatório da rede pública de saúde da cidade de João Pessoa.

Os resultados do estudo evidenciaram que 47,5% dos pacientes de câncer afirmaram usar alguma planta medicinal, 70% não buscaram informações sobre plantas medicinais, 79% não informaram aos médicos que as utilizavam. A maioria dos pacientes que usou

plantas (54%) referiu não associá-las com medicamentos convencionais, enquanto os demais, ou associaram plantas diferentes ou plantas medicinais com medicamentos prescritos pelo médico.

Na mesma linha de investigação, Tôrres, Oliveira e Araújo (2005), realizaram um estudo no Hospital Infantil Arlinda Marques, da cidade de João Pessoa. O estudo tinha como objectivo investigar o uso de plantas medicinais em crianças na faixa etária de 0 a 12 anos internadas no mesmo hospital.

Os resultados da investigação apontaram que cerca de 27,3% dos acompanhantes usaram plantas medicinais em suas crianças antes de procurarem o Serviço Hospitalar e 41,7% associaram plantas com alguma medicação. Diante dos resultados, os autores concluíram que a utilização de plantas medicinais em crianças para o tratamento de doenças possui seus riscos e benefícios que precisam ser avaliados pelos profissionais de saúde.

Olhando para o contexto africano, Curtin (1998), citado por Zamparoni (2012), argumenta que a introdução da biomedicina e seus métodos científicos em terras africanas e sobretudo sua expansão nas décadas iniciais do século XX na esteira da ocupação efetiva de terras e gentes, esteve apoiada no aparato discursivo e nos meios materiais do imperialismo, mas sua acção não se fez sem resistências e negociações múltiplas.

Segundo o autor supracitado, dentre uma série de dificuldades tais como a crônica insuficiência de meios de diagnóstico e tratamento, a imensidão de territórios inóspitos, tais obstáculos pareciam pequenos diante de um outro, menos objetivo: a resistência dos nativos a se submeterem passivamente às inspecções e cuidados médicos propostos.

Num outro estudo de carácter etnográfico, Bento (2003:4), mostra o papel do curandeiro *Nkanga* entre os *Wamwuani* do Ibo, onde ficou de 1969 a 1974. A partir do estudo, o autor observou que a cura de doenças naquela localidade, dependia quase que exclusivamente do recurso a “algumas ervas e raízes dos matos administradas por alguns negros curiosos” denominadas *necanga* ou *nkanga* e da “providência divina”, sendo frequente que os doentes “só na última, quando estão a morrer é que chamavam o médico ou cirurgião”.

Em sua conceituada monografia intitulada *Usos e Costumes dos Bantu*, Junod (1996) ilustra situações de resistências perpetradas pelos nativos quando se tratasse de aderir passivamente aos tratamentos dos missionários médicos. Segundo mostra o autor, tal resistência era essencialmente resultante da crença profunda por parte dos nativos nos seus curadores locais. Nas palavras do autor:

“ (...) Para os missionários este estudo apresenta também grande interesse. Todos eles têm notado a frequência com que os seus convertidos, quando adoecem, abandonam a missão e correm aos seus charlatões, interrompendo talvez bruscamente o tratamento prescrito por um médico missionário que passou por toda a feira dos estudos” (Junod 1996:388).

Acerca do uso de medicamentos tradicionais nos hospitais em Mocambique, mais concretamente na província de Maputo, Chilemba (1997), em sua tese de licenciatura, fez uma pesquisa no âmbito das plantas medicinais e tóxicas identificadas nas enfermarias do Hospital Central de Maputo (HCM) e do Hospital Geral José Macamo (HGJM). Nessa pesquisa, foram identificados vinte casos de intoxicação de crianças por medicação tradicional, dos quais 6 no HCM² e 14 no HGJM³.

Ao proceder à revisão da literatura relativamente a esta temática, fica clara a unanimidade de todo um conjunto de autores aqui citados em afirmar que as medicinas tradicionais/alternativas encontram-se profundamente impregnadas na vida das comunidades em diversos contextos e que o seu poder simbólico é bastante elevado.

Os estudos apresentados na revisão da literatura, abordam a prática da medicina tradicional exercida pelos seus praticantes numa perspectiva simbólica que procura analisar os elementos simbólicos e culturais ligados a essas práticas. Nossa perspectiva contempla esta abordagem e busca identificar e analisar as lógicas por detrás da interrupção no tratamento convencional e o uso de medicamentos tradicionais nos hospitais de Maputo.

² Hospital Central de Maputo.

³ Hospital Geral José Macamo.

2.2. Colocação do Problema

2.3. Tendências explicativas das causas para a procura por tratamentos na base da medicina tradicional.

Uma breve análise em torno daquilo que é a realidade de Moçambique, no que diz respeito ao (SNS) Serviço Nacional de Saúde nos permite perceber que, apesar dos grandes avanços que este sector vem registando ao longo dos anos, tanto na promoção da saúde, prevenção de doenças no seio da população, assistência médica e medicamentosa, quanto na formação de quadros de saúde qualificados, o mesmo continua convivendo e se confrontando com outros medelos terapêuticos.

O problema que identificamos no presente estudo, está relacionado com facto de que, há algum tempo, percebemos a existência de discursos claramente tendenciosos, bastante preocupantes, na tentativa de explicar as causas que conduzem a população a optar ou recorrer a outras terapias. Nesses discursos, tem sido frequente aponta-se a não cobertura por parte do Serviço Nacional de Saúde, por todo o território nacional, a falta de médicos, bem como de condições financeiras como sendo as principais causas que impulsionam as comunidades a recorrerem à outras terapias.

Com vista a potenciar as bases que sustentam a construção do nosso problema, nos apoiamo no artigo intitulado “*Saúde e Doença em Moçambique*”, do antropólogo Paulo Granjo. Nesse artigo, o autor aponta como principal obstáculo às pouco frutuosas tentativas de diálogo entre a biomedicina e a medicina tradicional, o desconhecimento e/ou desvalorização das noções locais acerca da doença, as vertentes sociais da sua etiologia e suas implicações para a noção e processo de cura. Granjo (2009:578), refere que é habitual ouvir-se que “*o recurso da população moçambicana aos vários tipos de curandeiros deriva da insuficiência de médicos, ou da falta de dinheiro das famílias.*”

Com o presente estudo pretendemos problematizar esses discursos simplistas e nalgum momento falaciosos. Tais discursos, por sí só, representam um autêntico corte epistemológico na análise da realidade moçambicana, no que tange às reais causas que impulsionam as populações a recorrer a outros tipos de terapias. O que se tem verificado é que, mesmo nos contextos urbanos, no caso em análise, a capital do país, onde as pessoas não precisam percorrer vários quilómetros para chegar a um hospital, não precisam pagar para manter alguém internado (no caso dos hospitais públicos), são

verificados inúmeros casos em que famílias interrompem o tratamento convencional e usam medicamentos tradicionais nos hospitais.

Como forma de confrontar tais discursos, Granjo (2009), argumenta que em Moçambique, o processo de cura não se esgota no debelar da enfermidade, implicando também a resolução do problema social do qual ela é uma manifestação – o que constitui uma das especialidades dos *nyangas*. Nessa lógica de ideias, este autor refere que nem o recurso ao *tinyanga* resulta sobretudo de falta de alternativas de cuidados de saúde, nem é concebível, para tais terapêutas, que o seu entrosamento com o sistema de saúde oficial pudesse restringi-los à sua faceta de herbalistas.

Partindo dos factos acima apresentados, Queiroz e Canesqui (1986a), argumentam que já não se trata da mesma medicina rural tradicional, mas de uma medicina que, embora utilize elementos provenientes de outras experiências de vida, existe em sintonia ou ainda, em relação com o modo de produção capitalista que configura os elementos desses saberes e símbolos com um novo sentido e uma outra dinâmica.

Os episódios verificados nos hospitais de Maputo, mostram que a vida quotidiana moderna, por mais racionalizada que se mostre ser, ainda possui, de forma evidente, espaços ocupados pelo sentido mágico-tradicional daquilo que se entende por saúde-doença e o respectivo processo de prevenção e cura. Nisso, seria completamente errôneo pensar que tal realidade diz apenas respeito às famílias de baixa renda e localizadas em contextos rurais e/ou a não cobertura a todo o país por parte do Serviço Nacional de Saúde.

Fica, portanto, claro que o problema é muito mais complexo do que parece ser, e carece de uma análise profunda e conjunta dos factos (entre profissionais de saúde, cientistas sociais e os praticantes da medicina tradicional).

CAPÍTULO III

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONCEPTUALIZAÇÃO

3.1. Poder Simbólico, Habitus e Campo: Pierre Bourdieu.

Com vista a fundamentar teoricamente o presente estudo, foram privilegiadas as abordagens teóricas de Pierre Bourdieu, incidindo sobre os conceitos: *Poder simbólico*, *Habitus* e *Campo*.

O Poder Simbólico

O poder simbólico é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem *gnoseológica*: um sentido imediato do mundo (e, em particular no mundo social), supõe aquilo que Durkheim chama de *conformismo lógico* - quer dizer, “uma concepção homogénea do tempo, do espaço, do número, da causa, que torna possível a concordância entre inteligências” (Bourdieu 1989:9).

