



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

**Itinerários terapêuticos e experiências dos pacientes no tratamento da tuberculose
na Cidade de Maputo, Moçambique**

Candidata: Micaela Argentina Miguel

Supervisora: Doutora Margarida Paulo

Maputo, Abril de 2022

Itinerários terapêuticos usados pelos pacientes que abandonam o tratamento de tuberculose na cidade de Maputo, Moçambique

Trabalho de Culminação de Estudos apresentado na modalidade de projecto de pesquisa em cumprimento parcial dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane.

A candidata

Micaela Argentina Miguel

A Supervisora

O Presidente

O Oponente

Declaração de honra

Declaro que este trabalho 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.

Micaela Argentina Miguel

Maputo, Abril de 2022

Dedicatória

Dedico este trabalho a família Ngoca, particularmente aos meus queridos irmãos Alcídio, Ilídio e Judêncio. Meu pai Agostinho Madeira (*em memória*).

Agradecimentos

Agradeço a Deus por amparar-me, conceder-me forças e iluminar o meu caminho intensamente.

Agradeço especialmente a minha supervisora Doutora Margarida Paulo pelos valiosos ensinamentos, paciência e pelo suporte no processo de elaboração deste trabalho.

Agradeço também a todo o Corpo Docente do Departamento de Arqueologia e Antropologia (DAA), Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS), Universidade Eduardo Mondlane (UEM) que fizeram parte da minha formação durante o curso.

Agradeço as pessoas que aceitaram partilhar suas experiências que contribuíram para a elaboração e sucesso deste trabalho.

Aos meus colegas de Turma de Antropologia (2015), em especial a Joana Nhampare, Maria do Céu Botão, Saquina Matussse, Ismael Cassamo e Vicente Cossa, os companheiros de sempre nessa longa caminhada, o meu muito obrigado. Ao Sérgio, pelas sugestões e comentários feitos ao longo da pesquisa.

A minha mãe Argentina Miguel pelo apoio moral e por algumas dicas sobre a tradição de *kuabamagufa* que fazem parte do meu estudo. A família Miguel que recebeu-me em sua casa e incentivou-me até realizar os meus sonhos durante os quatro anos de formação.

A minha vizinha e irmã Graciete e aos padrinhos do meu irmão Alcídio que são meus padrinhos também, por ter aceitado ouvir as minhas reclamações sobre a faculdade e por ter apoiado-me nos momentos em que tanto precisava.

Agradeço a todos que directa e/ou indirectamente contribuíram para o sucesso da minha formação.

Muito obrigada!

Lista de abreviaturas e siglas

B-KP	Análises de expectoração positiva
DAA	Departamento de Arqueologia e Antropologia
FLCS	Faculdade de Letras e Ciências Sociais
HIV	Human Immunodeficiency Virus
RX	Radiografia
TB	Tuberculose
TB/HIV	Tuberculose/Human Immunodeficiency Virus
TRM	Teste Rápido Molecular
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
US	Unidade Sanitária

Índice

Declaração de honra.....	II
Dedicatória.....	I
Agradecimentos	I
Resumo	I
Capítulo 1. Introdução	1
1.1. Objectivos do estudo.....	2
1.2. Justificativa	2
Capítulo 2. Revisão de literatura.....	4
2.1. Problemática	9
2.3. Definição de conceitos	9
Capítulo 3. Metodologia	12
3.1. Constrangimentos e superação no trabalho do campo	14
3.2. Descrição da área de estudo	15
Capítulo 4. Trajectória dos pacientes infectados pela tuberculose	17
4.1. Descoberta dos sintomas da tuberculose.....	17
4.2. Diagnóstico da tuberculose na unidade sanitária	19
4.3. Tratamento da tuberculose unidade sanitária.....	24
4.4. Diagnóstico da tuberculose no curandeiro	30
4.5. Tratamento da tuberculose no curandeiro	32
Capítulo 5. Considerações finais.....	36
Apêndices.....	41

Resumo

O presente estudo analisa dinâmicas de itinerários terapêuticos adoptados pelas pessoas que abandonam o tratamento da tuberculose em uma unidade sanitária na Cidade de Maputo. Para recolha de dados realizou-se pesquisa etnográfica na unidade sanitária 1º de Junho, na Cidade de Maputo, Mocambique. As pessoas entrevistadas incluíam provedores de saúde e um grupo de pacientes em tratamento da tuberculose. Os resultados da pesquisa mostram que as pessoas com tuberculose aderem a ambos a unidade sanitária e ao *tinyanga* para tratar a tuberculose. As pessoas com a tuberculose iniciam o tratamento logo após o contacto com os profissionais de saúde que passam a ter aconselhamento sobre o tratamento da tuberculose bem como aos cuidados a ter de modo a não infectar os outros e que não haja abandono neste processo. O estudo conclui que os pacientes da tuberculose optam por diferentes itinerários terapêuticos escolhidos mediante a sua satisfação.

Palavras-chave: Itinerários terapêuticos, Abandono do tratamento, Tuberculose.

Capítulo 1. Introdução

O presente trabalho tem como tema “Itinerários terapêuticos usados pelos pacientes que abandonam o tratamento de tuberculose na Cidade de Maputo, Moçambique” e enquadra-se no âmbito do cumprimento dos requisitos para culminação de estudos em antropologia na Universidade Eduardo Mondlane (UEM).

O trabalho tem como objectivo analisar os itinerários terapêuticos adoptados pelas pessoas que abandonaram o tratamento da tuberculose em uma unidade sanitária na cidade de Maputo. No início da pesquisa pretendia analisar a relação entre médicos e pacientes de tuberculose no atendimento hospitalar, onde neste processo, as pessoas entrevistadas relatavam com frequência que os médicos tendiam a dar pouca atenção aos doentes, o que fazia com que a maioria dos mesmos desistisse do tratamento devido a rigorisidade e processo longo do tratamento da tuberculose.

A partir desta constatação fiquei interessada em aprofundar sobre o abandono do tratamento por parte dos pacientes da tuberculose naquela unidade sanitária. Na conversa que tive com uma das pessoas que sofria da tuberculose, que contou-me sobre o processo de tratamento e cura da doença que a afligia (tuberculose) a partir de tratamento localmente conhecido como *kuabamagufa* no *tinyanga*.

De acordo com uma pessoa entrevistada *kuabamagufa* é um ritual de purificação da viúva, que tem como objectivo a protecção e inclusão desta dentro da família do esposo actual, como forma de tirar toda a impureza, prática orientada pelo *tinyanga* (curandeiro), onde recomenda-se que a viúva mantenha relações sexuais com o irmão mais novo do seu falecido marido. A não-aceitação da viúva em seguir a referida tradição, faz imergir a tuberculose no homem que se deitar com ela.

Estas narrativas levaram-me a reflectir sobre os significados que as pessoas atribuem determinados eventos de suas vidas e sobre os diversos itinerários terapêuticos usados para atingir a cura de uma determinada. Os cenários acima descritos despertaram-me a curiosidade de querer analisar o que fora escrito de antemão em relação a temática do abandono do tratamento por parte das pessoas com a tuberculose.

Da literatura analisada identifiquei duas perspectivas. A primeira perspectiva defende que, o abandono familiar, o alcoolismo bem como a multiplicidade de doenças apresentadas pelos pacientes constituem factores fundamentais na desistência do tratamento da tuberculose (Burke 2011; Rocha 2014; Namburete et al. 2016 e Oliveira 2018).

A segunda defende que o abandono do tratamento por parte dos pacientes com a tuberculose está ligada aos itinerários terapêuticos seguidos para atingir a cura da mesma (Alves 1993; Velho 1994; Rebelo 1993; Helman 2007; Muela 2007; Mângia e Yasutaki 2008 e Martins e Iriart 2014).

Diante destas perspectivas pode-se compreender que existe um conjunto de factores que influenciam ao abandono do tratamento da tuberculose nas unidades sanitárias por parte dos pacientes.

1.1. Objectivos do estudo

Geral

Compreender os itinerários terapêuticos adoptados pelas pessoas que abandonam o tratamento da tuberculose.

Específicos

- Identificar as pessoas que abandonam o tratamento da tuberculose;
- Descrever os itinerários terapêuticos usados pelos pacientes em tratamento da tuberculose na unidade sanitária;
- Aferir se o abandono do tratamento da tuberculose, por parte das pessoas tem relação com os factores como violência dos comprimidos, fraca alimentação, falta de recurso-socioeconómico, falta de assistência familiar e a irresponsabilidade dos pacientes no cumprimento do tratamento.

1.2. Justificativa

A escolha do tema “Itinerários terapêuticos usados pelos pacientes que abandonam o tratamento de tuberculose” explica-se pelo facto de eu ter presenciado certas conversas sobre alguns factores que influenciavam o abandono do tratamento da tuberculose na unidade sanitária. A partir das várias informações que tive percebi que as pessoas buscam a cura na medicina convencional

(Unidades Sanitárias), na etnomedicina (*tinyanga*) e na igreja quando padecem de uma determinada enfermidade de acordo com o contexto em que encontram-se inseridas.

Nesta ordem de ideias, os resultados do presente projecto de pesquisa tornam-se de grande valia e contributo para a área da antropologia da saúde e doença, pois, a partir dele podemos compreender os itinerários terapêuticos adoptados pelos pacientes a quando do tratamento de determinadas doenças. O estudo é importante para Moçambique porque compreende a experiência vivida pelas pessoas no processo de tratamento da tuberculose, bem como a multiplicidade de caminhos e escolhas presentes nesse processo. Deste modo, o estudo é importante para mim na compreensão sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não aos tratamentos, ou seja, como constroem seus itinerários terapêuticos o que é fundamental para orientar as novas práticas em saúde.

A presente pesquisa está estruturada em seis partes. Feita a presente introdução, na segunda parte apresento a revisão de literatura sobre o tratamento da tuberculose. A terceira parte intitulada enquadramento teórico e conceptual apresento a teoria e os conceitos desenvolvidos neste trabalho. A quarta parte apresento os procedimentos metodológicos e os constrangimentos encontrados ao longo da pesquisa e as acções tomadas para superá-las. A quinta parte está dividida em cinco secções, nas quais faço a análise dos dados colhidos. Na sexta parte apresento as considerações finais do estudo.

Capítulo 2. Revisão de literatura

Nesta secção apresento as principais linhas de abordagem sobre o tratamento e abandono da tuberculose. Da literatura analisada sobre o abandono do tratamento da tuberculose, identifiquei duas perspectivas. A primeira defende que, o abandono familiar, o alcoolismo bem como a multiplicidade de doenças apresentadas pelos pacientes constituem factores fundamentais na desistência do tratamento da tuberculose (Burke 2011; Rocha 2014; Namburete et al 2016 e Oliveira 2018) e a segunda defende que o abandono do tratamento por parte dos pacientes com a tuberculose está ligada aos itinerários terapêuticos seguidos para atingir a cura da mesma (Alves 1993; Velho 1994; Rabelo 1993; Helman 2007; Muela 2007; Mângia e Yasutaki 2008 e Martins e Iriart 2014).

