



**Faculdade de Letras e Ciências Sociais**  
**Departamento de Arqueologia e Antropologia**  
**Licenciatura em Antropologia**

**Itinerários terapêuticos de mulheres em tratamento  
de corrimento vaginal em Maputo**

**Autor:** Sualihino Adriano Mário

**Supervisor:** Doutor Elísio Jossias

**Maputo, Dezembro 2019**

**Itinerários terapêuticos de mulheres em tratamento de corrimento vaginal em Maputo**

**Autor**

---

Sualihino Adriano Mário

**Trabalho submetido ao Departamento de Arqueologia e Antropologia como requisito parcial para a obtenção do Grau de Licenciatura em Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane.**

**O Supervisor**

**O Presidente**

**A Oponente**

---

**Maputo, Dezembro de 2019**

### **Declaração de Originalidade**

Declaro que este relatório de pesquisa é original e resulta da minha investigação pessoal e independente. Ao longo do texto e na bibliografia foram indicadas as fontes usadas na elaboração da pesquisa. O mesmo não foi submetido em nenhuma outra instituição para grau nem está ser apresentado para além daquele aqui diz respeito ao culminar da obtenção do curso de licenciatura.

Assinatura

---

**(Sualihino Adriano Mário)**

**Maputo, Dezembro de 2019**

## **Dedicatória**

A minha mãe Albertina B. Siteo e

Ao meu pai Adriano Mário (*In memoriam*) que me tornaram “pessoa”.

## **Agradecimentos**

Aos meus docentes do Departamento de Arqueologia e Antropologia pela disponibilidade, perseverança, e paciência para a minha formação: Dr. Alexandre Mathe, Dr. Agostinho Manganhela, Dra. Kátia Filipe, Doutora Margarida Paulo que teceu comentários úteis para a finalização deste trabalho, Dr. Danúbio Lihaha, Dr. Hamilton Matsimbe, Dr. Omar Madime, Dra. Sónia Seuane, Prof<sup>a</sup>. Doutora Esmeralda Mariano, Prof<sup>a</sup> Doutora Carla Braga, Dr. Johane Zonjo, Doutor Orlando Nipassa, Dr. Baltazar Muianga, Dr. Décio Muianga, Doutor Hilário Madiquida e ao Dr. Emídio Gune que jogou um papel central no afunilamento do objecto de estudo, mostrando a relevância prática e as vicissitudes da pesquisa etnográfica no campo da saúde.

Ao Doutor Elísio Jossias que aceitou acompanhar-me em todas as etapas deste trabalho, mostrando-me os vários erros que cometia ao longo da pesquisa, colocando em dia o debate metodológico que deve ser obedecido na etnografia. Faltam-me palavras para qualificar o gesto, uma vez que dizer obrigado considero insuficiente para descrever as coisas que me deu.

As participantes da pesquisa que aceitaram partilhar as suas intimidades, aos colegas de trabalho que não poucas vezes souberam lidar com a dinâmica de um trabalhador-estudante, que indirectamente apoiaram na minha formação, *kihoshukuro!*

Aos colegas de turma, especialmente a Janeta Afonso Bila que debaixo da chuva, frio e dificuldades de transportes de regresso a casa juntos enfrentamos. A Lúcia Guilengue pela partilha de ideias no processo de aprendizagem, obrigado!

A todos/as que directa ou indirectamente contribuíram para o sucesso da minha formação.