Trata-se de uma forma de poder em que aquele que lhe está sujeito dá àquele que o exerce, um crédito com que ele o credita, uma fé, uma autoridade, que ele lhe confia pondo nele a sua confiança. É um poder que existe porque aquele que lhe está sujeito crê que ele existe.

Nessa ordem de ideias, pode-se dizer que os médicos tradicionais evidenciam, através do poder simbólico que agregam, *o poder de construção da realidade, que tende a estabelecer um sentido imediato do mundo social* (Bourdieu 1996: 174). Tal facto, tende, automaticamente, a orientar as acções e as formas de pensar das famílias que testemunham seu poder no que diz respeito à resolução das questões relacionadas com as doenças.

Habitus

O *habitus* é um sistema das disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes (Bourdieu 2007, 129).

O *habitus* é essencialmente produto, resultado das interações entre indivíduos e grupo deles, dessa forma, ele conforma e orienta as acções dos sujeitos face à determinadas situações com as quais se deparam. *Habitus* são os princípios que geram as distintas práticas (Bourdieu, 1996) e compreendem o que as pessoas vão incorporando durante sua trajetória de vida, como a forma de andar, vestir, falar e gesticular.

Campo

Nos estudos de Bourdieu, a noção de *campo* constitui outra categoria central de seu esquema explicativo. As práticas de saúde, sejam elas médicas ou de enfermagem, ocorrem dentro de um *campo* relacional, no qual se estabelece uma troca simbólica entre as partes. Para que essa troca simbólica se instaure, se efective, se materialize, é fundamental que *ambas as partes tenham categorias de percepção e de avaliação idênticas* (Bourdieu 1996:174).

Para interpretar os conflitos que pairam entre os parentes dos pacientes e os profissionais de saúde, Bourdieu propõe que as diferentes classes e fracções de classes estão envolvidas numa luta propriamente simbólica para imporem a definição do mundo social mais conforme aos seus interesses, e imporem o campo das tomadas de posições ideológicas reproduzindo em forma transfigurada o campo das posições sociais.

3.2. Conceptualização

3.2.1. Saúde e Doença

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (Helman 2007).

Em Moçambique, estar de boa saúde significa realizar em si mesmo um equilíbrio necessário, estar em paz com os antepassados, com os vizinhos, com o próprio corpo (incluindo a higiene); estar convenientemente alimentado (o que na actualidade inclui ter emprego que garante o sustento) e protegido de males, sejam estes naturais ou “enviados” (Meneses 2000: 16; Granjo 2009: 572; Honwana 2002).

No que diz respeito à doença ou o infortúnio, em Moçambique são, na maioria dos casos, pensados e representados como desordens, efeitos produzidos por outras

desordens nas relações entre pessoas ou entre pessoas e seres sobrenaturais ou naturais, em qualquer um dos processos dos seus diferentes domínios (Fialho 2003).

3.2.2. Medicina Tradicional

Um assunto extremamente complexo, visto que não há uma definição única e clara do que seja a medicina tradicional. Para o presente estudo, optamos pela definição dada pela Organização Mundial de Saúde.

A OMS define a Medicina Tradicional como sendo “a combinação total de conhecimentos e práticas, sejam ou não aplicáveis, usados no diagnóstico, prevenção ou eliminação de doenças físicas, mentais ou sociais, que podem assentar exclusivamente em experiências passadas e na observação transmitida de geração em geração, oralmente ou por escrito” (República de Moçambique 2004).

3.2.3. Itinerário Terapêutico

Segundo Alves e Souza (1999:126), os primeiros trabalhos sobre itinerário terapêutico foram elaborados no âmbito de uma concepção tradicionalmente conhecida como comportamento do enfermo (*illness behaviour*), termo criado por Mechanic & Volkart (1960).

O itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de acções, uma acção realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por actos distintos que se sucedem e se sobrepõem. O itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projectos voltados para um objecto preconcebido: o tratamento da aflicção. No decurso dessas acções, evidentemente, fazem-se presentes interesses, ambições e atitudes circunstanciais (Alves e Rebelo 1999).

O itinerário terapêutico refere-se aos processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Essa problemática fundamenta-se na evidência de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde (*Idem*).

3.2.4. Experiência da Enfermidade

Alves e Rabelo (1999:171), argumentam que a experiência da enfermidade é entendida como a “*forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de*

doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação”. Estes acrescentam, ainda, que *“as respostas aos problemas criados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores”* (Idem:171).

O entendimento que se tem a partir da relação com a experiência da doença traz uma série de significados para a própria condição do ser doente. Cada um passa a trazer novas significações da dor e do sofrimento a partir do momento em que há um compartilhamento de informações – além do saber médico, mas também com a relação com outros doentes. Com isso a experiência pode ser interpretada como um caminho por onde a doença é ressignificada dentro do contexto social, fugindo um pouco do mundo médico – mesmo que esse traga contribuições para essa ressignificação (Barros 2010).

3.2.5. Modelos Explicativos

O conceito de modelo explicativo foi inicialmente desenvolvido por Byron Good (1977) em *“The heart of what’s the matter: Semantics and illness in Iran”*. Segundo este autor, o modelo explicativo é um conjunto de proposições ou generalizações, explícitas ou tácitas, sobre a enfermidade (Alves 1993).

Por seu turno, Kleinman (1980:105) define o modelo explicativo como sendo *“as noções sobre um episódio de doença e seu tratamento que são empregadas por todos aqueles engajados no processo clínico”*.

Segundo o autor supracitado, os indivíduos e/ou grupo deles, têm tendência a criar explicações sobre doença e seu tratamento, com vista a orientar aquilo que são as escolhas entre as terapias e os terapeutas disponíveis, bem como para projectar significados pessoais e sociais sobre a experiência da doença.

3.2.6. Pluralismo Médico

A literatura sócioantropológica aponta para o facto de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. Dessa forma, o pluralismo médico é um conceito que aparece para classificar ou descrever um contexto em que os indivíduos dispõem de uma ampla gama de serviços terapêuticos. Esses serviços

desenvolvem diferentes métodos e premissas para explicar as aflições com as quais os pacientes se deparam. Trata-se de distintos serviços que padronizam, interpretam e ainda procuram tratar a aflição dos pacientes, dentro de modelos explicativos total ou parcialmente desconhecidos (Alves e Souza 1999).

3.2.7. Sistema Médico

A literatura socioantropológica faz, com frequência, referência à existência de sistemas médicos tradicionais e modernos. Em torno dessa temática, Kleinman (1980) argumenta que no caso da medicina, ela pode ser vista como um sistema cultural, um sistema de significados simbólicos ancorados em disposições particulares de instituições sociais e padrões de interações interpessoais. Nessa lógica de ideias, o sistema médico pode ser entendido enquanto um conjunto de práticas específicas para o tratamento de doenças. Ou ainda um conjunto de representações, conhecimentos, recursos e práticas, social e historicamente determinadas, que concernem na interpretação dos estados de enfermidade, e as acções dirigidas a enfrentá-las (Idem).

CAPÍTULO IV

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS EMPREGUES NA PESQUISA

4.1. Métodos e técnicas de pesquisa no campo

Para o presente estudo, foi privilegiada a abordagem qualitativa. Esta abordagem dá ênfase às representações, hábitos, atitudes e opiniões no que concerne à saúde e doença. Tal como referem Uchôa e Vidal (1994:498), “a perspectiva qualitativa é empregada para identificar e analisar a impacto que exercem os factores sociais e culturais na construção de formas características de pensar e de agir, no caso em particular, frente à saúde e à doença”.

Trata-se de um estudo de natureza exploratória. Segundo Malhotra (2001), a pesquisa exploratória é caracterizada por flexibilidade e versatilidade com respeito aos métodos, porque não são empregados protocolos e procedimentos formais de pesquisa.

Tendo em consideração o facto de que os episódios aqui tratados, ocorreram *durante e pós* processo de interacção entre o pessoal de saúde, os pacientes e seus familiares, o material etnográfico, para além de ter sido colhido nos Bairros Malanga e Luís Cabral, foi também colhido na enfermaria de medicina do Hospital Geral de Mavalane.

O presente estudo foi desenvolvido em três momentos. No primeiro momento, a actividade preliminar consistiu na consulta contínua do material bibliográfico (obras, artigos, teses, revistas científicas, entre outros) já elaborado acerca da história da medicina tradicional, bem como acerca dos casos de interrupção do tratamento convencional e uso de medicamentos tradicionais nos hospitais não só de Moçambique mas também de outros países.

O segundo momento, etnográfico, foi reservado à aplicação prática, facto que culminou num trabalho de campo, momento em que foi colhido o material etnográfico relativo às experiências vividas pelos interlocutores. O trabalho de campo ocorreu durante cinco meses: Outubro de 2014 a Março de 2015.

Para eleger os campos de pesquisa foram observados os seguintes requisitos: 1) o facto de o bairro Malanga ter sido onde passei grande parte da minha vida e ainda me encontrava até a altura da realização do presente estudo e, 2) pelo facto de ter no bairro

Luís Cabral vários amigos que podiam dar um grande suporte na busca de famílias cujos itinerários terapêuticos se enquadraram com o objecto de estudo. Participaram do estudo 7 famílias e 4 enfermeiros. Não houve uma escolha prévia em nenhum dos casos.