Aliado a primeira perspectiva aqui identificada, Campani (2009) a partir da revisão da literatura obteve como resultados do estudo virado aos factores preditores de abandono para os casos novos de pacientes com tuberculose positiva, o alcoolismo, a associação da TB/HIV, a residência não familiar e a baixa escolaridade. A autora refere ainda que, a associação da TB/HIV mostrou significativa importância como preditor de abandono e ocorre geralmente dentro dos primeiros três meses do tratamento. A partir deste estudo Campani (2009) conclui que, para favorecer e fixar a adesão ao tratamento é necessária uma abordagem centrada no paciente, baseada em suas necessidades individuais, um respeito mútuo entre ele e o provedor da medicação.

Com uma ideia similar a de Campani (2009), Rocha (2014) analisa a questão da permanência da tuberculose no processo do tratamento considerado ainda como um desafio para os serviços de saúde e pacientes visto que se trata de um cuidado prolongado, com muitas drogas e vários efeitos desagradáveis. A partir da revisão da literatura obteve como resultados do estudo virados para diversos factores tais como a dose, horário de administração da medicação, idade do paciente, estado nutricional, alcoolismo, o comprometimento da função hepática ou renal e a coinfeção pelo HIV. Para Rocha (idem) os factores acima referidos são um obstáculo à adesão ao tratamento, levando os doentes a abandonarem nos primeiros meses. O autor conclui que uma das principais metas no controlo da tuberculose é reduzir as taxas de abandono do tratamento, pois a interrupção leva a uma maior disseminação do bacilo em razão de os doentes permanecerem como fonte de contágio, bem como contribui para a resistência adquirida da terapia e o aumento do tempo e do custo do tratamento.

Por sua vez, Oliveira (2018) analisa os factores de risco relacionados ao abandono, no intuito de auxiliar na precoce identificação desses pacientes e manejo mais adequado dos casos de maior probabilidade de abandonar o tratamento. De acordo com Oliveira (idem) os factores de abandono para os casos novos de pacientes com TBP, bacilíferos são: o alcoolismo associado ao TB/HIV, a residência não familiar e a baixa escolaridade. O autor mostra ainda que, existem grupos de pacientes já conhecidos que são propensos a abandonar o tratamento, como os privados de liberdade, usuários de drogas, etilistas, tabagistas, moradores de rua, portadores de desordem mental e também os portadores de HIV. O autor conclui que, a maioria dos casos de abandono ocorre nos primeiros meses do tratamento, sendo importante que as equipas identifiquem os factores de risco.

Com uma ideia ligeiramente diferente de Oliveira (idem), Namburete et al. (2016) na sua análise sobre a tuberculose, descreve o perfil de resistência do *Mycobacterium tuberculosis* e a coinfeção da TB/HIV. Com base na revisão da literatura obteve como resultados do estudo, factores de risco para TB resistente observados nos pacientes, tais como antecedente de tratamento de TB, contacto prévio com pacientes que tiveram TB, ser profissional da saúde e ser infectado pelo HIV. Os autores ainda explicam que, foi possível analisar dados secundários de pacientes que tiveram cultura positiva para a tuberculose como dados demográficos a sorologia para o vírus da HIV, o resultado do teste rápido molecular (TRM) e o teste de fenotípico de sensibilidade de primeira linha. A partir do estudo de Namburete et al. (2016) concluem que, há uma alta taxa de pacientes com a co-infecção HIV e TB visto que, a resistência secundária ou adquirida foi definida se o bacilo foi isolado de pacientes com exposição prévia aos fármacos do tratamento da TB por um período maior ou igual a trinta dias.

Burke (2011) na sua análise sobre a tuberculose vincula várias tendências ao doente que depois de iniciar o tratamento deixa de comparecer à unidade de saúde por mais de trinta dias consecutivos após a data aprazada para o retorno. A partir da revisão da literatura obteve como resultados do estudo, o abandono do tratamento considerado um dos principais obstáculos e desafios para combater a doença, tendo como consequência directa o aumento do custo do tratamento, da mortalidade e das taxas de recidiva onde a maioria dos pacientes desiste do tratamento. O autor conclui que, o abandono do tratamento associa-se com a época em que os

sinais e sintomas desaparecem e essa melhora clínica nos primeiros meses de tratamento induz o paciente a se autodeterminar como curado.

De uma forma geral, a primeira perspectiva aqui destacada permite-nos compreender que, o abandono do tratamento da tuberculose por parte dos pacientes está atrelado a factores de ordem sociais/familiares. Entretanto, ao deterem-se apenas em factores de ordem sociais/familiares deixam de lado outras dinâmicas que estruturam as escolhas dos pacientes no processo de tratamento da tuberculose em diversos contextos.

Em contraste, a primeira abordagem, que centra a sua análise em factores como o abandono familiar, o alcoolismo bem como a multiplicidade de doenças apresentadas pelos pacientes na desistência do tratamento da tuberculose, a segunda abordagem centra a sua análise em itinerários terapêuticos percorridos pelos pacientes para atingirem a cura da tuberculose.

Dos autores que enquadram-se nesta abordagem são Martins e Iriart (2014) analisam o itinerário terapêutico de pessoas com hanseníase, com vista a compreender a experiência da enfermidade, assim como os factores que contribuem para o diagnóstico tardio. A partir do trabalho etnográfico realizado, os resultados apontavam que, na maioria dos casos, os pacientes percorriam um longo itinerário terapêutico até a realização do diagnóstico. Assim, para estes autores, entre os factores que contribuem para o diagnóstico tardio estava a falta de capacitação dos profissionais de saúde nos serviços de saúde para diagnosticar precocemente a enfermidade, assim como o estigma e o preconceito, que favoreciam o silêncio em torno da doença e a automedicação.

Por sua vez, Velho (1994) na sua análise sobre o itinerário terapêutico envolve a ideia de que as distintas trajetórias individuais se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais, para elaboração e implementação de projectos específicos e até contraditórios. A partir do trabalho etnográfico realizado, os resultados procuram identificar a dinâmica contextual com base na qual se delineiam os projectos individuais e colectivos de tratamento. Ainda de acordo com este, nelas, os indivíduos geralmente se deparam com mais possibilidades de escolha, uma vez que encontram à disposição uma ampla gama de serviços terapêuticos (pluralismo médico). O autor conclui que distintos serviços que padronizam, interpretam e procuram tratar a aflição

dentro de modelos explicativos muitas vezes desconhecidos ou só parcialmente conhecidos pelos leigos.

Com uma ideia ligeiramente diferente de Velho (idem), Rabelo (1993) na sua análise da literatura sócio-antropológica sobre itinerário terapêutico cujo principal objectivo é interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Ainda segundo estes (idem) essa problemática fundamenta-se na evidência de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. A partir do trabalho etnográfico realizado, os resultados procuram os primeiros trabalhos sobre itinerário terapêutico que foram elaborados no âmbito de uma concepção tradicionalmente conhecida como comportamento do enfermo (illness behaviour), termo criado por Mechanic e Volkart (1961). Os autores concluem que, tratava-se portanto, de uma teoria baseada em uma concepção voluntarista, racionalista e individualista, com base no pressuposto de que as pessoas avaliam suas escolhas em termos de custo-benefício.

Por sua vez, Muela (2007) analisa as características das medicinas, as representações da doença em contextos de pluralismo médico são um elemento chave para compreender o uso dos diferentes recursos terapêuticos por parte da população. Para autor, as representações da doença incluem os modelos de causalidade, de transmissão ou contágio, de risco, de susceptibilidade perante a doença (quem a contrai com mais facilidade e quando), de protecção, de gravidade, os esquemas de sintomas. O autor conclui que, estão em relação com as representações do corpo, com os modelos de terapia e, em última instância, com as ideias de normalidade e anormalidade, com certos valores morais e com o conjunto da cosmo visão.

Helman (2007) citando Kleinman (1980) analisa o modo de examinar o processo por meio do qual a doença é padronizada, interpretada e tratada, método por ele denominado modelo explanatório. Ainda segundo este, os modelos explanatórios são usados tanto pelos pacientes como pelos profissionais de saúde, e oferecem explicações sobre doença e tratamento para orientar as escolhas entre as terapias e os terapeutas disponíveis e para projectar significados pessoais e sociais sobre a experiência da doença. Helman (idem) conclui que, por um lado, advoga-se a premissa segundo a qual, as forças e relações sociais configuram o conhecimento, as crenças e a escolha de tratamento da enfermidade. Por outro lado, embora sem negar explicitamente esses determinantes tem se enfatizado as estruturas cognitivas subjacentes aos

relatos individuais sobre a doença.

Com uma ideia similar a de Helman (idem), Alves (1993) analisa a interpretação que as pessoas elaboram para uma dada experiência de enfermidade é o resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos. Ainda segundo este, tais conhecimentos são diferentes entre as pessoas por serem originados em situações biográficas determinadas. A partir da revisão da literatura, obteve como resultados do estudo virado aos conhecimentos médicos construídos pelos membros ordinários da sociedade devem ser localizados em um contexto compreensivo mais amplo do que aquele oferecido pelos diversos subsectores de um sistema médico. O autor conclui que o conhecimento médico de um indivíduo tem sempre uma história particular, pois é constituído por experiências diversas. O autor refere ainda que é de se esperar que este conhecimento exista em um fluxo contínuo e quo mesmo seja passível demudanças, tanto em termos de extensão como em termos de estrutura.

Por sua vez, Alves (1993) citando Telles e Pollack (1981) analisam o processo através do qual os indivíduos interagem com outros, no curso da enfermidade, envolvendo quatro estágios: “a) os outros sugerem, verificam ou negam que a pessoa está doente; b) ou outros indicam que tipo ou quantidade de sentimentos são aceitáveis; c) os indivíduos encontram meios para demonstrar a validade dos seus sentimentos, um processo para o qual outros contribuem; e d) outros dirigem o indivíduo para os legitimadores oficiais. O autor conclui que, a consciência de sentir-se mal é sempre uma consciência em situação, pois está relacionada com projectos e contextos existenciais específicos.

Com uma ideia ligeiramente diferente de Alves (idem), Mângia e Iriart (2014) a partir da revisão da literatura, obteve como resultados do estudo o conceito de itinerários terapêuticos como um fenómeno que possibilita a construção de projectos terapêuticos cuidadores, que levam em consideração as experiências, significados, trajectórias, desejos e necessidades da pessoa na elaboração de seu próprio processo de tratamento. Os autores concluem que, os estudos sobre itinerários terapêuticos devem priorizar a aproximação em relação ao conhecimento dos procedimentos utilizados pelos atores para interpretarem suas experiências e decidirem sobre suas acções, sendo assim o resultado de múltiplas negociações realizadas no contexto relacional dos sujeitos.

No geral, se por um lado estas perspectivas permitem-nos compreender o conjunto dos factores que influenciam o abandono do tratamento da tuberculose por parte dos pacientes, por outro lado fica por compreender a dinâmica dos itinerários terapêuticos (escolhas) adoptados pelos pacientes para atingirem a cura da tuberculose em contextos específicos.