### **Lista de Abreviaturas**

AMM	Associação Médica de Moçambique
DTS	Doenças de Transmissão Sexual
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
PRE	Programa de Reabilitação Económica
PRES	Programa de Reabilitação Económica e Social

## **Resumo**

Este trabalho analisa o itinerário de mulheres que padecem de corrimento vaginal, desde a sua identificação até ao processo de busca de cura. A pesquisa que deu origem ao trabalho parte do questionamento dos pressupostos biomédicos que se ancoram à dimensão material para a eficácia do tratamento e adopta uma abordagem, que tende a considerar que o itinerário terapêutico depende de uma lógica interna de funcionamento, contexto e forças sociais implícitas nas acções dos usuários dos serviços de saúde. Assim sendo, a pesquisa centrou-se nas experiências de mulheres em busca do tratamento do Corrimento Vaginal numa clínica localizada na Cidade de Maputo, explorando como estas mulheres tomaram conhecimento da situação de doença, como chegaram à clínica e o tratamento em que foram submetidos. Para a recolha de dados recorri a observação, entrevistas exploratórias, narrativas de mulheres que experienciaram o corrimento. A pesquisa revelou que um dos desafios no tratamento baseia-se na forma como é percebida e vivenciada a responsabilidade na sexualidade entre mulheres e homens.

**Palavras-chaves:** Corrimento vaginal, itinerário terapêutico, tratamento, Maputo, Moçambique

## Índice

Declaração de Originalidade .....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos .....	iii
Lista de Abreviaturas.....	iv
Resumo .....	v
Capítulo 1: Introdução .....	1
Capítulo 2: Problemáticas teóricas sobre a saúde e doença.....	5
Capítulo 3: Metodologia.....	12
3.1. Critérios de escolha dos participantes .....	13
3.2. Estratégias e instrumentos de recolha de dados .....	14
3.3. Tratamento dos dados.....	15
3.4. Desafios éticos da pesquisa .....	15
3.5. Constrangimentos metodológicos da pesquisa .....	16
Capítulo 4: Da descoberta do corrimento às primeiras experiências de tratamento	18
4.1. Os primeiros momentos da experiência antes de ir á clínica.....	18
4.2. A clínica como lugar de busca de cura .....	24
4.3. A organização do atendimento .....	27
4.4. Itinerário de mulheres até chegarem a clínica: percepções sobre a doença.....	28
4.5. A experiência de busca de cura na clínica.....	33
4.6. Desafios de tratamento das mulheres com corrimento vaginal .....	34
Capítulo 5: Considerações finais .....	40
Referências bibliográficas .....	43
Anexos .....	46

## **Capítulo 1: Introdução**

A ideia da realização desta pesquisa partiu de conversas que mantive com algumas mulheres que frequentavam uma clínica privada, localizada na Cidade de Maputo, no ano de 2018. Estas mulheres iam sobretudo às consultas de saúde sexual e reprodutiva. Algumas mulheres com quem conversei informaram-me terem sido diagnosticadas com Corrimento Vaginal (CV) quando começaram a frequentar a clínica. Para estas mulheres a ida à clínica está associada a uma experiência anterior de desconforto e constrangimento, numa primeira fase descrita como o facto das mulheres ficarem com roupa interior semi-molhada e, numa fase mais avançada, a cor e o mau cheiro dos fluídos que saíam da vagina. A partir dessas conversas passei a prestar mais atenção em relação ao que as pessoas diziam sobre a sua experiência com essa situação que posteriormente foi diagnosticada como CV, incluindo o próprio diagnóstico, as tentativas de tratamento e a busca de cura.

Durante as entrevistas exploratórias, parte das participantes diziam que convivem com o CV a bastante tempo, de tal forma que causava vergonha por molharem tanto as roupas interiores assim como as calças que recobrem a parte do corpo. Outras afirmavam estarem desesperadas porque o cheiro de tipo peixe podre era incomodativo e, outras diziam-se mal-percebidas quando expusessem o seu problema de doença. Na fase seguinte preocupei-me em conduzir as utentes a relatarem mais sobre as suas histórias desde o momento em que sentiram-se constrangidas e todas etapas até chegarem à clínica. Cada uma apresentava um discurso diferente da outra sobre como definia o corrimento, como conseguia identificar e tratar fora e dentro da lógica biomédica na qual faço parte. Comecei a reflectir caso a caso e, cada um se relacionava com certas categorias sociais, estruturas de poderes variadas, questões económicas e até sistemas mais amplos como o capitalismo.