A escolha da enfermaria de medicina do Hospital Geral de Mavalane, deveu-se ao facto de se tratar de um espaço de internação de pacientes, o que implica a convivência e interacção com o pessoal de saúde. Trata-se de um espaço onde são internados pacientes já adultos, cientes do que acontece ao redor, capazes de intervir e tomar decisões, diferente das pediatrias onde tem apenas crianças, sem nenhum poder de decisão ou opinar durante o processo de tratamento.

Foram elaborados dois guiões de entrevistas. Um direccionado às famílias, com 7 perguntas e o outro contendo 4 perguntas direccionadas para os enfermeiros da Enfermaria de Medicina. Em ambos os guiões as perguntas eram abertas, o que permitia aos interlocutores se expressarem a vontade.

O terceiro e último momento foi reservado à análise e interpretação do material etnográfico. Este momento, foi essencialmente orientado por uma postura ética frente aos interlocutores, tendo como foco a construção de um alto grau de confiabilidade entre ambas partes (pesquisador e interlocutores).

Uma vez que o presente estudo privilegiou as duas partes envolvidas no cenário, isto é, as famílias e o pessoal de saúde, durante o processo de análise do material etnográfico, sempre que se fizesse necessário, os depoimentos eram cruzados com vista a, por um lado, decifrar as causas das incompreensões entre ambas partes e, por outro lado aprofundar os resultados da pesquisa.

4.2. Critérios de inclusão/exclusão e considerações éticas

Para serem incluídas no presente estudo, as famílias deveriam ter, em suas histórias de vida, itinerários terapêuticos marcados por situações de interrupção do tratamento convencional e/ou de uso de medicamentos tradicionais no hospital. Enquanto critérios de exclusão, foram observadas a não concordância em participar do estudo de livre e espontânea vontade.

Junto à Direcção do Hospital Geral de Mavalane, foi submetida uma Credencial, solicitando a autorização para a recolha do material etnográfico, sendo que uma semana depois foi autorizada. Após a autorização, foi escolhida apenas a enfermaria de medicina.

4.3. Procedimentos

Acesso aos interlocutores

Foram empregues algumas técnicas com vista a aceder às famílias com itinerários terapêuticos marcados por episódios compatíveis com os que se pretendiam explorar no presente estudo. Primeiro, foi empregue a técnica de “puxar assunto” em locais de encontros e de lazer, com aglomeração de jovens, nomeadamente: campos de futebol, bares, barracas, salões de corte e em festas. O “puxar assunto” consistia em abordar a conversa dando ênfase à necessidade/possibilidade da intensificação de uma actuação conjunta entre a medicina convencional e a tradicional. O objectivo era de empolgar os possíveis potenciais interlocutores que poderiam surgir daqueles locais.

A outra técnica usada com vista a conquistar potenciais interlocutores, era a de relatar os episódios envolvendo a mim e meus familiares, uma espécie de “autobiografia clínica”. Com essa técnica pretendia persuadir e empolgar os possíveis potenciais interlocutores a relatarem os seus episódios e, fazer com que vissem em mim (no pesquisador) uma amostra de alguém que está dentro do assunto e que passou pelas mesmas situações.

Os potenciais interlocutores que surgiam dos locais acima referidos, eram posteriormente convidados, numa conversa a dois, já formalmente, a dar continuidade ao assunto em locais mais privados, uma vez que sob hipótese alguma certos detalhes eram exteriorizados publicamente.

Aos interlocutores, era-lhes pedido que continuássemos a conversa de preferência em suas casas, por se tratar de espaços onde se podia colher as impressões dos demais membros da família. No início das entrevistas, apresentava-me como estudante da UEM⁴, do curso de antropologia. Apresentava o tema de pesquisa e procurava

⁴ Universidade Eduardo Mondlane.

argumentar ao mais alto nível possível a importância do mesmo. A seguir, era garantido o anonimato e o direito de desistência em qualquer momento do processo, bem como solicitava a autorização para publicação dos depoimentos.

Com o consentimento dos interlocutores, era usado um gravador para gravar as entrevistas e conversas. O material etnográfico colhido era, de forma bastante organizada e atenciosa, organizado num diário de campo. No diário de campo eram organizados, o material etnográfico referente às entrevistas, às conversas informais, bem como das observações realizadas no campo.

As entrevistas (semi-estruturadas) eram feitas com base em guiões contendo perguntas do tipo abertas, com uma linguagem simples e acessível, facto que deixava os interlocutores mais a vontade, permitindo que os mesmos relatassem os episódios sem excluir suas opiniões, certezas e incertezas.

Inspirado em Bott (1976), procurei construir uma rede social de investigação em que as famílias pudessem sugerir outros informantes. Tratava-se, portanto, de um sistema de informação fornecido por e/ou entre elas. Na maioria das vezes, o trabalho de campo era realizado, durante a noite (entre as 18 e as 20 horas) por motivos de indisponibilidade durante o dia, tanto por parte do pesquisador quanto dos interlocutores.

Junto à Enfermaria de Medicina do Hospital Geral de Mavalane, o contacto com o pessoal de saúde, permitiu extrair aquilo que chamei de “situações de incompreensões” entre as partes durante o processo de interacção. Essas situações por seu turno, constituíram material etnográfico mais complexo.

Inspirado em De Oliveira (2006), as conversas, tanto com as famílias quanto com o pessoal de saúde, eram acompanhadas por um exercício de olhar, ouvir e escrever o que estava acontecendo ao redor. Tal como aponta Leach (1982), esta atitude permitiu fazer uma distinção entre o que o pessoal de saúde, em particular, realmente fazia e o que dizia que costuma fazer.

4.4. Constrangimentos e Dificuldades no Terreno

Nas Ciências Sociais de modo geral e na Antropologia Médica, especificamente, o processo de recolha do material etnográfico, tem sido, de forma incontornável, marcado por um conjunto de constrangimentos e dificuldades, dada a tamanha sensibilidade da área em si. O cenário não foi diferente durante a realização do presente trabalho.

As primeiras situações de constrangimento surgiram logo após a formulação do tema que posteriormente materializou-se durante a busca de potenciais interlocutores e estendeu-se até ao último minuto da pesquisa.

“Como é que voce vai chegar até essas famílias e, principalmente, como é que vai fazer com que aceitem participar de uma pesquisa dessa natureza”? Eram as perguntas que ouvia sempre que dicesse à alguém o assunto que pretendia desenvolver. As mesmas perguntas também eram feitas de forma tácita, deixando-se transparecer apenas a partir da expressão facial de algumas pessoas com as quais o assunto era comentado.

Estava claro que no seio dessas famílias, falar de tais assuntos constituía enorme tabu e, que não havia prazer nenhum em reviver aqueles episódios por motivos bem compreensíveis. Afinal, tratava-se de episódios que marcaram de forma profunda e negativa suas trajetórias de vida, sendo que nos casos mais complicados alguém perdeu a vida. Segundo, porque por norma, tais acontecimentos tinham que ser mantidos em sigilo absoluto, a ponto de não partilhá-los, nalguns casos, nem com os vizinhos mais próximos com os quais passaram grande parte de suas vidas, pior ainda para um desconhecido estudante universitário que colhia tais depoimentos para publicá-los através de sua tese de licenciatura.

Alguns dos potenciais interlocutores que eram indicados por algumas famílias, aceitavam, numa primeira fase, em participar no estudo mas, de repente, por motivos desconhecidos, recuavam nas suas decisões e, de forma bem simpática justificavam-se e desapareciam.

Devido aos condicionamentos acima apresentados, as dificuldades em chegar às famílias foram enormes, chegando a proporcionar momentos de desespero, pois o tempo passava e a pesquisa não avançava. Eram longos períodos de estagnação, daí um

enorme intervalo de tempo em encontrar uma e a outra família. Dessa forma, a cada família que aceitasse participar do estudo era uma enorme vitória.

CAPÍTULO V

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DO MATERIAL ETNOGRÁFICO

“Ora, sem dados etnográficos uma ciência da cultura é inconcebível” (Sperber 1992:26).

5.1. O Campo Etnográfico

O presente estudo foi realizado em dois Bairros da cidade de Maputo, nomeadamente Malanga e Luís Cabral, e ainda na enfermaria de medicina do Hospital Geral de Mavalane.

O Bairro da Malanga faz parte do Distrito Municipal Kalhamankulo. O Bairro Luís Cabral é vulgarmente conhecido por Xinhambanine, pelo facto de, em tempos passados, ter sido habitado, na sua esmagadora maioria, por pessoas vindas da província de Inhambane – “manhembanas”. Faz parte do Distrito Municipal nº5, actual Distrito Municipal KaMubukwane, faz vizinhança com o Município da Matola.

A Enfermaria de Medicina do Hospital Geral de Mavalane tem 10 quartos, sendo que 2 deles pertencem ao pessoal de saúde. Tem 72 camas para os pacientes, 2 casas de banho, 2 vestiários, um para homens e outro para mulheres, ambos os vestiários têm casas de banho. Tem 4 gabinetes: um médico, um administrativo, um do(a) enfermeiro(a) - chefe e um da directora.

5.2. Perfil dos Interlocutores

Participaram neste estudo 7 (sete) famílias, distribuídas por dois bairros (Malanga e Luís Cabral). As famílias foram escolhidas sem que houvesse uma selecção prévia. Os representantes das famílias são: Senhora Olga, Senhora Salva, Senhor Macuane, Senhor Fernando, Senhor Carsídio, Senhor Celio e o Senhor Vinódio⁵. Todos os interlocutores com idades que variam entre 25 e 45 anos.