2.1. Problemática

Da literatura analisada sobre o abandono do tratamento da tuberculose, identifiquei duas perspectivas. A primeira defende que, o abandono familiar, o alcoolismo bem como a multiplicidade de doenças apresentadas pelos pacientes constituem factores fundamentais na desistência do tratamento da tuberculose (Burke 2011; Rocha 2014; Namburete et al. 2016 e Oliveira 2018) e a segunda defende que o abandono do tratamento por parte dos pacientes com a tuberculose está ligada aos itinerários terapêuticos seguidos para atingir a cura da mesma (Alves 1993; Velho 1994; Rabelo 1993; Helman 2007; Muela 2007; Mângia e Yasutaki 2008 e Martins e Iriart 2014).

No geral, se por um lado estas perspectivas permitem-nos compreender o conjunto dos factores que influenciam o abandono do tratamento da tuberculose por parte dos pacientes, por outro lado fica por compreender a dinâmica dos itinerários terapêuticos (escolhas) adoptados pelos pacientes para atingirem a cura da tuberculose.

Diante destas limitações, o presente estudo levanta como pergunta de partida a seguinte questão: *Quais os itinerários terapêuticos usados pelos pacientes que abandonam o tratamento da tuberculose na unidade sanitária 1º de Junho?*

2.3. Definição de conceitos

Nesta parte apresento e explico os conceitos usados nesta pesquisa. Para o presente trabalho usei os conceitos de itinerário terapêutico, tuberculose e abandono do tratamento.

Itinerário terapêutico

Helman (2007) define itinerário terapêutico como uma cadeia de inventos sucessivos que formam uma unidade. O autor argumenta que uma acção humana é constituída pelas acções de

actos distintos que compõem uma unidade articulada. O autor refere que há dois aspectos a observar: primeiro, o itinerário terapêutico resultado de um determinado curso de acções, e segundo uma acção realizada ou estado de coisas provocadas por ela. O autor conclui que o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projectos voltados para um objecto pré-concebido: o tratamento da aflição estabelecido por actos distintos que se sucedem e se sobrepõem.

O conceito de itinerário terapêutico proposto por Helman (idem) permite-nos compreender o processo de escolha dos caminhos e decisões adoptadas pelas pessoas no seu quotidiano, bem como observar as múltiplas possibilidades que estão ao seu alcance e que são igualmente acessíveis a estes.

Bonini et al (2019) refere a tuberculose uma doença infectocontagiosa causada pela micobacteriana do género *Mycobacterium tuberculosis* sendo a mais comum que afeta praticamente todos os órgãos do corpo e causa mortes de uma forma mais letal.

O conceito da tuberculose proposto por Bonini et al (idem) permite-nos compreender o género causador da tuberculose que afeta algumas parte do corpo dos que padecem desta doença.

Abandono do tratamento

Segundo Rodrigues e Maksud (2017) refere-se aos casos em que pacientes não comparecem ao serviço de saúde por três meses após retirar seus medicamentos, ou que não comparecem as consultas em um intervalo maior do que seis meses. A definição de abandono adoptada para esta discussão abarca tanto a interrupção da ingestão do medicamento por parte dos pacientes como o seu afastamento do acompanhamento ambulatorial (exames, consultas e orientações da equipe profissional).

Sá et al. (2017) refere o abandono quando o paciente após ter iniciado o tratamento, deixa de comparecer à unidade de saúde por mais de trinta dias consecutivos após a data aprazada para seu retorno.

Neste trabalho adopta-se a definição de abandono proposta por Rodrigues e Maksud (2017) e Sá

et al. (2017) dado que permite-nos analisar o processo do abandono dos pacientes na unidade sanitária, tendo em conta o tempo que este deixa de comparecer a mesma.

Capítulo 3. Metodologia

O presente estudo foi realizado no distrito de KaMavota, cidade de Maputo. A escolha de Kamavota para o meu trabalho de campo deveu-se ao facto de eu viver nos arredores deste distrito municipal e ser neste local onde ouvi pessoas a comentarem sobre o abandono do tratamento da tuberculose e alguns relatos sobre a mesma doença que vitimou três pessoas que faziam parte da mesma família

Este trabalho é de carácter etnográfico, realizado com base na observação participante e entrevistas semiestruturadas. Numa primeira fase, o estudo foi efectuado a partir da unidade sanitária 1º de Junho do posto Administrativo KaMavota, onde as pessoas vivendo com tuberculose eram ali atendidas, diagnosticadas e faziam o levantamento dos medicamentos, por vezes na escola e em outras vezes em suas próprias residências. A recolha de dados decorreu entre Janeiro-Feveireiro de 2019 na unidade sanitária 1º de Junho no posto Administrativo KaMavota, na sala sete, onde eram atendidas as pessoas vivendo com a tuberculose a nível do distrito.

Depois da conversa que tive com algumas pessoas com tuberculose (TB) no local de atendimento, estas forneceram-me alguns dos seus contactos, sendo que, outros não tinham telemóveis, o que implicava em acompanhá-los até as suas residências para posterior visitas e entrevistas. No meio das conversas com os meus informantes sobre como preparar sopa de feijão manteiga, em um dos dias, estes prepararam-na para mim, fazendo assim com que passássemos a ser mais amigos, o que facilitou a abertura por parte destes nas conversas que mantínhamos.

Deste modo, com vista a encontrar mais pacientes que sofriam da tuberculose, usei a técnica de bola de neve, o que consistiu em identificar outras pessoas com a TB que deixaram de fazer o tratamento da tuberculose (TB). Neste contexto, fui criando amizades que culminaram, em uma maior confiança por parte dos informantes que viviam com a TB que encontrei na unidade sanitária 1º de Junho.

Antes do trabalho de campo apresentei a credencial fornecida pelo Registo Académico da Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS) da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) na Secretaria da unidade sanitária 1º de Junho, depois de lido, a secretária disse-me para levar o

documento até o Conselho Municipal de Maputo para ser carimbado. No dia seguinte a secretária da unidade sanitária 1º de Junho acompanhou-me com a credencial carimbada com vista a apresentar-me a directora geral, que falou-me dos acessórios como o uso da máscara e luvas descartáveis, uso da bata que chega abaixo dos joelhos assim como sapatos fechados que devia usar quando estivesse no espaço onde eram atendidos os doentes que sofriam da tuberculose. De seguida, a secretária ofereceu-me uma máscara e apresentou-me a enfermeira que cuida dos pacientes com a tuberculose e aos activistas e conselheiras que trabalhavam directamente com a enfermeira geral da unidade sanitária.

Estando na unidade sanitária 1º de Junho, desta forma, comecei a observar os pacientes que davam entrada na sala de atendimento, a forma como os técnicos da saúde faziam o seu trabalho e como descobriam que um paciente abandonou o tratamento da tuberculose. A experiência de trabalhar na unidade directamente na sala de atendimento da tuberculose capacitou-me em termos de conhecimentos sobre adesão, abandono e os itinerários terapêuticos seguidos pelos pacientes com a tuberculose para atingir a cura, aspectos que relacionei com o que os pacientes da tuberculose diziam sobre adesão, abandono e as experiências que tiveram durante o processo do tratamento da tuberculose, durante as entrevistas que ocorriam nos dois meses.

Técnicas de recolha de dados

Para recolha de dados usei técnicas baseadas na observação participante, em entrevistas semiestruturadas e na técnica da colecta de histórias de vida. A observação participante foi amplamente usada ao longo da recolha dos dados o que ajudou-me a estar cada vez mais próxima com as pessoas que sofriam da tuberculose assim como as pessoas curadas o que permitiu-me compreender a dimensão vivencial da experiência social. Deste modo, a partir desta técnica, pautei por olhar com atenção para as interacções que ia se dando entre os pacientes, bem como entre estes e os técnicos da saúde e as famílias dos pacientes.

Para reforçar a esta técnica, realizei entrevistas semiestruturadas, onde mantinha conversas com os informantes desta pesquisa para assegurar a obtenção dos dados. Para tal, foi usado como auxílio, um guião de entrevistas que continha um conjunto de questões abertas sobre a informação que se pretendia.

Para além da técnica da observação participante e da técnica de entrevistas semiestruturadas, usou-se também a técnica da colecta de histórias de vida dos informantes, onde estes detalhavam sobre as suas vidas em forma de desabafos. A combinação destas técnicas configurou-se de grande importância, pois, esta permitiu a complementaridade no processo da recolha de dados bem como na organização dos dados e tendências. A observação participante fornece a captação das significações e das experiências subjectivas das pessoas diante a um determinado fenómeno mas não recolhe dados precisos e objectivos de um assunto como o abandono do tratamento da tuberculose. Por outro lado, as entrevistas semiestruturadas facilitam na recolha dos dados a partir dos próprios informantes.

Com recurso a entrevistas semiestruturadas foi possível entrevistar doze (12) pessoas dos quais, nove (9) mulheres e três (3) homens que sofriam da tuberculose e eram feitas nas suas residências, sendo com mais frequência na unidade sanitária onde faziam o tratamento, assim como o levantamento dos medicamentos e, algumas entrevistas eram efectuadas na Escola, no tempo de recreio. As entrevistas desenvolvidas eram feitas em língua Changana e Portuguesa, e tiveram a duração de trinta minutos.

As entrevistas com os técnicos de saúde foram realizadas na unidade sanitária, durante a hora de seu expediente. Importa referir também que, as sete pessoas com a tuberculose relataram as suas experiências desde o início do diagnóstico da tuberculose, tratamento e o processo da cura.

Análise dos dados

Para analisar os dados recolhidos recorreu-se as respostas do guião da entrevista e de observação que continha perguntas abertas onde agrupei respostas em sequência, de modo a identificar os padrões e as tendências em termos de assuntos similares e diferentes, para posteriormente elaborar os vários sub-títulos.

3.1. Constrangimentos e superação no trabalho do campo

Ao longo da realização da presente pesquisa deparei-me com três constrangimentos. O primeiro, dizia respeito numa primeira fase a dificuldade na identificação dos pacientes que sofriam da tuberculose. Sendo esta uma doença ainda carregada de muitos preconceitos e estereótipos, as

pessoas que padeciam dela não aceitavam identificar-se como tal, ou seja, como doentes em tratamento da tuberculose, o que dificultou bastante a identificação destes para as entrevistas. Com vista a superar a este constrangimento, tive uma conversa com a directora geral da unidade sanitária 1º de Junho, a qual indicou-me a enfermeira geral responsável por cuidar e diagnosticar os doentes da tuberculose. A partir desta fui apresentada a duas conselheiras que trabalhavam na parte das palestras aos doentes da tuberculose, a qual apresentava-me aos pacientes bem como explicava a estes que eu estava fazendo um trabalho com fins extremamente académicos e que nenhuma informação que eles dessem iria ser compartilhada.

O segundo constrangimento esteve relacionado a dificuldade numa segunda fase em os informantes seleccionados colaborarem nas entrevistas, pois, segundo estes, não tinham nada para contar e que, o seu tempo era escasso e, diziam que era para eu procurar outras pessoas para entrevistar. Para superar a este constrangimento comecei por auxiliar a enfermeira geral nas tarefas que incluíam o contacto directo com os pacientes que padeciam da tuberculose, o que de certa forma fez com que eu ficasse mais próxima deles, criando deste modo amizade e proximidade com eles, algo que fez com que estes passassem a ser mais abertos e com vontade de conversar comigo.