Apartir destas narrativas consegui esboçar os instrumentos de recolha de dados como guião de observação e conversas informais nos dias de consultas médicas, guião de entrevista dos participantes da pesquisa. Esses instrumentos enviei por e-mail para cada uma delas e, as outras optaram por levar o formato impresso na qual foram preencher em casa e mais tarde devolveram-me. Fiz as transcrições no diário de campo. Na etapa da recolha de dados usámos também o *WhatsApp* para nos comunicarmos das questões que mereciam algum esclarecimento. No decurso da pesquisa obedeci os preceitos éticos impostos na pesquisa etnográfica em saúde.

A escolha de uma clínica privada para a realização desta pesquisa assentou no facto de ser o meu local de trabalho, onde exerço a profissão de técnico de laboratório por um lado e, considerar por outro lado um bom ponto de partida para analisar as questões relacionadas com a abordagem antropológica da saúde e doença. Neste lugar teria acesso a várias categorias de indivíduos que intervêm no processo de busca de cura dentro e fora da clínica. Essas interacções permitiriam realizar alguns movimentos no sentido de alimentar a minha pesquisa, sem no entanto prejudicar o meu trabalho, nem colocar em causa o rigor metodológico. Deste modo, estaria mais perto das pessoas que padecem das coisas lhes afecta, recolhendo as suas experiências, motivações, expectativas e desafios no processo.

Foi dentro deste quadro que decidi seguir o itinerário terapêutico de mulheres em tratamento do CV, responderia algumas questões que afectam os sujeitos no processo de busca de solução para o problema relacionado ao complexo do fenómeno da saúde e doença. De forma específica a pesquisa buscou compreender o itinerário terapêutico de mulheres em tratamento do CV; em segundo caracterizar as redes sociais envolvidas na escolha do profissional e no processo de busca de cura; perceber os desafios enfrentados pelas mulheres na busca de solução para o seu problema. Estes constituem os objectivos gerais e específicos a serem problematizados no trabalho.

As problemáticas antropológicas relativa as representações sobre a doença e seu tratamento nos diferentes contextos questiona a aplicabilidade dos conceitos tais como “doença”, “diagnóstico”, “causalidade” e “terapêutica”, pensados a partir da história constitutiva da medicina ocidental (Buchillet 1991). Tais noções aparentemente simples referem-se a fenómenos complexos que conjugam factores biológicos, sociológicos, económicos, ambientais e culturais. (cf. Alves 1993; Uchôa e Vidal 1994). Mas porque a doença não pode ser percebida e vivenciada universalmente? A experiência e o processo de adoecer implica que alguma coisa está errada com o indivíduo e; a experiência constitui uma disfunção corporal com alterações nas regras sociais, relacionamento com outras entidades, influenciado por sistemas culturais. É aceitável que biologicamente os indivíduos tenham poucas diferenças mas, do ponto de vista da história como narrativa cada um é único particularmente quando se trata de sentir a doença (Ribeiro (1993). A ideia de doença enquanto um complexo único pode ser explicado através de um movimento dialógico com algumas perspectivas.

A interpretativista relaciona o indivíduo, a cultura e o contexto na abordagem dos problemas da saúde. A cultura é entendida como o universo de símbolos e significados que permitem o indivíduo

de um grupo interpretar a experiência e guiar suas acções, bem como fornecer modelos “de” e “para” a construção de realidades sociais e psicológicas, em diversos contextos na qual os eventos tornam-se inteligíveis (Geertz 2008). Esta perspectiva centrou a atenção no actor e, deixou de lado os aspectos sistémicos (Ortner 2011).

A *lógica interna* mostra como cada sistema constroem, mantem e se conflituam as coisas (idem). Esta perspectiva permite perceber como é que as coisas quando colocadas juntas em certos arranjos em determinados contextos produzem mudanças sociais e, operam como forças activas no processo. A mesma minimizou o efeito dos sistemas e das relações de poder ao nível local e global (idem).