⁵ À excessão das duas senhoras participantes do estudo, os outros interlocutores são aqui tratados de “senhor” porque no início das entrevistas, após terem sido tratados dessa maneira, mostraram-se claramente satisfeitos com a tal forma de tratamento.

No que tange à escolaridade, importa referir que, 3 (três) dos interlocutores eram licenciandos, 2 (dois) possuíam o ensino médio completo e 2 (dois) possuíam o ensino básico. Em relação à situação laboral, 4 (quatro) dos interlocutores afirmaram conciliar a escola com o trabalho, enquanto 3 (três) apenas trabalhavam. No que diz respeito à religião, 3 (três) referiam ser católicos, 1 (um) ateu, 2 (dois) crentes da igreja Nazarena e 1 (um) crente da igreja apostólica.

A outra categoria de interlocutores foi de quatro enfermeiros, sendo 3 do sexo masculino e 1 do sexo feminino. À semelhança das famílias, os profissionais de saúde foram escolhidos sem que houvesse uma selecção prévia. A escolha foi deixada ao cargo deles e funcionava da seguinte maneira: após cada entrevista, eu perguntava ao interlocutor a quem me aconselharia a chamar a seguir, e assim o processo decorria.

5.3. A questão do género no campo etnográfico

Durante o processo de recolha do material etnográfico, a questão do género se manifestou sob duas perspectivas distintas, porém bastante interessantes. Por um lado, por se tratar de um pesquisador do sexo masculino, houve uma tendência em se indicar interlocutores também do sexo masculino. Apenas, mas apenas mesmo em última instância era indicada uma mulher. Tal situação verificou-se tanto entre as famílias quanto com os enfermeiros, facto que culminou com maior número de interlocutores do sexo masculino.

Por outro lado, entre as famílias participantes do presente estudo, constatamos que, quando se trata de questões relacionadas com saúde e doença, as mulheres tomam a dianteira, tomam as decisões, são as detentoras dos detalhes que marcaram os itinerários terapêuticos. Portanto, sempre que houvesse alguma dúvida durante uma entrevista (no caso dos homens), era à elas que se recorria (mãe, irmã, tia e cunhada).

Ainda em torno da questão do género, importa referir que esta se impõe quando percebemos os processos interativos que se dão entre homem e mulher, pois como destacam Lyra *et al* (2005), citados por Gutierrez e Minayo (2008), o homem é expulso e a si mesmo expulsa, do cenário do cuidado o qual fica a cargo quase exclusivo da “mulher-mãe de família”. A ela cabe o controlo do lar e o zelo por vários aspectos da

vida dos outros membros. Ela é vista, e a si mesma se vê, como cuidadora, qualidade naturalizada pertencente à esfera de seu ser.

5.4. Interpretando as doenças a partir das circunstâncias em que surgem: “Acontecimentos de ontem, situações de hoje e projectos para amanhã”

No seio das famílias participantes do presente estudo, sendo elas produtoras e reprodutoras de sentidos e de símbolos com relação às questões de saúde e doença, existe um *habitus* que dá ênfase às particularidades, ou ainda condições que caracterizam os factos relacionados com as doenças. As famílias procuram sempre apurar as circunstâncias que possam ter originado determinadas doenças. É justamente a partir dessa lógica de raciocínio que tem início o itinerário terapêutico, apreendido enquanto a uma busca incansável de respostas, evidências e soluções que possam estabelecer o real significado de determinada situação.

Questões como: *O que tem acontecido nos últimos dias? O que está acontecendo? Que projectos tenho/temos para os dias que se seguem?* aparecem sempre a tona para dar sentido às origens das doenças.

No seio destas famílias, as formas de pensar na doença, aparecem enquanto estruturas estruturadas na medida em que foram socialmente contruídas e estruturantes porque são interiorizadas por essas famílias e operam, orientando dessa forma os pensamentos e as acções das mesmas, no que diz respeito a questões de saúde e doença. Para as famílias envolvidas no presente estudo que recorrem às duas medicinas – científica e tradicional – as doenças podem resultar tanto de causas naturais como sobrenaturais, dessa forma, todos os recursos considerados relevantes para prevenir e curar doenças que afectem o corpo e a alma são aceites no seio das mesmas.

A ênfase nas circunstâncias do adoecimento, ficava clara durante as entrevistas com os interlocutores. Nisso, o senhor Macuane, nalgum momento da entrevista argumentou: *“nós guiamo-nos em função do momento, da maneira como as coisas ocorrem”*. Falando acerca do episódio de interrupção do tratamento hospitalar, o Senhor Macuane argumentou:

“Um familiar meu adoeceu, primeiro foi-se ao hospital, enquanto investigava-se a doença (...), depois que descobriu-se que tratava-se de um “problema de

casa”, interrompeu-se o tratamento hospitalar (...). Ele adoeceu durante a missa da minha avó que havia perdido a vida tinha poucos dias, um período muito complicado para adoecer” (Entrevista feita em casa do interlocutor. Dia 08.10.2014 às 19:30 min).

O caso acima apresentado, evidencia que na família do senhor Macuane em particular, é mau adoecer pouco tempo após a morte de alguém. Quando tal acontece, é um mau presságio, podendo tratar-se de um caso de revolta por parte do defunto, ou ainda, uma tentativa de transmitir uma mensagem aos vivos.

Foi seguindo a mesma lógica de raciocínio que o senhor Carsidio, durante a entrevista, deixou transparecer a questão das circunstâncias do adoecimento como tendo sido uma das lógicas que levou a que sua família interrompesse o tratamento convencional. Segundo ele:

“(...) em 2008 quando terminei o meu curso de formação de professores, fiquei doente exactamente quando saiu o meu nome para trabalhar na província da Zambézia, daí comecei a reunir os factos (...), essa doença só aparece quando estou próximo a ganhar um emprego, logo percebi que tinha de recorrer à medicina tradicional, (...)” (Entrevista feita em casa do pesquisador. Dia 31.12.2014 às 10:30 min.)

Um outro acontecimento decorrido em circunstâncias semelhantes, fez com que o interlocutor supracitado interrompesse o tratamento convencional e recorresse à medicina tradicional. Segundo ele: *“(...) em 2010 concorri para a UEM, admiti para estudar em Xai-Xai, dois dias antes da realização das matrículas adoeci e precisei ser internado, daí percebi que as coisas eram realmente sérias e que só a medicina tradicional podia resolver o meu problema”*.

No caso do senhor Carsidio, as doenças o atacavam alegadamente porque não havia recebido o nome do seu avô paterno já falecido (Manuel). Nisso, a culpa recaía sobre o pai que em tempos recusara tal ideia, justificando que não podia atribuir nomes de defuntos aos seus filhos. O caso foi resolvido após se ter chegado a um consenso em relação a dois aspectos: a alteração do nome do interlocutor, encaixando assim o nome do avô e, lhe foi oferecida uma camisa do seu falecido avô. Acerca da camisa ele relatou: *“É uma camisa que por norma tenho que vestir estando a dormir, agora, se eu*

fico uns três ou quatro dias sem vestir a camisa, sinto fortes dores de cabeça, dores de vista e atinge a coluna, quando é assim tenho que vesti-la, basta fazer isso, o mal-estar passa quase que instantaneamente”.

Os projectos e planos que se têm para os dias que se seguem, não podem ser interrompidos por doenças, tal como deixou transparecer o interlocutor acima. Os modelos explicativos em torno das circunstâncias do adoecimento tendem claramente a se repetir durante os depoimentos. Tal postura estrutura as formas de pensar e agir no que diz respeito à questões de doenças, também influenciada pela medicina tradicional.

Outras circunstâncias foram mencionadas durante as entrevistas. Tal aconteceu durante a entrevista com o senhor Macuane quando ele argumentou: *“se um gato vem arranhar a porta da minha casa durante a noite ou, se tenho maus sonhos e no dia seguinte eu ou outra pessoa de casa acorda doente, isso é mau sinal”.*

Na família do senhor Macuane, pelo que se pode perceber, existe uma tendência em atribuir significados aos sinais, acontecimentos dos dias que antecederam o adoecimento de alguém. Tais sinais e acontecimentos são minuciosamente recapitulados com vista a encontrar explicações que esclareçam as causas das doenças.

A partir dos relatos acima apresentados, fica claro o facto de que, no seio dessas famílias, há circunstâncias em que sob hipótese alguma se pode adoecer. Essa forma de pensar na saúde e doença, fornece um princípio com o qual as categorias de juízo, oriundas da sociedade, são partilhadas por todos aqueles que foram submetidos a condições e condicionamentos sociais similares. Nisso, a medicina tradicional, com o seu poder de construção da realidade, bem como de estabelecer uma ordem gnoseológica, fundamenta tais formas de pensar.

5.5. A natureza dos sintomas: “que sintomas são esses? nunca senti isto antes...”.

No seio destas famílias, a etiologia da doença é classificada pelas seguintes categorias: sintomas normais e anormais. Essa forma de pensar, existente nestas famílias, as orienta durante os processos de socialização a constituir todo um sistema de disposições e inclinações para pensar, sentir e perceber as doenças a partir desses prismas. Nessa lógica de ideias, as doenças normais são causadas por forças e condições naturais, enquanto que as anormais são causadas pela intervenção activa e propositada de agentes

humanos e sobre-humanos – espíritos dos antepassados, mágicos e feiticeiros (Honwana 2002).