O terceiro constrangimento esteve relacionado numa terceira fase ao risco de contágio da TB o qual eu estava exposta, pois, continuamente os pacientes os quais eu entrevistava recusavam-se em colocar a máscara, tossiam, cuspiam e por vezes encostavam-me. Com vista a superar a este constrangimento, conversei com a enfermeira geral em relação as formas para eu proteger-me do contágio da TB, a qual deu um quite contendo um conjunto de máscaras o qual deveria usar nas entrevistas e no auxílio a enfermeira geral.

3.2. Descrição da área de estudo

Em termos geográficos, o local onde decorreu a observação situa-se no Bairro Ferroviário, precisamente na unidade sanitária 1º de Junho, localizado na rua do Hospital Davide, cruzamento com a Rua da Beira, no distrito municipal KaMavota, na província de Maputo. Para o acesso a unidade sanitária 1º de Junho existem um total de duas entradas, nomeadamente: há da rua do Hospital Davide e a da rua 4342. A unidade sanitária 1º de Junho está localizada entre a igreja

Evangélica Siao Internacional e o campo Ferroviário das Mahotas. A Unidade Sanitária 1º de Junho funciona em um edifício dividido em quatro secções, sendo uma sala destinada a testagem e análises, uma sala para maternidade, uma sala para pesagem de crianças e mulheres grávidas e uma sala para o aconselhamento e palestras.

A unidade sanitária 1º de Junho conta com um total de 15 funcionários, sendo, quatro enfermeiros que trabalham na área de testagem e análises, duas parteiras na área da maternidade, uma enfermeira geral que trabalha na área de atendimento dos pacientes com a tuberculose, uma directora geral da unidade sanitária, duas técnicas que trabalham na área da pesagem de crianças e mulheres grávidas e, três activistas e duas mães conselheiras que trabalham na área de aconselhamento e palestras aos pacientes com tuberculose.

Capítulo 4. Trajectória dos pacientes infectados pela tuberculose

Este capítulo analisa a trajectória dos pacientes infectados pela tuberculose desde a descoberta da existência da doença no seu organismo, os sintomas, o diagnóstico e o tratamento da mesma na unidade sanitária.

4.1. Descoberta dos sintomas da tuberculose

Este sub-capítulo analisa os relatos das pessoas referentes a descoberta dos sintomas que tiveram antes de terem sido diagnosticadas pela tuberculose como Marta, de 15 anos de idade, relatou:

No início da doença, eu sentia dores de cabeça fortes, não tinha apetite de comer qualquer coisa que minha mãe preparava para mim. Eu ficava deitada na cama todo momento não aguentava estar de pé e por conta disto emagreci muito, nas noites sempre que dormisse transpirava e aí minha mãe começou a si preocupar.

Marta revelou observar vários sinais que perturbavam a sua saúde e que determinaram a existência da tuberculose no seu organismo. Wendling (2011) mostra que o doente vivencia um interminável ciclo de sinais e sintomas visto que, o doente é atacado por acessos de tosse, recupera a sua respiração, respira normalmente e recomeça a tossir sucessivamente. Os sinais mencionados por Marta despertaram a atenção de sua mãe Belga, de 61 anos de idade, que disse:

Sempre quando uma pessoa tem a tuberculose sente muita coisa no seu corpo como a tosse seca ou com secreção que possa ser espessa ou até sanguinolenta, quando estiver a caminhar perde força (cansaço excessivo), sente um aperto ao respirar (falta de ar) e nas tardes começa a ter febre baixa e muita das vezes transpira fazendo calor assim como não, perde apetite, peso e todos esses sinais o corpo reclama “emagrecimento”.

Belga argumentou que o aparecimento da doença trouxe consigo vários sinais que despertam a atenção de quem sofre desta doença, o que influencia na decisão de início do tratamento. Wendling (2011) explica que antes de iniciar com o esquema da medicação é necessário orientar o paciente quanto a duração do tratamento para isso deve-se explicar em linguagem simples e compreensível sobre as características da tuberculose e o processo do tratamento. Ana, de 42 anos de idade, contou:

Sim, meu marido morreu vítima desta doença. Quando actuou em mim também, pensei que fosse uma tosse normal que em algum momento poderia passar. Fervi limão, juntei com um pouco de mel como forma de livrar-me da tosse e também como era tempo de frio (fazia muito frio) a tosse, só continuava. Passando três semanas e alguns dias já para um mês aí, estranhei porque já cuspia “xikharamba ni ngatinhana” que significa escarros com um pouco de sangue.

A afirmação de Ana mostra que, por não saber da sua situação de saúde usou meios caseiros, com vista a amenizar os sintomas da tosse em tempos de frio, pois, não sabia que tinha a tuberculose. Esta atitude culminou com o aparecimento de escarros sanguento que despertou a sua atenção. Glowka et al. (2020) a partir de um estudo realizado na Alemanha, os autores explicam que as plantas medicinais são utilizadas como alternativa terapêutica para o tratamento de várias doenças., Os autores observaram que existia uma utilização contínua de remédios caseiros (42%), preferencialmente para iniciar o tratamento de doenças comuns evitando o uso de medicamentos alopáticos. Os autores notaram que pessoas do sexo feminino, com idade avançada são as principais usuárias de remédios caseiros. É de destacar que, o aparecimento dos sintomas por vezes faz com que as pessoas procurem a unidade sanitária. Mário, de 30 anos de idade, disse:

Ouvi falar da tuberculose quando fiquei doente. Houve um tempo, em que minha ex-esposa tossia e ao mesmo tempo cuspia escarros, em changana “xikharamba que significa escarros” só que não me importava tanto assim. Pensei que fosse uma tosse passageira. Isso foi depois de ter o nosso filho que agora tem 11 anos de idade.

A afirmação de Mário demonstra que a sua ex-esposa foi responsável pela contracção da doença, o que leva Mário a relacionar o tempo com os sintomas da tuberculose. Fogaça (2018) mostra que o paciente que tem a tuberculose ao realizar falar, espirar ou tossir liberta as gotículas pequenas que contém o bacilo da tuberculose causando uma contaminação directa visto que, o sujeito infectado com tuberculose estimula a imunidade celular. Matilde, de 59 anos de idade, contou:

Nós trabalhamos com suspeitas duvidosas. Quando aparece um paciente com algumas características como: tosse e a sua caminhada lenta mas o que chama a nossa atenção é o emagrecimento fora do normal. Convidamos-lhe para conversar sobre o que está sentindo, depois mobilizamos para que faça exame da tuberculose, ou seja, o guest expert e B-kp que significa recolher e enviar amostra de expectoração para laboratório. Oferecemos ao paciente dois (2) frascos para fazer uso depositando escarros em cada um deles durante dois dias seguidos, antes de dormir limpar os dentes e depositar escarros assim como na madrugada antes de comer alguma coisa). E se não acusar a tuberculose passamos para outro exame de Rx e não acusar também levamos para Doutor onde vai ser submetido paciente ao teste de HIV. Porque a tuberculose assim HIV são doenças que sempre estão juntas. Quando é descoberto HIV não suspendemos exames da tuberculose assim quando é tuberculose, o teste de HIV continua também.

O depoimento de Matilde permite compreender que, todos os pacientes suspeitos são aconselhados e submetidos aos exames para a detecção da tuberculose. Neste contexto, segundo a informante, existem alguns procedimentos que os pacientes devem seguir e orientados para serem posteriormente diagnosticados. Wendling (2011) explica que o diagnóstico da tuberculose deve ser sempre seguido pelo exame físico do paciente e a radiografia de tórax que pode auxiliar no diagnóstico visto que o escarro observado é o diagnóstico laboratorial prioritário porque permite descobrir o paciente que elimina bacilos evitando assim a contaminação da doença para outras pessoas.

Os dados analisados neste sub-capítulo permitem compreender o percurso da descoberta dos sintomas no organismo dos pacientes com a tuberculose e este conjunto de sintomas constituem factores primordiais que fazem com que os indivíduos dirijam-se as unidades sanitárias, onde de seguida faz-se o diagnóstico da tuberculose. Nesta ordem de ideias, relatos de sintomas como a tosse constante, vômitos, febres, falta de apetite, a perda de peso contínua são considerados como factores suspeitos que fazem com que os indivíduos se preocupem com a sua própria saúde.

4.2. Diagnóstico da tuberculose na unidade sanitária

Este sub-capítulo examina os relatos das pessoas diagnosticadas com tuberculose na unidade sanitária. Mário, de 30 anos de idade, contou:

Fiz exame de tuberculose e teste de HIV só que não tive logo os resultados e nem no mesmo dia. Os enfermeiros disseram para eu chamar minha esposa (antiga esposa) para hospital e ela não aceitou afinal já medicava nas escondidas e disse que não tinha motivo de ir ao hospital porque quem estava doente era eu. Dia seguinte fui falar com a conselheira sobre a resposta por sua vez falou dos resultados e pediu para que começasse com o tratamento da tuberculose e de HIV. Fiquei muito espantado como minha esposa teve coragem de não informar sobre as doenças que tem? Quando voltei para casa perguntei a ela sobre as doenças e abriu-se comigo dizendo que teve medo de eu separar-me dela. Mas com ajuda das conselheiras tudo ocorreu muito bem.

Mário mostrou que o diagnóstico da tuberculose fez com que ficasse desconfiado, e que procurasse explicações sobre os motivos de seu mal estar com a sua esposa, dado que a mesma não aceitou acompanhá-lo ao hospital. Com o diagnóstico da tuberculose e de HIV na unidade sanitária, Mário deu início ao tratamento da tuberculose e HIV. Fogaça (2018) diz que no que diz respeito ao tratamento da tuberculose e HIV um dos grandes desafios é o seu diagnóstico visto que os pacientes não procuram frequentemente aos serviços de saúde onde poderiam receber a atenção dos profissionais assim como a orientação do tratamento. Ana, de 42 anos de idade, afirmou:

Depois que descobri que tinha a tuberculose, os enfermeiros aconselharam-me a não contaminar os outros, deveria assim passar a usar a máscara ou um lenço quando estiver a falar ou tossir. A loiça que usamos devíamos lavar muito bem com água e sabão. Falaram de fazer limpeza em casa principalmente nos quartos e abrir as janelas. Mas isso serviu como lição para mim porque não seguia correctamente os conselhos dados no hospital quando meu marido estava doente e quando dei parto aos nossos meninos levei junto ao hospital para serem controlados também e eles não sofrem em nenhuma das doenças.

Ana partilhou ensinamentos transmitidos pelos técnicos de saúde para evitar o alastramento da tuberculose no seio de sua família. Rocha (2010) refere que a melhor maneira de prevenir a contaminação pela tuberculose é a realização do diagnóstico e tratamento precoce que só poderá ser feito a partir do momento que os pacientes tiverem consciência da importância de procurar

regulamente um serviço de saúde de atenção básica mais próxima da sua casa e outras medidas para prevenir. Marta, de 15 anos de idade, contou:

Por ser uma doença perigosa que exige muitas regras. Quando estiver em casa ou na escola sou obrigada a tapar a boca com a máscara ou lenço e não as mãos por causa da saliva que tiro quando estou a falar e em algum momento posso esquecer-me de lava-las muito bem e tocar alguém assim estaria a lhe contaminar e quando estiver a respirar também já com o lenço ou máscara é seguro.