A ecologia cultural enfatizou que a cultura era influenciado pelo avanço tecnológico e o aumento populacional, tomando em conta que cada contexto adapta-se a condições ambientais específicas, o que traduz uma aparente uniformidade em diferentes partes do mundo (McElroy e Townsend 2004). Esta perspectiva permite olhar para a forma como os actores se adaptam face aos sistemas e as relações de poder ao nível global mas, não enfatizou a conexão com materialismo (Idem).

A economia política explica o impacto das forças externas e sobre as formas como as sociedades se transformam ou evoluem, em grande medida se adaptam a tal impacto. Diferente da ecologia cultural, a economia política incorpora as questões simbólicas/culturais (idem). Esta perspectiva permite compreender que as sociedades estão envolvidas em sistemas mais abrangentes de trocas de todo o tipo mas, centram-se demais na dimensão material e deixam de lado as relações de poder que impactam sobre os actores sociais.

A economia política e a abordagem que considera a lógica interna permitem compreender que os problemas da saúde são influenciados pelos sistemas locais e globais, ambas deixam de lado as relações de poder de vários tipos; a ecologia cultural conecta tais sistemas mas deixa de lado a dimensão material; o interpretativismo dá mais atenção ao indivíduo e ao contexto.

Neste trabalho tomo o contexto sociocultural como ponto de partida, uma vez que Alves (2015) considera a ideia de que as distintas trajetórias individuais se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais, para a elaboração e implementação de projectos específicos e até contraditórias. A revisão de literatura sobre itinerários terapêuticos mostra a existência de dois grupos de estudos: um baseado na ideia de que as pessoas avaliam as suas escolhas em termos de custo-benefício e; a outra que investigava os valores culturais das minorias étnicas, a diferentes grupos socioeconómicos, estruturas familiares, género e idade, nas respostas aos problemas de

saúde. Parte da literatura busca a compreensão do processo de cura a partir de ritual religioso e, a outra situa-se num contexto do HIV/SIDA. Neste estudo agrego a possibilidade de olhar para dois sistemas: familiar e médico de modo a captar o dilema enfrentado pelas mulheres na busca de tratamento do CV.

Depois desta introdução que sintetiza quase todo o trabalho, descrevo os procedimentos metodológicos que segui para a construção do trabalho. Tais procedimentos estão subdivididos em secções nas quais apresento os critérios de escolha das participantes, estratégias e instrumentos de recolhas de dados, tratamento, desafios éticos bem como os constrangimentos. No capítulo dois reflicto em torno das problemáticas teóricas e a relevância social deste estudo. No capítulo três, quatro e cinco apresento os dados que são justificadas pelos debates teóricos correspondentes.

## **Capítulo 2: Problemáticas teóricas sobre a saúde e doença**

A abordagem antropológica dos fenómenos de saúde e doença nas várias sociedades historicamente construídas questiona os conceitos de “doença”, “terapêutica”, “eficácia” ou causalidade – definidos a partir de referências biomédicas. O itinerário terapêutico privilegia a perspectiva dos sujeitos cujo pressuposto é de que o indivíduo encontra diferentes formas de resolver os problemas de saúde (cf. Alves 2015; Uchôa e Vidal 1994; Buchelli 1991).

A antropologia da doença desde 1960 preocupou-se em elaborar várias perspectivas relacionadas à saúde humana. O pressuposto destas é de que o itinerário terapêutico constitui-se num campo de representações e práticas ligadas ao tratamento em diferentes contextos, através de dinâmicas internas, com uma coerência racional pela qual se tornam real (Buchillet 1991).

A perspectiva interpretativista relaciona o indivíduo e a cultura. Esta corrente concebe a cultura como universo de símbolos e significados que permitem aos sujeitos interpretar a experiência e guiar as suas acções. Deste modo, a cultura fornece modelos “de” e modelos “para” a construção das realidades sociais e psicológicas (Geertz 2008).