A natureza dos sintomas, constitui uma consequência/resultado da falta de conhecimento de todo um conjunto de sintomas que normalmente apontam para algumas doenças. Esta, tem sido uma das lógicas que impulsiona estas famílias a procurarem o tratamento tradicional. Um conjunto de valores, costumes e esquemas de pensamentos incorporados por estas famílias, as orienta a interpretar os sintomas com os quais nunca se haviam deparado, como sendo anormais, associado à gravidade com a qual os mesmos se manifestam.

Nesta ordem dos factos, trazemos a luz a questão da experiência da enfermidade, esta que evidencia a forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação.

“ (...) *Nós já conhecemos os sintomas de doenças como a malária e gastrite, (...)*”, dizia o senhor Fernando numa conversa. Este, à semelhança dos outros interlocutores, ao se deparar com sintomas com os quais nunca antes havia experimentado, automaticamente os relaciona com a feitiçaria. Este relatou um caso em que pensou se tratar de feitiço, devido a natureza dos sintomas. Segundo ele:

“Tive pontadas fortes no coração, que durante um tempo me atacavam com muita frequência, quando respirava sentia como se tivesse uma corda no coração que estava prestes a rebentar-se. Aquilo doia muito, me deixava assustado e preocupado. Perguntei à minha mãe se alguém em casa já havia sentido algo assim, ela disse que não. Eu estranhei aquilo, pensei que fosse coisa feita por alguém (...)” (Entrevista feita em casa do interlocutor. Dia 09/10/2014 às 19horas,).

Em relação ao caso acima apresentado, o senhor Fernando disse ter dado oportunidade ao hospital para investigar o caso e descobrir do que realmente se tratava. No hospital disseram que tinha que parar de pensar muito, procurar se distrair mais e controlar suas emoções. Nisso ele concordou e afirmou: *“eu estava a passar por momentos bastante complicados na família nessa altura”*.

Para uma melhor compreensão da situação envolvendo o senhor Fernando, trazemos como exemplo um dos estudos de caso feitos por Helman (2007): “Sofrimento do coração” em Maragheh, Irã. Constatou-se, a partir do estudo, que o “sofrimento do coração” frequentemente ocorria após brigas ou conflitos familiares, morte de parentes próximos, entre outros. No contexto onde foi feito o estudo, à semelhança do nosso contexto, e em particular do caso envolvendo o senhor Fernando, o rótulo “sofrimento do coração”, era uma imagem que reunia uma rede de símbolos, situações, motivos, sentimentos e estresses que estavam enraizados no ambiente estrutural em que as pessoas de Maragheh viviam.

Durante a entrevista com Carsidio, a questão da natureza dos sintomas, enquanto lógica que impulsionou a ele e seus familiares a optarem por interromper o tratamento convencional, foi evidenciada. Acerca disso ele argumentou: *“as minhas dores-de-cabeça normalmente vêm acompanhadas de uma constipação, mas há aquelas dores que atingem a vista e a coluna, quando é assim não recorro ao hospital”*.

As reflexões acima apresentadas, apontam para o facto de que a experiência da enfermidade dota o indivíduo e os que fazem parte de sua rede de relações, de conhecimentos acerca de um conjunto de sintomas que passam a ser naturalizados como resultado da frequência com os quais se deparam. Neste caso, os antecedentes experimentais, a agressividade com os quais os sintomas aparecem, ditam a normalidade ou não dos mesmos.

Durante uma entrevista com a senhora Olga, acerca do episódio em que ela levou medicamentos tradicionais ao hospital, ela deixou transparecer a lógica a partir da qual interpreta a questão da natureza dos sintomas. Segundo ela:

“Certo dia a minha mãe de repente caiu, do nada. Levei-a para um hospital onde ficou um tempinho, dali foi transferida para outro hospital (...). Chamamos uma pessoa⁶ que deu um remédio tipo pomada para por na cara e no corpo da minha mãe. Eu levei a pomada e apliquei nela umas três vezes enquanto estava internada (...) mas depois de uns 20 dias ela perdeu a vida”. (Entrevista feita em casa da interlocutora. Dia 17.09.2014 às 19:30min).

⁶ Referindo-se a um médico tradicional conhecido e confiado pela família.

No caso relatado pela interlocutora acima, o que a deixou intrigada, foi o facto de a mãe ter caído de repente. Tratava-se de uma forma de manifestação de doença com a qual ela nunca antes se havia deparado. Em sua família, nunca antes aquilo havia acontecido, facto que a levou a pensar que tratava-se de algo provocado por alguém. A experiência da enfermidade que ela e os demais membros da família compartilhavam não incluía aquele tipo de ataque.

Um outro caso de uso de medicamentos tradicionais no hospital foi o relatado pela Senhora Salva. Segundo ela, tratava-se de um caso envolvendo o seu filho que supostamente sofria de epilepsia⁷, porém segundo a Senhora, era uma “*eplepsia inventada*”. Dentre outros factores, tal atitude foi impulsionada pelo *habitus* de relacionar doenças ou sintomas novos e a gravidade dos mesmos à um situação de anormalidade. Segundo ela:

“ (...) Meu filho sofria muito, tinha que ser atacado por tal eplepsia para depois ter malária, ou depois de passar a malária a eplepsia tinha que se manifestar. Ele foi internado, só que durante a internação nós também não parávamos, o que fazíamos: davamos de manhã a dose de comprimidos, depois de duas horas de tempo voltávamos a dar aquele botânico⁸, atardinha também, primeiro era comprimido e depois botânico (...) (Entrevista feita na explanada do marido da interlocutora. Dia 02 de Fevereiro de 2015 às 14:30hrs).

Para além do *habitus* de relacionar sintomas novos com a feitiçaria e da manifestação do *poder simbólico* da medicina tradicional nas formas de pensar e agir dessas famílias quando se trata de questões relacionadas à saúde e doença, a interlocutora chamou a doença do filho de “epilepsia inventada” porque um dos médicos que atendeu o filho, assumiu estar perante um caso muito estranho. Segundo ela:

“O médico pedia os testes dele da escola, e o miúdo durante esse tempo todo em que esteve sujeito a tratamentos não chumbava de classe, daí o médico perguntou: mas é epilepsia que tem o teu filho senhora? Como é que ele

⁷ Segundo Da Silva, Cardoso e Machado (2013), crise epiléptica, expressa clinicamente, uma descarga anormal, excessiva e sincrónica de neurónios que se situam basicamente no córtex cerebral. Normalmente as crises duram segundos a poucos minutos, sendo que quando prolongadas ou recorrentes são caracterizadas como um estado epiléptico.

⁸ Refindo-se a medicamentos tradicionais.

apresenta este tipo de aproveitamento escolar, quando nestas condições esta doença afecta a capacidade de raciocínio do doente?”

No caso envolvendo o filho da senhora Salva, o próprio médico fez perceber que não se tratava de um caso normal de epilepsia e que portanto, havia necessidade de intervenção de médicos tradicionais pois, poderia tratar-se de um “problema de família”.

Como pudemos constatar, a partir dos relatos acima analisados, são focalizadas situações em que a natureza dos sintomas, com especial enfoque na gravidade com a qual os mesmos manifestam, associando ao facto de nunca antes terem se deparado com os mesmos, faz com que essas famílias recorram à medicina tradicional com vista a buscar soluções para os problemas de saúde com quais se deparam.

5.6. “Há doenças que só a medicina tradicional pode curar”.

As famílias envolvidas no presente estudo, foram unânimes em argumentar que a medicina tradicional desempenha um papel muito importante em suas vidas, que não é fácil viver sem ela e ainda, que ela devia trabalhar em paralelo com a biomedicina.

A ideia de um trabalho em paralelo entre a biomedicina e outras opções terapêuticas é enaltecida por Cruz *et al.* (2009), ao argumentarem que o uso de Práticas Alternativas e Complementares (PACs), pode ser benéfico se usado junto ao tratamento convencional, aliviando sintomas ou efeitos colaterais, diminuindo a dor e oferecendo conforto psicológico ao paciente, sem causar novos prejuízos.

Durante as entrevistas com os interlocutores, ficou explícita a ideia de que a medicina tradicional, nos episódios relatados, mostrou-se mais eficaz que a convencional e, que há um conjunto de doenças que só a medicina tradicional pode curar, facto que justifica as interrupções no tratamento convencional e o uso de medicamentos tradicionais nos hospitais.

No episódio envolvendo a mãe da senhora Olga, tratava-se de paralisia. Uma doença que ela não tinha tanta confiança que a biomedicina poderia curar. Segundo ela: *“a doença que minha mãe tinha não era só uma doença de médico, precisava de um médico tradicional (...). Era paralisia, o hospital não cura, apenas atenua...não sei agora”*.

A crença na existência de doenças que só a medicina tradicional pode curar, foi também demonstrada pelo senhor Fernando durante uma das entrevistas. Segundo ele:

“ (...) realmente existem doenças/problemas que só a medicina tradicional pode tratar. O problema da lua, asma o hospital só acalma, mas a medicina tradicional cura. Também é o caso da gonorreia, o hospital só acalma mas a medicina tradicional corta o mal pela raiz, de lá onde a doença começou.”
(Entrevista feita em casa do interlocutor. Dia 12.10.2014 às 20:00horas).