Marta mostrou ter noção do contágio da tuberculose e dos cuidados que deve ter para não contaminar os outros. Wendling (2011) argumenta que o indivíduo permanece como reservatório da doença quando não segue com o tratamento contribuindo desta forma para o aumento da prevalência da doença, como também transmite a outros indivíduos o bacilo da tuberculose mantendo assim a cadeia de contágio, mas uma das importantes formas de não transmissão do bacilo é o tratamento completo. Mário, de 30 anos de idade, relatou:

Tendo a tuberculose o doente deve saber se cuidar quando estiver no meio das pessoas mesmo sabendo que a pessoa com quem está tem tuberculose porque pode vir a agravar-se cada vez mais do lado dela. Pessoas do hospital sempre falam dos riscos da tuberculose. Eu não ficaria feliz por contaminar os outros ou piorar a saúde deles. Todos somos irmãos e devemos seguir as orientações do pessoal da saúde.

Mário enfatizou a necessidade de proteger os outros na condição em que se encontrava de doente de tuberculose. Fogaça (2018) afirma que o método de tratamento directamente observado tem como objectivo tornar o profissional da área da saúde mais próximo da vida do paciente e de sua família, com o intuito de incentivar a continuação do tratamento da tuberculose interrompendo a propagação do bacilo resistente. Marta, de 15 anos de idade, disse:

Em 2016 fiquei muito doente até que minha mãe e minhas primas levaram-me para hospital e lá a enfermeira tirou me sangue. Dia seguinte voltamos para levar resultados onde minha mãe saiu da sala a chorar acompanhada pela conselheira. Depois sentaram onde estávamos e a conselheira disse tenho tuberculose e HIV e comecei a medicar até hoje. Por semana vou duas vezes levar comprimidos e nesses dias não vou a escola

devido o tempo. Antes vinha levar para mim meu irmão agora que trabalha eu é que venho. Sempre fazem palestras sobre tuberculose e dizem para não desistirmos de fazer o tratamento.

Marta mostrou que quando esteve doente contou com o apoio dos seus familiares, e também dirigiu-se à unidade sanitária onde teve o diagnóstico positivo de tuberculose, de seguida recebeu aconselhamento para não abandonar o tratamento. Fogaça (2018) explica que o itinerário terapêutico desenvolvido nas unidades sanitárias permite que pacientes e seus familiares se beneficiem do conhecimento obtido nos vários momentos de contacto com o serviço, recebendo esclarecimentos sobre a doença e avaliando do tratamento recebido. Telma, de 28 anos de idade, disse:

Quando descobrimos que é tuberculose, os pacientes passam dos conselheiros e depois deixam os números dos telefones deles ou de uma das pessoas da sua confiança com os activistas. São esses contactos que nos permitem chegar em casa de cada paciente para recolher as informações sobre a sua saúde, verificar se seguem com as recomendações dos conselheiros e posteriormente controlar a reacção dos comprimidos. Esta pessoa da confiança do paciente vai levantar por sua vez os comprimidos mas há casos em que o paciente diz que não tem ninguém, aí nós é que vamos deixar os comprimidos. Temos visitado sempre os doentes da tuberculose.

Telma demonstrou que os técnicos de saúde fazem o aconselhamento após o diagnóstico aos doentes e também dão assistência aos utentes. É desta forma que os técnicos de saúde entram em contacto com os pacientes para melhor controlo do tratamento dos pacientes. Wendling (2011) enfatiza que os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental no processo do tratamento da tuberculose no que diz respeito ao diagnóstico, a supervisão na tomada dos medicamentos até a cura do paciente. Osvaldo, de 33 anos de idade, explicou:

Quando a doença começou a actuar em mim, fiquei limitado em conversar com as pessoas, assim, tinha que constantemente tapar a boca em casa assim como na escola. Eu gostava de andar sem chinelos nas manhãs quando estivesse na minha zona. É normal alguém ficar gripado e cuspir escarros no chão sem nenhuma importância mas quando já se trata de doença que leva tempo para se curar fico com medo de cuspir escarros no

chão e devo andar sempre com frasco. Quando estou num lugar fechado procuro abrir as janelas para sair e entrar o ar. Doente deve fazer tudo isso. Outras coisas não sabemos mas os profissionais da saúde dizem isso todos os dias que vamos ao hospital. Cabe cada doente seguir esses ensinamentos.

Oswaldo mostrou que foi possível compreender que os padecem de tuberculose tem oportunidade de obter um conjunto de informações, após o diagnóstico da doença, o que faz com que estes protejam-se a si mesmos e aos outros. Tal entendimento por vezes tem sido ignorado por outros pacientes, fazendo deste modo que estes contaminem aos outros. Fogaça (2018) diz que o farmacêutico exerce função de informar o paciente sobre a doença que paciente possui tem cura desde que o esquema terapêutico seja realizado correctamente e é, importante aconselhar o paciente que mesmo havendo a melhoria o bacilo da tuberculose ainda esta presente no organismo. Mário, de 30 anos de idade, disse:

Antes de interromper com o tratamento da tuberculose eu brincava normalmente com meu filho, comíamos no mesmo prato, mas quando descobri que tenho a doença passei a evitar enquanto já era tarde de mais. Meu filho ficou doente levei ao hospital onde fez exames de tuberculose e teste de HIV. Dia seguinte voltei com ele ao hospital para levar os resultados e era negativo HIV e positivo tuberculose, a enfermeira disse que eu é que contaminei porque a tuberculose em mim não passou por completo.

Mário mostrou que depois de ter sido diagnosticado com tuberculose e não ter completado com o tratamento acabou contaminando o seu filho. Rocha (2010) argumenta que a interrupção do tratamento da tuberculose levou a uma maior disseminação do bacilo em razão de os doentes permanecerem como fonte de contágio e contribui para a resistência da terapia e o aumento do tempo. É de destacar que, após feito o diagnóstico da tuberculose e do HIV e, por sua vez estes apresentarem-se como positivos, relatos há de mau estar por parte dos doentes, bem como de abandono por parte dos familiar.

O ambiente social é visto como um dos factores que influencia na fraca aderência ao tratamento da tuberculose. Os doentes de tuberculose mencionam que em alguns casos são abandonados

pelas suas famílias pela natureza da doença que modifica o corpo físico dos doentes. Campani (2009) afirma que os factores preditores do abandono de tratamento da tuberculose são os caso de pacientes com associação da TB/HIV e que estão fora do convívio familiar (exclusão familiar). Amélia, de 21 anos de idade, afirmou:

Sou seropositiva de HIV e tenho tuberculose. Quando morreram os nossos pais a família abandonou-nos e nem vem nos visitar mais. Nunca fui acompanhada ao hospital porque meu irmãozinho sai cedo e volta tarde do seu trabalho. Deixei muito cedo de estudar e meu irmãozinho também. Eu sentia muita coisa no meu corpo como dores de cabeça, vômito, diarreia, fraqueza e emagreci de repente mas não tossia.

Amélia demonstrou que ao ser contaminada com tuberculose e HIV sentiu-se abandonada pela sua família, motivo este que a levou e o seu irmão mais novo a abandonar a escola. Fogaça (2018) mostra que os factores socioeconómicos como: a baixa escolaridade, baixa renda, moradia precária e a co-infecção pela TB/HIV contribuem para o abandono familiar por parte dos pacientes que sofrem da tuberculose.

O apoio família no momento do tratamento da tuberculose tem desempenhado um papel fundamental na adesão ao tratamento, pois, tal como é relatado pelos activistas, a não presença da família tem contribuído no abandono do tratamento dos pacientes. Rocha (2010) explica a falta de apoio da família tem sido um factor que cria obstáculo no acesso do doente na unidade sanitária por medo de repressão, isolamento e estigma por parte da sociedade.

Os dados analisados neste sub-capítulo permitem compreender que os indivíduos são diagnosticados como pacientes com a tuberculose nas unidades sanitárias. Este processo dá espaço ao início do tratamento e contacto com os responsáveis do aconselhamento e palestras, onde a partir daqui pacientes passam a ter um conjunto de ensinamentos relacionados ao tratamento da doença bem como aos cuidados com vista a não infectar os outros.

4.3. Tratamento da tuberculose unidade sanitária

Este sub-capítulo explora o processo de tratamento de tuberculose na unidade sanitária seguido pelas pessoas entrevistadas. Marcelo, de 32 anos de idade, contou:

Assistimos muitos casos de abandono do tratamento de tuberculose. Alguns dos nossos

pacientes vivem sozinhos e o facto de viver sozinho contribui para que o paciente abandone o tratamento porque não se alimenta perfeitamente e não tem ninguém por perto para cuidar e mobilizar este doente embora temos pacientes que vivem sozinhos mas nunca abandonaram o tratamento. Estes pacientes que vivem sozinhos e abandonam apontam suas famílias de contribuir no abandono do tratamento deles porque se sentem sozinhos e envolvem-se nas drogas. Quando visitamo-nos percebemos que não estão medicando da maneira que recomendamos se auto-medica. Não procuram saber dos técnicos se devem continuar ou não com a medicação. Certos problemas que dificultam a adesão, assistimos quando paciente tem tuberculose resistente.

Marcelo mostra que alguns pacientes da tuberculose não têm tido assistência por parte dos familiares, o que tem contribuído de grande forma para o abandono, a auto medicação e o uso de drogas por parte destes, algo que faz com que a sua saúde fique cada vez mais comprometida. Oliveira (2018) explica que os grupos de pacientes que abandonam o tratamento de tuberculose são pacientes excluídos pelos familiares, os privados de liberdade, os usuários de drogas, os moradores de rua e também os portadores de HIV. Fernanda, de 48 anos de idade, disse:

No hospital os enfermeiros disseram-me que, o meu actual marido tem o HIV e, na igreja os pastores faziam orações alegando que são maus espíritos que estavam a lhe incomodar. Tempo depois meu marido já não queria saber mais da igreja dizendo que a igreja só quer o nosso dinheiro e também dizia que, os comprimidos lhe deixavam com alergia e quanto mais fazia tratamento só piorava.

Fernanda mostrou que o seu marido teve, num primeiro momento, a igreja como o primeiro local onde ia buscar cura da tuberculose com base em orações que recebia, mas por não obtê-la este descreditou a igreja e passou a usar os remédios receitados pela unidade sanitária. O marido de Fernanda alegou que os remédios não surtiam resultados esperados. Wreford (2007) argumenta que os médicos e os curandeiros devem desenvolver relações profissionais para compreender melhor a complexidade dos itinerários terapêuticos dos doentes. Ana, de 42 anos de idade, narrou:

Foi muito triste para mim na altura, não tinha ninguém para cuidar de mim e nem dos meus filhos. Minha família abandonou-me no momento é que tanto precisava de ajuda

dela. Se não fosse igreja universal como estaria com os meus filhos pequenos quando eu fazia tratamento da TB no hospital? Existe família que abandona quando alguém fica doente e pior quando não tem dinheiro. Ajudei uma das minhas irmãs quando estava na África de sul internada num dos hospitais e eu não tinha nada, mas contribui. Quando fiquei internada no hospital de Mavalane também, nem se quer ela veio a visita. Minha família agora são os irmãos da igreja, e eu tenho fé que pela graça de Deus já estou curada.