As situações aqui apresentadas, retratam concepções de que existem doenças que só a medicina tradicional pode curar, de igual modo, enaltecem de forma clara aquilo que é o significado da medicina tradicional no seio dessas famílias. Elas testemunham tal poder de forma sistemática.

5.7. A incompatibilidade em termos de noção de demora no processo de cura do paciente.

O presente subcapítulo e os que se seguem, são fruto de uma articulação entre os relatos dos enfermeiros e das famílias, acerca dos episódios marcados por incompreensões entre ambas as partes em situações de internação.

Durante as entrevistas, os familiares foram unânimes em apontar a longa demora por parte do internado em apresentar melhorias, bem como os “falsos” diagnósticos de malária prolongada que lhes eram com muita frequência apresentados, tal como eles diziam. Essas eram por eles tidas como causas da interrupção do tratamento convencional.

Por seu turno, o pessoal de saúde foi unânime em argumentar que os pacientes e seus familiares: *“querem ver resultados de forma urgente; os pacientes e seus familiares querem ver melhorias do dia para a noite”*. Portanto, temos aqui um impasse, uma incompatibilidade na noção da demora no processo de cura do paciente.

Na entrevista com o senhor Vinódio, este relatou o episódio de interrupção do tratamento convencional quando adoeceu. Segundo ele:

“Fiquei gravemente doente durante seis meses, no hospital diziam que era malária de 1 cruz, 2 e 3 cruzeiras, aquilo variava. Minha mãe ao perceber que eu

nunca melhorava, levou-me a uma médica tradicional (nyanga) que diagnosticou prontamente o caso. Eu havia ingolido algo, a médica tirou as coisas que estavam na minha barriga (...). Depois daquilo a doença passou. Alguém havia me enfeitado”. (Entrevista feita num salão de cabelereiro. Dia 23.10.2014 às 13:30min).

À semelhança do senhor Vinódio, o senhor Carsidio relatou um caso marcado pela suposta demora no atendimento médico em resolver o problema de saúde com o qual a mãe vinha se confrontando há anos. Em suas palavras:

“A minha mãe sempre ficava doente e quando era levada para o hospital ela melhorava quase que instantaneamente. Diziam que era malária, mas quando voltava a casa, o mal-estar continuava, foi daí que passado um tempo decidi-se chamar alguém da família para cá. Quando a pessoa chegou, afirmou que estávamos perdendo o nosso tempo levando a nossa mãe para o hospital e enchendo-a de medicamentos pois, a doença que a atacava não requeria os médicos.” (Entrevista feita em casa do pesquisador. Dia 31 de Dezembro de 2014 às 10 hrs).

O caso relatado pelo senhor Carsidio resultava de um *problema familiar*. A mãe não tinha sido *lobolada*. Tal facto enfureceu os espíritos dos antepassados, uma vez que a mãe estava numa família desconhecida. Para resolver o problema, a mãe teve que submeter-se a um ritual de *lobolo* com urgência. O caso foi resolvido após a mãe ter comprado um *mucume*⁹ para oferecer a chará que até então já não mais fazia parte do mundo dos vivos. Uma vez que a chará estava morta, o *mucume* foi oferecido a filha mais nova da mesma.

Os episódios acima relatados apontam para o insucesso em diagnosticar e resolver os problemas de saúde com os quais as famílias se depararam, acrescentado à profunda crença nos poderes da medicina tradicional por parte das famílias, impulsionam as mesmas a agirem dessas maneiras.

⁹ Capulana grande.

5.8. A disputa pelo paciente: entre a responsabilidade e a pertença

“Os médicos e os seus pacientes, ainda que tenham a mesma origem social e cultural, vêem a má saúde de formas muito diferentes” (Helman 2007:113).

É na relação entre a biomedicina e a medicina tradicional que alguns confrontos de noções sobre saúde e doença podem ser evidenciados. Dessa forma, no presente trabalho apreendemos a noção de *campo* na visão de Bourdieu para nos referirmos à enfermaria de medicina do Hospital Geral de Mavalane. Trata-se de um espaço onde os profissionais de saúde procuram dispõem todo um conjunto de normas pré-estabelecidas pela instituição hospitalar. Um espaço potencialmente sujeito à confrontos de concepções sobre saúde e doença, entre o pessoal de saúde, pacientes e familiares.

A partir relatos do pessoal de saúde, bem das situações observadas na Enfermaria de Medicina, ficou claro que naquele espaço aconteciam, com certa frequência, sessões de disputas pelo paciente, sendo que por um lado estavam os familiares, reclamando a pertença do paciente e por outro os profissionais de saúde reclamando a responsabilidade pela vida do mesmo.

Houve unanimidade por parte dos enfermeiros entrevistados em afirmar que *“é mais difícil lidar com as famílias do que com os próprios pacientes”*. Numa entrevista com a enfermeira Benedita, esta classificou as famílias dos pacientes como sendo *“perigosas”*. Perigosas nos sentido em que elas são imprevisíveis, nunca se sabe o que estão a pensar, e tendem a tomar decisões extremas e arriscadas, tais como retirar um paciente sem consultar os profissionais de saúde ou ainda levar medicamentos tradicionais para o hospital.

Durante uma entrevista com o enfermeiro-chefe Júlio, situações de conflitos envolvendo o pessoal de saúde e os familiares dos pacientes internados foram evidenciadas. Segundo ele:

“ (...) Um grande problema que temos tido é que os familiares dos pacientes querem entrar à qualquer hora, eles querem estar aqui toda a hora, isso cria-nos problemas. Há problemas entre os funcionários e os familiares. Eles chegam aqui a qualquer hora, as vezes querem entrar usando a força, alguns usam identificação falsa para poder entrar, passando-se por funcionários da

saúde, arranjam crachás, o que acaba dando em discussões (...)". (Entrevista feita na sala do enfermeiro-chefe Júlio. Dia 09.10.2014 às 14 horas).

Um outro caso de disputa pelo paciente veio a luz durante uma entrevista com o Senhor Celio. Segundo ele:

" A minha cunhada estava com Tuberculose e HIV, (...). Chegou uma fase em que ela foi obrigada a ficar de baixa. Ficou internada cerca de um mês, então a mãe dela pagou para lhe tirarem do hospital. Ela veio ficar um tempo em casa, período em que a mãe apenas dava medicamentos tradicionais para ela tomar, com isso ela piorou. Foi levada outra vez ao hospital (...)". (Entrevista feita em casa do interlocutor. Dia 22.03.2015 às 18 horas).

Ciente da complexidade da doença da filha, agravada pelo facto de estar num estado já avançando porém, não satisfeita com a demora na melhoria da mesma, a mãe da cunhada do interlocutor acima, optou em tira-la do hospital para receber tratamentos tradicionais em casa. Portanto, temos aqui uma manifestação do alto valor e significado da medicina tradicional. A medicina tradicional retira o seu poder propriamente mágico sobre o indivíduo ou grupo deles, que depositam uma crença nela e a testemunham de tempos e tempos.

Não obstante ao facto dos medicamentos tradicionais não terem surtido o efeito desejado, após a reinternação da filha, a mãe deu continuidade às tentativas, até então, frustradas, de curar a filha com base nos medicamentos tradicionais. Acerca do episódio, esclareceu melhor o Senhor Celio:

"Após a reinternação da minha cunhada, a mãe dela levava medicamentos tradicionais para ela no hospital, dava-lhe uns para tomar, enquanto que os outros medicamentos ela colocava em baixo da cama".

As situações acima apresentadas, envolvendo o pessoal de saúde, os pacientes e seus familiares, podem ser analisadas a partir daquilo que William citado por Verde (2003), chamou de "*Confronto Nocial*" - entendido como uma forma de conversação que se caracteriza pela incapacidade de gerar qualquer acordo significativo entre os seus protagonistas.

Observamos, também, situações de disputa pelo paciente na enfermaria de medicina. No dia 09 de Outubro, por volta das 13:15min, após ter chegado à Enfermaria, me deparei com uma situação. Um grupo de 5 mulheres crentes, uniformizadas, chegou no horário de visita. O grupo vinha fazer uma visita e rezar para um dos pacientes internados. As 5 mulheres queriam entrar, mas a senhora dos serviços comunitários (Vovó Palmira), encarregue por dar banho algumas cientes, entre outras tarefas, impediu-as e disse que apenas uma delas podia entrar. Naquele momento, pude notar um descontentamento nas quatro senhoras que não puderam entrar. Elas murmuravam enquanto gesticulavam uma com a outra.

Como pudemos ver, as situações acima apresentadas, ilustram aquilo que aqui chamamos de “casos de incompreensões”, casos que ajudam a perceber melhor o assunto. Para além do alto valor e significado que a medicina tradicional tem sobre essas famílias, as mesmas reclamam ou exigem o direito de controlo total sobre o membro internado, para visitá-lo e tirá-lo do hospital quando assim entenderem.

5.9. O (des) caso em torno das crenças e práticas locais: o “mito” do remédio de lua.

“Nós mesmos insistimos sobre a diversidade das formas de raciocínio, por correspondências ou por encaixe, por símbolos ou por signos, e declaramos então que não devemos mutilar a Razão ou considerarmos como válida apenas uma espécie a despeito da riqueza de seus mecanismos operatórios” (Bastide 1979: 183).

Em diversas regiões do mundo, as pessoas usam remédios caseiros e recorrem aos tratamentos dos seus médicos tradicionais. Desde os tempos bastante recuados, os costumes antigos e os tratamentos tradicionais têm sido transmitidos de geração em geração. Tendo em conta esses pressupostos, torna-se de extrema importância que se respeite aquilo que são as práticas, crenças e as tradições das populações. Moçambique não foge à regra no que diz respeito aos factos acima apontados. No país, concretamente

na região sul, dentre os vários remédios caseiros que são dados às crianças, um em particular, mereceu toda a nossa atenção: o chamado remédio de lua¹⁰.

Neste contexto, precauções ou ainda normas populares orientadas por um conjunto de crenças, são estritamente seguidas pelas comunidades. Essas crenças, nalguns casos, entram em choque com aquilo que é a forma de pensar de alguns profissionais de saúde. Vejamos:

Numa entrevista com o enfermeiro Macário Ernesto, este, ao longo do seu discurso, argumentou: “*os ditos remédios de lua constituem mito*”. Essa postura deu sentido àquilo que ouvia com frequência no início e no final das entrevistas com as famílias: “*vocês vão ajudar esses médicos a nos entender*”. Isso mostra que estão cientes de que suas ações, que resultam das crenças, nalguns casos não são compreendidas pelos profissionais de saúde.

Tal concepção contrasta de forma profunda com a das famílias que participaram do presente estudo, tal como poderemos ver a seguir. Discursando em torno da importância e eficácia do remédio de lua, a senhora Olga referiu-se nos seguintes termos:

“O remédio de lua dá-se às crianças recém-nascidas, serve para muitas doenças. Quando a pessoa cresce sem tomar o remédio de lua, cada vez que a lua aparece atinge-a. Todas as crianças aqui em casa tomaram o remédio de lua. Meu filho¹¹ adoeceu e ficou de baixa na África do Sul, quando soube, fui procurar um senhor¹² que deu-me o remédio. Dei-o duas vezes ao meu filho e ele melhorou” (Entrevista feita em casa da interlocutora. 01.10.2014.às 20horas).

À semelhança da interlocutora supracitada, o Senhor Carsidio enalteceu a importância do remédio de lua para a garantia de um bom crescimento das crianças. Acerca disso ele referiu-se:

¹⁰ Também conhecido por *Mhuri wa wheti*, é normalmente colocado numa panelinha de barro localmente conhecida por *Xilhambetwana*, *Lhambeto* ou ainda *Ximbitana*. O remédio de lua é também colocado na caracaça de caracol, localmente conhecida por *wumba*. Normalmente o remédio é dado às crianças porém, nalguns casos, adultos que na sua infância não tomaram, podem também toma-lo em casos de ataques causados a partir do surgimento da lua.

¹¹ Referindo-se a um jovem dos seus vinte e poucos anos.

¹² Referindo-se a um ervanário.

“ (...). Durante um dado tempo minha irmã vivia com o marido e quando voltava a casa, deixava a filha e desleixava-se, não dava o remédio a criança, aí via-se que a criança ficava isolada, não brincava com as amigas por ficar uma ou duas semanas sem tomar aquele remédio. Tinha dores de estômago, diarreias e inclusive parecia uma criança que havia ficado três ou quatro dias sem ter comido, ela mudava, os olhos em si (...). Assim que fôssemos atrás do medicamento, ela tomava e ficava normal. Aquele medicamento serve para fortificar os ossos, e um dos remédios que alguém deve tomar até para um acompanhamento em si do crescimento da criança” (Entrevista feita em casa do interlocutor. Dia 31 de 12 de 2014 às 10:30min).

À semelhança dos interlocutores supracitados, os demais interlocutores, também deixaram transparecer de forma nítida suas concepções e certezas acerca da importância do remédio de lua para um bom crescimento da criança e os perigos que a mesma corre caso não o tome.

A questão dos mitos foi densamente discutida por Lévi-Strauss em seu livro intitulado *Mito e Significado*. Nesse livro, o conceituado antropólogo francês interpreta alguns mitos procurando decifrar os seus significados para a compreensão da natureza humana.

Lévi-Strauss (1978), coloca em discussão a relação existente entre o mito e a ciência. Este autor argumenta que o mito, assim como outra linguagem, também é pleno de significado. O posicionamento do enfermeiro Macário Ernesto, alerta Lévi-Strauss, é passível de ser julgado enquanto cientismo, ou por outras, crença no progresso da ciência. Isso leva a argumentar que à medida que a ciência vai registrando progressos (no caso da biomedicina), as crenças populares vão, automaticamente, sendo minimizadas por não serem passíveis de averiguação científica.

A situação acima apresentada, remete-nos à discussão em torno das crenças aparentemente irracionais relatadas por Dan Sperber. No debate elaborado por este autor em torno das crenças aparentemente irracionais, aponta-se a perspectiva simbólica como sendo uma das que pode contribuir para a melhor compreensão do assunto.

De acordo com Sperber (1992:64):

"Segundo a concepção simbólica, os mitos e os ritos parecem irracionais apenas porque os apreendemos a um nível superficial e literal. Compreender-se-iam melhor, apenas se reconhecêssemos neles a expressão indirecta de observações cosmológicas de preocupações metafísicas, de esquemas de classificação, de valores morais, ou de relações sociais".

Uchoa e Vidal (1994), citados por Gutierrez e Minayo (2008), advertem que a dificuldade dos profissionais da saúde em lidar com as famílias e entender os modelos de compreensão utilizados por elas aparece como uma preocupação. Os conflitos e atitudes discriminatórias impedem a eficácia das intervenções, especialmente porque essas se baseiam em valores em contraste com a visão de mundo dos usuários e comprometem a aceitação das intervenções.

A partir do caso anteriormente discutido, percebemos a existência de um confronto de noções e valores entre o enfermeiro e as famílias no que diz respeito aos significados e importância do remédio de lua. Podemos ainda concluir que, a postura apresentada pelo enfermeiro acerca do *remédio de lua*, tem, essencialmente, a ver com o facto do mesmo ser proveniente da região centro do país, mais concretamente na província de Quelimane. Contexto em que o mesmo remédio pode apresentar outras designações e outras formas de uso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos neste estudo compreender um conjunto de lógicas que impulsionam determinadas famílias a interromper o tratamento convencional de um membro seu e recorrer a terapias e medicamentos tradicionais (dentro e fora dos hospitais). Ilustramos a capacidade, por parte da medicina tradicional, com o seu poder simbólico, em adaptar-se às dinâmicas sociais, mesmo elas sendo cada vez mais acompanhadas de um pensamento mais racionalizado.

Concluimos que nestas famílias, o tradicional e o moderno não degladiam-se ou excluem-se, muito pelo contrário, complementam-se com suas lógicas próprias, tal como mostram as famílias participantes do presente estudo. Nelas, o tradicional e o moderno contrapõem as barreiras do tempo e conservam entre si relações de complementariedade. Os itinerários das famílias participantes deste estudo ilustram, por um lado, a recorrência em simultâneo às “duas medicinas”, e por outro lado, a interrupção do tratamento convencional para recorrer ao tradicional. Em ambos casos, estas famílias mostram que vão à busca de respostas e soluções que possam complementar às dadas pela medicina convencional.

Nestas famílias envolvidas no presente estudo, misturam-se de forma clara, as crenças na técnica médica moderna e nas práticas tradicionais de cura, esse hibridismo em termos de crença, dá vida a uma medicina de elevada complexidade no seio das mesmas. O facto do itinerário destas famílias, pelo menos parte delas, demonstrar a recorrência em simultâneo às “duas medicinas”, implica que no entendimento das mesmas, ambas são importantes. Isto significa que, tal como refere Meneses (2000), algo como hibridização médica vem se desenvolvendo no nosso contexto.

Famílias distintas, em termos de classe e estrutura, participaram do presente estudo, mas todas elas têm algo em comum: formas de pensar e agir perante questões de doenças, tais formas de pensar e agir extrapolam o nível de instrução, o contexto de socialização, a religião, idade e sexo.

Tal como apontam Santos *et al.* (2005), num contexto como o nosso, claramente caracterizado por um pluralismo terapêutico, há uma necessidade de se pensar, de uma

forma mais aprofundada, na intensificação de um trabalho em conjunto entre as duas medicinas – a moderna e a tradicional.

Ao procurarmos entender aquilo que são os sentidos das acções das famílias participantes do presente estudo, percebemos, tal como deram a entender, que as mesmas idealizam espaços que ofereçam uma variedade de opções terapêuticas. Espaços em que aqueles que lidam com questões espirituais (médicos tradicionais, pastores, padres) participem activamente no processo de diagnóstico, tratamento e cura de doenças. Inspirando-nos na ideia de Greene (1998) e Follér (2004), citados por De Rose (S/D), podemos afirmar que estas famílias idealizam um mesmo espaço onde convivam diversos sistemas médicos distintos, ou por outra, um Sistema Médico Híbrido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostinho, Adelaide Bela & Da Silva, Harrysson Luis. 2013. “Desafios da Medicina Tradicional Africana no Século XXI”. *Instituto de Investigação Científica Tropical*, Lisboa. Pp: 1-9.