Ana encontrou apoio na igreja e a considerou como nova família pelo facto de a ter ajudado no momento em que a tuberculose a afligia. Enquanto seguia com o processo de tratamento da tuberculose no hospital, pois os seus familiares a abandonaram. Araújo et al. (2017) indica a necessidade explícita de se ter estudos ligados a assistência mais interactiva e humanizada que culmine na conclusão do tratamento da tuberculose, como a capacitação de profissionais que enfatizam a humanização da assistência estabelecendo a relação entre os profissionais de saúde e paciente, durante o processo de tratamento. Belga, de 61 anos de idade, afirmou:

Tenho assistido casos em que pacientes, consomem ervas ou raízes o que só piora a doença e chega ao hospital já grave. Há casos também, em que o paciente só da entrada no hospital quando cospe escarros ensanguentados e quando se trata de escarros sem sangue não aparece diz que é normal vai passar. Quando fazemos palestras perguntamos, existem doentes com tosse a mais de duas semanas? Poucos denunciam-se e muitos ficam no silêncio evitando tossir naquele momento de palestras, outros saem como se fosse a irem para casa de banho ou noutra lugar. E quando se trata de emagrecimento rápido ali os pacientes vem a correr mas não exactamente nos nossos estabelecimentos mas sim, nas consultas normais. Eles dão voltas por isso que saímos do nosso local de trabalho a busca desses doentes que têm receio de aproximar-nos. Dialogamos sempre com os nossos pacientes acerca da doença.

Belga notou que quando a tuberculose perturba a saúde, as pessoas conciliam o tratamento do curandeiro com os da unidade sanitária, o que os técnicos de saúde acreditam criar outros problemas, como é o caso do sangramento durante a tosse (cf. Wreford 2007). Osvaldo, de 33 anos de idade, disse:

Eu recordo-me que no princípio fiquei muito doente até fui internado três meses no hospital, enquanto faziam análises e testes. Depois a enfermeira disse-me que deveria iniciar com o tratamento, a conselheira veio buscar-me e sentamos num lugar onde explicou-me sobre as formas de contrair, contaminar, evitar e proteger os outros da tuberculose. Essas coisas de ir para o curandeiro não é com migo, eu não acredito em curandeiros, aqueles senhores só sabem enganar as pessoas, e eu opto muito em seguir aquilo que me dizem no hospital, olha moça, essa doença aqui não é brincadeira, isso aqui mata. Sempre que viesse minha família, amigos assim como colegas eu aplicava aqueles conselhos. Eu não queria vitimar ninguém da doença que tinha. Todo apoio que recebi foi importante para a minha recuperação. Depois de ter alta fui transferido para Hospital 1 de Junho para passar a levar os comprimidos. Passado um tempo comecei a medicar a sério, nunca falhei com os medicamentos e hoje me sinto bem melhor.

Oswaldo valeu-se das orientações fornecidas pelos enfermeiros, durante o diagnóstico e tratamento da tuberculose, o que possibilitou o alcance da melhoria de sua saúde. Rocha (2010) diz que o tratamento e cura da tuberculose depende da decisão do doente em cumprir correctamente com as orientações do tratamento proposto. Adicionado a isso a responsabilidade dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência a esse doente em avaliar a realizar intervenções para o melhoramento do doente. Mariana, de 43 anos de idade, disse:

Já tive alguns casos de doentes que não medicavam e nem apareciam ao hospital durante a data que marcamos para voltar aqui, então acabamos por concluir que o paciente abandonou o tratamento da tuberculose. Os activistas continuamente vão ao encontro destes pacientes, embora que alguns pacientes vivem sozinhos e dificultam o nosso trabalho na medida em que quando entramos em contacto com estes, uns dizem que não estão em casa ou desligam telemóveis e outros quando são visitados pela equipa dos activistas são solicitados a comparecer a unidade de saúde, mas, quando chegam aqui já vem bêbados porque dormiram bêbados. Muitas das vezes são jovens que vem drogados. Assim torna difícil colaborar com eles mas nunca desisti de mobilizar a seguirem com os tratamentos até o fim.

Mariana mostrou que o abandono do tratamento da tuberculose tem sido algo frequentemente relatado pelos enfermeiros. Os enfermeiros e tem tentado devolver os pacientes ao tratamento. Oliveira (2018) verificou que a maioria dos casos de abandono de pacientes de tuberculose ocorre nos primeiros meses do tratamento sendo ser importante que os profissionais de saúde identifiquem os factores de risco. Belga, de 61 anos de idade, mostrou:

Existem pacientes que aparecem aqui a apresentar um estado de saúde muito crítico porque abandonaram o tratamento na unidade sanitária, isso porque dizem que não ficam curados nos hospitais e vão seguir com o tratamento nos curandeiros por serem questões tradicionais. Digo isso porque, nós receitamos os comprimidos da tuberculose aos nossos pacientes e eles não voltam aqui para levarem os comprimidos, e assim, seguem com o tratamento nos curandeiros. Mas os doentes que cumprem até ao fim do tratamento ficam completamente curados.

Belga demonstrou que os enfermeiros têm conhecimento suficiente, de que os seus pacientes por vezes procuram nos curandeiros como uma forma alternativa para atingir a cura da tuberculose. Neste processo, quando os curandeiros não conseguem resolver o seu problema de saúde, estes voltam a unidade sanitária num estado crítico. Wreford (2007) diz que os médicos devem começar a compreender, que muitos dos seus doentes acreditam que os métodos e práticas tradicionais funcionam realmente e podem ser efectivamente incorporados nas intervenções médicas, porque os pacientes quando não conseguem a cura voltam para o hospital num estado grave de sua saúde. Mário, de 30 anos de idade, disse:

Antes de ser internada no hospital minha antiga esposa deitava comprimidos, ela andava nas festas com as suas amigas e voltava bêbada. Só que depois de algum tempo ela teve recaída e ficou internada no hospital, mesmo assim ela não medicava. Quando fui, lhe visitar uma das enfermeiras disse-me que ela escondia os comprimidos na almofada logo conversei com ela para medicar e não dar trabalho aos médicos. Meses depois, ela melhorou e teve alta e voltou para casa dos pais e, quando chegou lá eu sempre lhe dizia para continuar com os tratamentos, só foi assim que ela conseguiu ficar bem. Olha que ela foi a primeira quando estávamos juntos a contrair a tuberculose em relação a mim, mas como eu medicava muito bem fiquei curado antes dela.

Mário narrou que preocupava-se com a saúde da sua ex-esposa, pois, estando os dois contaminados com a tuberculose, a esposa não seguia com o tratamento abandonando-o e deixando de lado os comprimidos, o que fez com que a saúde desta piorasse. Mas, só a partir da retoma ao hospital por parte da ex-esposa de Mário bem como pelos conselhos dados que, esta passou a registrar melhorias no tratamento da tuberculose. Burke (2011) afirma que o abandono do tratamento, por parte dos pacientes, associa-se com o momento em que os sinais e sintomas desaparecem. Essa melhora clínica aparece, nos primeiros meses de tratamento, induz aos pacientes a se sentirem curados.

As experiências vivenciadas pelos pacientes no tratamento da tuberculose mostra que existe um contexto sociocultural em que estes estão inseridos que influencia no diagnóstico e tratamento da tuberculose. A experiência do tratamento da tuberculose é continuamente confrontada por diferentes itinerários construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas. Alves (1993) define a experiência de uma determinada doença como os meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio da mesma (doença). Marcelo, de 32 anos de idade, explicou:

O tratamento da tuberculose varia entre três (3) meses a seis (6) meses isso quando os pacientes seguem com os tratamentos devidamente. Esta fase é considerada a fase sensível da tuberculose porque leva pouco tempo para a cura da tuberculose e quando isso não acontece o bacilo da tuberculose resiste no corpo e leva mais tempo fazendo o tratamento que varia de doze (12) meses, um (1) anos e seis (6) meses até dois anos no máximo. É na segunda fase que a "tuberculose resistente" que assistimos a maior probabilidade de abandono do tratamento devido ao número de comprimidos que os nossos pacientes devem consumir por dia.

Marcelo mostra existir um tempo estabelecido para seguir com o processo do tratamento completo da tuberculose por parte dos pacientes que sofrem da doença. Wendling (2011) diz que o esquema terapêutico utilizado no tratamento da tuberculose é de curta duração, com o tratamento de seis meses que combina vários medicamentos que inclui a rifampicina, hidrazida e pirazinamida. Belga, de 61 anos de idade, disse:

Nós sempre informamos aos nossos pacientes que, não devem deixar de medicar sem

falar connosco. E desta forma sempre fazemos palestras de aconselhamento. O processo do tratamento da tuberculose é rápido quando os pacientes cumprem exactamente com as nossas recomendações caso contrário irão levar mais tempo para ficarem curados.

Belga afirmou que os pacientes quando desistirem de seguir com as recomendações do tratamento da tuberculose, mais tempo levam para alcançar a cura da doença. Rocha (2010) refere que a interrupção do tratamento da tuberculose leva a maior disseminação do bacilo e cria resistência fazendo com que o tempo para atingira cura da doença seja longo que o esperado.

Os dados analisados neste sub-capítulo permite compreender que, em seu quotidiano, os pacientes da unidade sanitária seguem a um conjunto de parâmetros traçados pelos técnicos da saúde desde o diagnóstico até ao tratamento da tuberculose. Os técnicos da saúde desempenham um papel preponderante no que diz respeito ao seguimento do tratamento dos pacientes na unidade sanitária para que não haja abandono neste processo isto porque, existem pacientes que vivem sozinhos e é, difícil o seu controle.

4.4. Diagnóstico da tuberculose no curandeiro

Este sub-capítulo analisa os relatos dos pacientes de tuberculose diagnosticados no curandeiro. Raquel, de 55 anos de idade, relatou:

Minha filha, esta doença da tuberculose é muito assustadora quando meu actual marido ficou doente fomos fazer consulta num senhor curandeiro que vivia na altura em Katembemas, era natural de Inhambane. Quando lá chegamos eu e meu marido encontramos o senhor na casa e explicamos o que acontecia connosco aí, ele perguntou-me se havia perdido alguém da minha família e eu respondi que sim, perdi meu antigo marido. Aí, perguntou-me também se havia comprido com a tradição de kuabamagufa e eu respondi que não. Logo disse que deveria seguir com a tradição mais rápido possível. Então, no mesmo dia marcamos a data da realização da tradição onde informamos as nossas famílias para estarem presente no dia.

Raquel permitiu compreender que, quando o seu marido adoeceu foram ao *tinyanga* para perceber o que estava a acontecer com a sua saúde. Raquel, recebeu recomendação de usar *kuabamagufa* para se curar da tuberculose. Fernanda, de 48 anos de idade, disse:

Quando meu esposo teve problema da tuberculose eu fiquei assustada com o medo de lhe perder também porque o meu primeiro marido morreu vítima de diabete. Assim, eu e meu actual esposo fomos a um curandeiro indicado por minha sogra. Quando chegamos lá, o senhor curandeiro disse o seguinte: eu sei o que querem e depois perguntou-me o seguinte: porquê não trataram a muito tempo isto? Depois disse que temos que seguir com a tradição de kuabamagufa e nesse dia marcamos para dia seguinte onde reunimos familiares e explicamos o que encontramos naquele curandeiro.

O depoimento de Fernanda permite perceber que, depois de seu marido ter sido diagnosticado com tuberculose, ela decidiu seguir com o tratamento no *tinyanga* para libertar. De acordo com Nunes (1997) a procura de curandeiros, pelas pessoas que sofrem algum infortúnio depende, essencialmente dos modelos explicativos usados para a doença em causa. Assim, cada pessoa cria o seu próprio modelo explicativo acerca da sua afecção e é a partir daí que decide qual o itinerário terapêutico que deve percorrer. Ana, de 42 anos de idade, contou:

Quando minha irmã tornou-se viúva foi casar com um homem de Inhambane e ela passou por processo de kuabamagufa. O marido ficou muito doente, tinha uma tosse muito estranha mesmo, até que foram a um curandeiro em Boane esse disse que tinham que seguir com a tradição isso porque não seguiu com a tradição quando o antigo marido morreu. Minha irmã e meu cunhado vieram nos informar sobre a cerimónia e nós como família fomos e acompanhamos tudo de perto. O tratamento aconteceu num único dia. O meu cunhado hoje está bem desde que fizeram o tal tratamento.

Ana mostra que seguir com o *kuabamagufa* funcionou para resolver o problema de saúde do marido de sua irmã. Ana acreditou que o seu cunhado estaria completamente curado da doença. Alves (1993) explica que as pessoas no dia-a-dia seguem um conjunto de práticas culturais para interpretar um determinado episódio de doença visto que, são socialmente construídos.

Os dados analisados neste sub-capítulo permitem compreender que, certos pacientes abandonam o tratamento fornecido pela unidade sanitária e seguem com o tratamento tradicional. A ideia de que a viúva transmite a tuberculose para o seu novo marido após o seu falecimento tem sido algo que as pessoas acreditam porque as viúvas, principalmente no sul de Moçambique, são forçadas, pela família do marido a manter relações sexuais com um dos irmãos do falecido marido, com o

intuito de purificar a família. Esse processo por vezes culmina na infecção de doenças de transmissão sexual incluindo o HIV que tem sido associado a doentes de tuberculose.

4.5. Tratamento da tuberculose no curandeiro

Este sub-capítulo analisa o tratamento da tuberculose seguido pelos pacientes no curandeiro. Nesta ordem de ideias, locais como o *tinyanga* apresenta-se como um ponto preferencial para a obtenção da cura da tuberculose. Assim, notou-se que existem relatos apontando para a multiplicidade de caminhos que os doentes recorrem para o tratamento como Raquel, de 55 anos de idade, disse:

Depois de eu e o meu actual marido abandonarmos o tratamento por completo no hospital, tivemos que procurar o tinyanga da família, que vive perto do nosso bairro, onde expliquei a nossa situação a ele, então ele recomendou-nos para nós fazermos o kuabamagufa para curarmos dessa doença. Daí, eu e o meu cunhado, irmão do meu antigo marido, tivemos relações sexuais no quarto onde eu dormia com o meu falecido marido. Na madrugada da segunda-feira tomamos banho numa bacia depois levamos a mesma água do banho e espalhamos em todos os cantos da casa e sobre os bens deixados pelo meu falecido marido e ao mesmo tempo eu dizia: conheça e aceite o meu actual marido pois seu irmão somente está ajudar a libertar todos os males que afectam nossa família e o meu actual marido não fará uso dos mesmos. Depois preparamos chá e servimos a todos que estavam fora a nossa espera. A partir desse dia eu e meu actual marido ficamos curados da tuberculose.

Raquel mostrou que para alcançar a cura de tuberculose, optou em seguir um conjunto de procedimentos passados pelos *tinyanga*, o que incluía romper com o tratamento iniciado na unidade sanitária e deitar-se com o seu cunhado mais novo, como forma de afastar-se das impurezas, bem como para obter a cura da tuberculose. Prochet e Silva (2008) afirmam que a cultura fornece os elementos para que os acontecimentos ao longo da vida e as práticas de saúde sejam compreendidos e aceites. No entanto, essas práticas são diversas. Fernanda, de 48 anos de idade, relatou:

Minha filha, a tuberculose é curada de várias formas. Há aquela que só é tratada no hospital com aqueles enfermeiros e existe uma outra que tratada tradicionalmente nos

curandeiros, por exemplo quando a mulher nega de fazer o kuabamagufa automaticamente apanha a tuberculose assim tem que ir até no curandeiro para curar isso. Os dois tipos de tuberculose são complicados e matam se não obedecer com as regras dos médicos ou dos curandeiros. Somos pessoas e devemos cuidar da nossa saúde.

Fernanda mostrou que, tratou a tuberculose no *tinyanga*. Segundo informante existe uma tuberculose que é tratada no hospital e a outra que é tratada no *tinyanga*. Ribera (2007) explica que a medicina tradicional compartilha valores sociais, crenças e a maneira de ver o mundo com seus doentes desta forma, o ser humano se preocupa e trata a doença de acordo com o contexto social onde se encontra inserido. Raquel, de 55 anos de idade, relatou:

Primeiro levei o meu actual marido, com quem tive kuabamagufa para a igreja universal, onde lá não tivemos sucesso mas íamos ao hospital também. As enfermeiras sempre diziam que ele sofria de HIV mas também fazia tratamentos. É quando conversei com meu marido sobre o ritual que eu não tinha seguido quando faleceu o meu antigo marido vítima da tuberculose, e eu lhe disse que eu tinha que seguir esta tradição e ele aceitou logo, fui ter com o meu cunhado, que é irmão mais velho do meu falecido marido onde entramos em reunião com família do falecido para marcar a data da cerimónia. Chegando o dia despedi meu marido actual e fui tratar a tradição.

Raquel mostrou que pelo fato de seu actual marido estar infectado por tuberculose, esta acreditava que, a tuberculose que o afligia só pode ser tratada por meio do ritual tradicional, que incluía no caso concreto, manter relações sexuais com o irmão mais novo do seu antigo marido, como forma de purificar-se e ai livrar-se da doença. Martins e Iriart (2014) dizem que os pacientes percorrem um longo itinerário terapêutico até a realização do diagnóstico.

Dado a sua crença bem como a eficácia do tratamento antes escolhido, os indivíduos procuram outros meios alternativos com vista a atingir a cura, deixando de lado o tratamento considerados por si como não sendo eficaz. Ribera (2007) argumenta que as medicinas tradicionais, em contraste com a biomedicina, têm características que as tornam especialmente atraentes para a população. Raquel continuou dizendo:

Tive que usar a água do ritual kuabamagufa após eu e o meu cunhado tomarmos banho, depois voltei com a água do banho onde espalhei por todos os cantos da casa como

forma de purificar e proteger meu marido actual da tuberculose. No mesmo dia meu marido recuperou-se. Sofremos muito mas depois conseguimos. Meu marido actual não gostava de curandeiros mas acabou aceitando porque não gozava de boa saúde assim como os meus filhos também queixavam-se quase sempre de tantas dores por todo o corpo.

Raquel optou por fazer *kuabamagufa*, acção esta que fez com que o seu marido fosse curado da tuberculose. A escolha de múltiplos itinerários terapêuticos tem sido desencorajado pelos concelheiros de saúde nas palestras destinadas aos doentes de tuberculose, pois, segundo estes os pacientes apresentam um quadro clínico grave quando juntam o tratamento fornecido pelas unidades sanitárias e o tratamento fornecido pelos curandeiros na base de ervas. Ribera (2007) enfatiza o pluralismo médico porque as pessoas tendem a utilizar de maneira exclusiva, sequencial ou complementar as diferentes medicinas que têm acesso para resolver o problema da saúde. Fernanda, de 48 anos de idade, afirmou:

Eu era viúva a quase 28 anos. Quando o meu antigo esposo morreu, depois de alguns dias do funeral a família do meu falecido esposo pediu me para eu fazer o kuabamagufa. Depois de eles me dizerem isso, tive que aceitar a proposta deles porque meu marido actual andava sempre doente e tinha uma tosse estranha e quando fomos ao hospital disseram-me que aquilo era tuberculose e os enfermeiros então começaram a nos aconselhar para começarmos com os tratamentos. Mas eu não queria que o meu marido actual morresse por minha culpa, então eu lhe disse que isso aqui não se trata no hospital. Foi então que em uma sexta-feira em que eu e meu cunhado, irmão mais novo do falecido praticamos relações sexuais no quarto em que eu e o meu falecido marido dormíamos. Já na madrugada, acordamos e preparamos chá para servir todos que estavam na cerimónia. Passando alguns dias depois meu marido actual ficou curado daquela tuberculose horrível e librei os meus filhos também das febres que vinham tendo quase todos os dias.

O depoimento de Fernanda mostra que a tuberculose adquirida por meio sobrenatural pode apenas ser curada a partir das recomendações fornecidas pelos curandeiros. Ribera (2007) explica que a imagem estereotipada é a de uma medicina tradicional que compartilha valores sociais, crenças e a maneira de ver o mundo com seus doentes, que considera o ser humano sob

uma perspectiva holística, que se preocupa e trata a "doença-experiência" (illness) ou componente emocional da doença e que conhece o contexto social do doente, em contraste com os profissionais biomédicos, social e culturalmente distantes dos seus doentes e centrados na patologia orgânica (disease).

Os dados analisados neste sub-capítulo permitem compreender que, os pacientes da tuberculose optam por diferentes itinerários terapêuticos, sendo estes itinerários escolhidos mediante a satisfação por elas oferecidas, onde neste processo umas são rejeitadas, outras aderidas e em outros casos ambas adoptadas. Os pacientes aderiam a unidade sanitária e no *tinyanga*, como forma de por um lado conciliar os tratamentos fornecidos pelas unidades sanitárias com o trabalho “espiritual” (com base nas orações) levado a cabo pelas igrejas, e por outro lado seguir por inteiro os parâmetros tradicionais, rompendo deste modo com o tratamento ora iniciado nas unidades sanitárias, com o fim último de seguir a tradição e alcançar a cura da tuberculose. Assim, os relatos que apontam para o rompimento do tratamento em detrimento do outro (abandonar o tratamento fornecido pela unidade sanitária e escolher o tradicional, vice-versa) eram constantes.

No geral, os dados analisados neste capítulo permitem-nos compreender as experiências vivenciadas pelos pacientes desde a descoberta dos sintomas no organismo, o diagnóstico até o tratamento da tuberculose. A experiência relatada pelas pessoas que tiveram tuberculose em relação ao tratamento tem sempre uma história particular, constituída pelo contexto sociocultural em que estes estão inseridos. Neste sentido, a experiência do tratamento da tuberculose é frequentemente confrontada por vários itinerários terapêuticos desde o momento em que os pacientes são diagnosticados como pessoas que sofrem de tuberculosas, e da forma como a tuberculose é tratada nas unidades sanitárias, bem como no *tinyanga*. Esses processos de diagnóstico e tratamento, são construídos social e culturalmente ou seja com influência de familiares, amigos, vizinhos e terapeutas que passaram pela mesma experiência, ou souberam de alguém que teve tuberculose, que os permite suas experiências com os outros que necessitam desse conhecimento.