Alves, P.C. & Minayo, M.C.S. (orgs). 1997. *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Alves, Paulo César. 1993. “A experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas”. *Caderno de Saúde Pública*. 9 (3): 263-271.

Alves, P. & Iara, M. Souza. 1999. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: *Experiência de doença e narrativa*. Ed. Rabelo, M.C., Alves, P. & Iara, M. Souza. Pp: 125-138.

Alves, P.C. & Rabelo, M.C., 1999. “Significação e metáforas na experiência da enfermidade”. In: *Experiência de Doença e Narrativa* (M. C. M. Rabelo, P. C. B. Alves & I. M. A. Souza, org.), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Pp: 171-185.

Barros, Tatiane Vieira. 2010. “Experiências e Narrativas: Uma forma de pensar a relação de gênero entre doentes renais crônicos”. *Fazendo Género- Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Pp: 1-8.

Bastide, Roger. 1979. *Antropologia Aplicada*. São Paulo: Editora Perspectiva.

Bento, Carlos Lopes. 2003. “A possessão em Moçambique. Achegas para o seu estudo. O Curandeiro *N’kanga* entre os *Wamwuani* do Ibo”. Lisboa. Comunicação apresentada, em 16 de Dezembro de 2003, no Seminário “ *Perspectiva Antropológica das Práticas e Conceitos Tradicionais de Saúde*”. Pp: 1-25.

Bott, Elizabeth. 1976. *Família e Rede Social*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves.

Bourdieu, Pierre. 1989. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand.

----- . 1996. *Razões Práticas: sobre a teoria da acção*. São Paulo: Papius.

----- . 2007. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.

Chilemba, Naomy. 1997. “Algumas Plantas Medicinais e Tóxicas Indentificadas no Hospital Central de Maputo e Hospital Geral de José Macamo”. Dissertação de Licenciatura. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane/Departamento de Ciências Biológicas.

Cruz, Cíntia Tavares, De Barros, Nelson Filice & Hoehne, Eduardo Luiz. 2009. “Evidências sobre o Uso de Práticas Alternativas e Complementares no Tratamento Convencional de Neoplasias Mamárias”. *Revista Brasileira de Cancerologia*, São Paulo. Pp: 237-246.

Da Silva, Cléber Ribeiro Álvares, Cardoso, Ingrid Sheila Zvaleta Obregon & Machado, Natalie Rodrigues. 2013. “Considerações sobre epilepsia”. *Boletim Científico de Pediatria*, Porto Alegre-Rio Grande do Sul, vol.2. nº3. Pp: 71-76.

De Andrade, João Tadeu & Correia, Heloise Maria de Riquet. 2008. “Curadores Tradicionais no Ceará: inserção social, perfil terapêutico e contribuição para a saúde pública”. *26ª Reuniao Brasileira de Antropologia*, Porto Seguro-Bahia. Pp: 1-12.

De Araújo, Ednaldo Cavalcante *et al.* 2007. “Uso de Plantas Medicinais pelos Pacientes com Câncer de Hospitais da Rede Pública de Saúde em João Pessoa (PB) ”. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*, vol. 8, nº2. Pp: 44-52.

De Oliveira, Roberto Cardoso. 2006. “Capítulo 1: O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever” in: *O trabalho do antropólogo*. São Paulo: Editora UNESP, Pp: 17-36.

De Rose, Isabel Santana. (S/D). “Cultura espiritual, biomedicina e intermedicalidade no Santo Daime”. Artigo originalmente apresentado na 25a. Reunião Brasileira de Antropologia, no GT 45, *Religiões e percursos de saúde no Brasil de hoje, as “curas espirituais”*, Pp: 1-19.

Fialho, José. 2003. “A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde”. *Cadernos de Estudos Africanos*, Pp: 121-133.

Granjo, Paulo. 2009. “Saúde e doença em Moçambique”. *Saúde Social*, São Paulo, Vol. 18, nº4. Pp: 567-581.

Geertz, Clifford. 1989. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara.

Gutierrez, Denise Machado Guran e Minayo, Maria Cecília de Souza. 2008. “Família, redes sociais e saúde: O imbricamento necessário”. *Cuidados de saúde, Família e saúde, Redes familiares e saúde*. Florianópolis. Pp: 1-7.

Helman, Cecil. 2007. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artmed.

----- . 2006. *Why medical anthropology matters*. Anthropology Today.

Honwana, Alcinda Manuel. 2002. *Espíritos Vivos, Tradições Modernas: Possessão de Espíritos e Reintegração Social Pós-Guerra no Sul de Moçambique*. In: “A Base Cultural da Saúde e da Doença”. PROMÉDIA, Maputo. Pp: 207-224.

Junod, Henry A. 1996. *Usos e Costumes dos Bantu*. Arquivo Histórico de Moçambique, Maputo.

Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, CA: University of California Pres.

..... 1978. “Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems”. *Social Science & Medicine*. Vol. 12. Pp: 85-95.

Leach, Edmund. 1982. “Da etnografia totalizante a etnografia micro talhada. O meu tipo de antropologia”, in: *A diversidade da antropologia*. Lisboa: Edições 70, Pp: 117-141.

Lebre, Lúcia Teresa Sampaio Branco. 2012. “A saúde e a doença e as profissões de saúde em Moçambique”. *Psicologia – PT. O Portal dos Psicólogos*, Pp: 1-5.

Lévi-Strauss, Claude. 1978. *Mito e Significado*. Edições 70.

Malhotra, Naresh K. 2001. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Bookman, Porto Alegre.

Meneses, Maria Paula G. 2000. *Medicina Tradicional, Biodiversidade e Conhecimentos Rivals em Moçambique*. Departamento de Arqueologia e Antropologia, Universidade Eduardo Mondlane - Moçambique.

- Minayo, Maria Cecília S. & Sanches, Odécio. 1993. “Qualitativo-Quantitativo: Oposição ou Complementaridade?” *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 9(3) 239-262.
- Queiroz, Marcos de Souza & Canesqui, Ana Maria. 1986a. “Antropologia da Medicina: uma revisão teórica”. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 20 (2): 152-64.
- República de Moçambique. 2004. “Política da Medicina Tradicional e Estratégia da sua Implementação”. BR nº15, 1ª Série. Maputo: Imprensa Nacional.
- Santana, Jacimara Souza. 2011. “História da Saúde na África: perseguição e resistência às tentativas de proibição dos saberes e práticas de cura exercidas por *nyangas* em Moçambique”. *Centro de Estudos Africanos do Porto*, São Paulo. Pp: 1-10.
- Spadacio, Cristiane & De Barros, Nelson Filice. 2009. “Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v 3, nº 30. Pp: 45-52.
- Sperber, Dan. 1992. *O saber dos Antropólogos*. Lisboa: Edições 70.
- Torres, A.R., Diniz, M.F.F.M. E Araújo, E.C. 2005. “Estudo sobre o uso de plantas medicinais em crianças hospitalizadas da cidade de João Pessoa: riscos e benefícios”. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, 15 (4). Pp: 373-380.
- Uchôa, Elizabeth & Vidal, Jean. 1994. “Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença”. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504.
- Verde, Filipe. 2003. “Astrónomos, Astrólogos, Nativos e Antropólogos: As Virtudes Epistemológicas do Tnocentrismo” in *Etnográfica*, Vol VII (2), Pp: 305-319.
- World Health Organization-WHO. 2000. *Traditional medicine strategy*. Geneva: WHO.
- Zamparoni, Valdemir. 2012. “Médicos, Selvagens e Antropófagos: A Medicina Ocidental e os “Indígenas” em Moçambique Colonial”. *IICT – JBT/Jardim Botânico Tropical*, Lisboa. Pp: 1-8.

ANEXOS

Anexo 1: Guião de entrevistas direccionado às famílias

I. Perfil dos Interlocutores

1. Nome do entrevistado (opcional)
2. Idade
3. Estado civil
4. Nível de escolaridade
5. Ocupação
6. Religião

II. Acerca dos Episódios

7. Já viveram situações na família em que alguém adoeceu e sentiram a necessidade de interromper o tratamento convencional ou levar medicamentos tradicionais ao hospital?
8. O que estava acontecendo e que fez com que voce e/ou seus familiares agissem de tal maneira?
9. De quem partiu a ideia de interromper o tratamento convencional ou levar medicamentos tradicionais ao hospital?
10. A partir de que sintomas e/ou em que situações acreditam estar perante uma doença que precisa ser tratada tradicionalmente?
11. Que significado tem a medicina tradicional em vossas vidas?
12. Como define a medicina tradicional?
13. O que tem a dizer acerca de um trabalho conjunto intenso entre a medicina convencional e a tradicional?

Anexo 2: Guião de entrevistas direccionado aos enfermeiros

I. Perfil dos Interlocutores

1. Nome

2. Idade

II. Acerca do processo de interacção entre o pessoal de saúde, os pacientes internados e seus familiares.

3. Como tem sido o processo de interacção entre vocês, os pacientes internados e seus familiares, tendo em conta os diferentes contextos de proveniência dos mesmos e as diferentes formas de pensar a saúde e a doença?

4. Como é que as famílias têm influenciado no processo de tratamento dos pacientes?

5. O que tem a dizer acerca dos casos em que os familiares trazem medicamentos tradicionais as escondidas ou interrompem o tratamento do paciente para levá-lo para receber tratamento tradicional?