Capítulo 5. Considerações finais

Este trabalho procurou compreender as "Experiências de pacientes que abandonam o tratamento da tuberculose numa unidade sanitária no distrito de *KaMavota* na província de Maputo". Os pacientes que abandonam o tratamento da tuberculose usam explicações de carácter sociocultural no processo de tratamento da tuberculose e que de certo modo criam barreiras para o tratamento da tuberculose nas unidades sanitárias.

O estudo mostrou que os indivíduos são diagnosticados como pacientes com tuberculose nas Unidades Sanitárias, dando assim o início do tratamento da doença. No que diz respeito ao abandono os pacientes deixam de lado o tratamento fornecido pela unidade sanitária e seguem com o tratamento tradicional, sendo estes tratamentos escolhidos mediante a satisfação por elas oferecidas, onde neste processo umas são rejeitadas, outras aderidas e em outros casos ambas adoptadas pelas pessoas que sofrem da tuberculose.

Importa salientar que, as experiências vivenciadas pelos pacientes desde a descoberta dos sintomas no organismo, o diagnóstico até o tratamento da tuberculose têm sempre uma história particular, constituída pelo contexto sociocultural em que estes estão inseridos.

As experiências das pessoas que vivem com a tuberculose sobre o abandono do tratamento são singulares e construídas de várias trajectórias e com significado diferenciado. Mângia e Yasutaki (2008) mostram o conceito de itinerários terapêuticos como um fenómeno que possibilita a construção de projectos terapêuticos cuidadores, que levam em consideração as experiências, significados, trajectórias, desejos e necessidades da pessoa na elaboração de seu próprio processo de tratamento. Ideia similar é partilhada por Alves (1993) que explica que a interpretação que as pessoas elaboram para uma dada experiência de enfermidade é o resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos.

As pessoas com tuberculose procuram no *tinyanga* quando a tuberculose lhes aflige deparam-se com a dimensão sociocultural o que leva os mesmos a deixar de seguir com os tratamentos oferecido nas unidades sanitárias. As barreiras relacionadas com o tratamento da tuberculose estão reacionadas com as várias explicações sobre o tratamento da tuberculose encontradas nas famílias.

As pessoas que contraíram a tuberculose optam por diferentes itinerários terapêuticos, sendo estes itinerários escolhidos mediante a satisfação (a forma pela qual as pessoas interpretam o tratamento e cura). Estas pessoas aderiram a unidade sanitária mas também ao *tinyanga*, como forma de pôr um lado conciliar os tratamentos fornecidos pela unidade e por outro lado, de seguir por inteiro os parâmetros tradicionais, rompendo deste modo com o tratamento ora iniciado nas unidades sanitárias.

Wreford (2007) explica que o que está em jogo é a questão da mediação pessoal perante uma doença que transporta consigo a morte para tal é preciso que os médicos desenvolvam relações profissionais com os curandeiros e compreendam melhor a complexidade das escolhas terapêuticas com que os doentes se confrontam, através destas descobertas recíprocas, os médicos devem começar a compreender que, para muitos dos seus doentes, os métodos e práticas tradicionais funcionam realmente e podem ser efectivamente incorporados nas intervenções médicas.

Uma ideia similar é apresentada por Wreford (idem) e Ribera (2007) que mostram que o pluralismo médico é uma constante mais que uma excepção, e as pessoas tendem a utilizar de maneira exclusiva, sequencial ou complementar as diferentes medicinas a que têm acesso e todos os sistemas médicos ou medicinas coexistentes numa determinada sociedade constituem sistema médico dessa sociedade.

Referências bibliográficas

Alves, P.1993. A experiência da Enfermidade: Considerações teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 9(3):263-271.

Honwana, A. 2002. *Espíritos, Transições Modernas: Possessão de Espíritos e Reintegração Social Pós-guerra no Sul de Moçambique*. Maputo: Promédia.

Namburete, E.; Lisboa, M.; Tivane, I.; Harrison, L. & Bollela, V. 2016. “Caracterização do perfil de resistência do Mycobacterium isolado de pacientes da cidade de Beira, Sofala – Moçambique”. *Revista de Enfermagem*, 49 (4): 338-343.

Burke, A. 2011. “Tuberculosis: Past and Present”. *Reviews in Anthropology*, 40(1): 27-29.

Sá, A.; Santiago, L.; Santos, N.; Monteiro, N.; Pinto, P.; Lima, A. & Neder, P. 2017. “Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose”. *Revista de Enfermagem*, 15 (3):155-60.

Campani, S. 2009. “Factor Preditores para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar (esquema de primeira linha)”. [Dissertação de Mestrado em Ciências Pneumológicas]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal.

Araújo, A.; Vieira, S. & Júnior, B. 2017. “Factores condicionantes ao abandono do tratamento da tuberculose relacionados ao usuário e a equipe da saúde”. *Caderno Saúde e Desenvolvimento* | 10(6): 19-30.

Prochet, T. e Silva, M. 2008. “Proxémica: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial”. *Revista de Enfermagem*, 17 (2): 321-326.

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

Oliveira, S. 2018. “Factores associados ao alto risco de abandono do tratamento da tuberculose”. [Dissertação de Mestrado em Ciências Pneumológicas]. Rio Grande do Sul: Universidade Federal.

Wreford, J. 2007. “Aproximação ou Resistência? Utilizando Princípios e Práticas da Cura

Tradicional para Intensificar o Tratamento contra o HIV/SIDA na África do Sul”. In: *Mulher, SIDA e o Acesso à Saúde na África Subsaariana, sob a Perspectiva das Ciências Sociais*. Catalunya: Medicus Mundi.

Ribera, J. 2007. “ Pluralismo Médico em África”. In: *Mulher, Sida e o Acesso à Saúde na África Subsaariana, sob a Perspectiva das Ciências Sociais*. Catalunya: Medicus Mundi, pp. 83-87.

Wendling, A; Modena, C & Schall, V. 2011. “O abandono do tratamento da tuberculose sob a perspectiva dos gerentes de diferentes Centros de Saúde”. *Revista de Enfermagem*, 21(1): 77-85.

Muela, J. 2007. “Pluralismo Médico em África”. In: *Mulher, Sida e o Acesso à Saúde na África Subsaariana: Sob a perspectiva das ciências sociais*. Medicus Mundi Catalunya, pp.105-115.

Velho, G. 1994. "Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas". In: *Individualismo e Cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Mângia, F. & Yasutaki, P. 2008. "Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental". *Rev. Ter. Ocup*, 19(1): 7-38.

Rabelo, M . 1993. "Religião e cura". In: *Algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas*. *Revista de Enfermagem*, 9 (3): 316-325.

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

Sá, A.; Santiago, L.; Santos, N.; Monteiro, N.; Pinto, P.; Lima, A. & Neder, P. 2017. “Causas de abandono do tratamento entre portadores de tuberculose”. *Revista de Enfermagem*, 15 (3):155-60.

Martins, P. & Iriart, J. 2014. "Itinerários terapêuticos de pacientes com: diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia”. *Revista de Enfermagem*, 24 (1) 273-289.

Fogaça, D. 2018. "Tuberculose: desafios na adesão ao tratamento". [Dissertação de Bachelar em Enfermácia]. Ariquemes-RO: Faculdade de Educação e Meio Ambiente.

Rocha, A. 2010. "Prevalência da tuberculose no município de areia-PB". [Dissertação de Bacharel e Licenciatura em Enfermagem]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba.

Rodrigues, M. & Maksud, I. 2017. "Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids". *Revista de Enfermagem*, 41(113):1-12.

Glowka, K.; Marques, S. & Moura, G. 2020. "Conhecimento popular sobre plantas medicinais". *Revista de Enfermagem*, 16(1) 48-59.

Mechanic, D. & Volkart, H. 1961. "Stress, illness behavior, and the sick role". *American Sociological Review*, 26(1):51-58.

Apêndices

Apêndice 1: Perfil das pessoas entrevistadas

#	Nome	Idade	Nível	Ocupação	Residência
1	Marta	15 anos	Médio	Aluna	Bairro Ferroviário
2	Amélia	21 anos	Nenhum	Nenhuma	Bairro Ferroviário
3	Mário	30 anos	Básico	Pintor	Bairro Ferroviário
4	Osvaldo	33 anos	Superior	Estudante	Bairro Ferroviário
5	Ana	42 anos	Básico	Nenhuma	Bairro Ferroviário
6	Fernanda	48 anos	Básico	Reformada	Bairro Ferroviário
7	Raquel	55 anos	Básico	Reformada	Bairro Ferroviário
8	Telma	28 anos	Médio	Activista	Cidade da Matola
9	Marcelo	32 anos	Médio	Activista	Polana Caniço – A
10	Belga	61 anos	Básico	Conselheira	Polana Caniço – A
11	Matilde	59 anos	Básico	Conselheira	Zona verde
12	Mariana	43 anos	Superior	Enfermeira	Cidade da Matola

Apêndice 2: Guião de entrevista aos pacientes com tuberculose

1. Nome
2. Idade
3. Naturalidade
4. Onde vive (residência)
5. Com quem vive
6. Ocupações ou actividades (profissionais)
7. Já ouviu falar de tuberculose?
8. O que é tuberculose?
9. Como se sente uma pessoa com tuberculose?
10. Como tratam no hospital as pessoas com tuberculose?

11. Como tratam a tuberculose fora (curandeiros)?
12. Como podemos fazer para não apanhar tuberculose?
13. Quais as formas de transmissão da tuberculose?
14. Onde é que recorrem para busca de tratamento da tuberculose?
15. Conhece pessoas que seguiram o tratamento da tuberculose até ao fim?
16. Como é que se sentiram?
17. Como é que adquiriu os medicamentos e qual é o efeito?
18. Será que já sofreu discriminação acerca da sua doença?

Apêndice 3: Guião de entrevista para os técnicos de saúde

1. Que passos dão aos pacientes que chegam na unidade sanitária com tuberculose?
2. Quanto tempo os pacientes devem fazer tratamento para a cura da tuberculose?
3. Como se chama o medicamento da tuberculose?
4. Que sintomas os pacientes têm tido quando tem tuberculose?
5. O hospital tem tido medicamentos suficientes para todos pacientes com tuberculose?

Apêndice 4: Guião de observação

1. Observar onde os pacientes são recebidos pelos técnicos da saúde.
2. Observar se os pacientes vêm sozinhos ou acompanhados na unidade sanitária.
3. Observar as consultas diárias de tuberculose no período laboral.
4. Observar a hora que iniciam as consultas incluindo a chegada dos técnicos da saúde e pacientes.
5. Observar o lugar onde ocorrem as consultas de tuberculose.
6. Observar o contacto entre o técnico da saúde e o paciente logo a entrada na sala das consultas.
7. Observar a interacção entre os pacientes antes das consultas e depois das mesmas consultas.

8. Observar a relação que estabelece o técnico de saúde e o paciente durante as consultas.
9. Observar a interacção entre os técnicos da saúde durante as consulta e após as consultas dos seus pacientes.