O interpretativismo permite compreender a forma pela qual o sujeito social vê, sente, pensa o mundo dando sentido as práticas mas, deixa de lado os processos, as interacções pelas quais ocorrem as acções (Ortner 2011).

A teoria da prática subscreve que as acções do sujeito orienta-se pela acção dos outros sejam passadas, presentes, ou esperadas como futuras. Tais acções são reguladas pela reciprocidade que envolve promessas, relações e expectativas. Há que compreender a relação e a importância cultural, de factos que se manifestam actualmente, a sua causa de serem historicamente dessa forma e não de outra (Bourdieu 2012).

A perspectiva da acção permite explicar que as pessoas em diferentes posições sociais têm diferentes interesses, e agem através de motivações, padrões de cooperação, reciprocidade e solidariedade social. O problema desta perspectiva é de minimizar a capacidade que os actores têm de manipularem as situações. bastante complexas.

Foi a perspectiva ecologista que discutiu as questões ligadas à produção e à manutenção de sistemas simbólicos. A relação entre o interior e o exterior, a troca entre cultura e meio ambiente entram num processo de adaptação com as dinâmicas internas. A adaptação explica o desenvolvimento, a manutenção e a transformação das formas sociais (McElroy e Townsend 2004).

A ecologia cultural permite compreender o modo em que as formas sociais e culturais funcionam para manter uma relação já existente com o ambiente. O problema dessa perspectiva assenta no facto de perder de vista os marcos de significado dentro dos quais as relações humanas acontecem, seja a nível local ou global (Ortner 2011).

Essas relações foram exploradas pela perspectiva da economia política, baseada na teoria dos sistemas mundiais e de subdesenvolvimento. A acção humana e o processo histórico na sua íntegra são determinados pela estrutura ou sistema económico capitalista (McElroy e Townsend 2004). Esta perspectiva permite compreender o impacto do capitalismo na interacção com várias sociedades mas, mostra-se problemática por centrar-se demais na dimensão materialista, ignorando as relações de poder, dominação, manipulação e que constituem a mais dolorosa experiência vivenciada pelos sujeitos bem como as suas lógicas (Ortner 2011). É a partir da acção em que os actores sociais demonstram os desejos de forma racional que se traduz em algo material e com um poder útil, tomando em conta o contexto e situações históricas.

Deste modo, o presente trabalho parte do corrimento vaginal sentido pelas mulheres através dum diálogo permanente com as perspectivas apresentadas. Espero que tal dinâmica ajude a compreender os dilemas das problemáticas do fenómeno da saúde e doença, tomando como base o método etnográfico e a técnica de trabalho de campo.

### **As abordagens sobre saúde e doença**

A saúde e a doença constitui um mundo de práticas e campos de possibilidades de actuação na busca de tratamento disponíveis no universo dos actores. A partir dos anos 1950 surgiram vários estudos voltados para a identificação e conduta do indivíduo no uso de serviço de saúde (Alves 2015). O problema desses estudos é que reduzem a busca de serviço em função do sector profissional, ou seja baseado no princípio custo-benefício.

A partir dos anos 1980 verificou-se uma ruptura que passou a enfatizar a existência de diferentes concepções sobre a doença e tratamento ou pluralismo médico. Tal pluralismo baseava-se em duas premissas: a primeira cognitiva que discute as construções de significados, escolhas e decisões de cuidados à saúde, caracterização de valores, emoções e ideologias; e a segunda socioeconómicas que centra atenção sobre as desigualdades sociais, estruturas familiares, género e questões étnicas que interferem na busca de tratamento (idem).

Ribeiro (1993) faz um levantamento bibliográfico dos estudos sobre práticas de cura baseados em rituais religiosos e, mostra através de dois exemplos, em que as igrejas pentecostais e os jarê constroem, na performance ritual, distintos projectos de cura. Argumenta que o indivíduo recorre a várias possibilidades para reconfigurar determinados cenários apartir dos existentes. Estes estudos ajudam a compreender como diferentes modelos religiosos de cura são transformados em imagens e práticas que possibilitam uma ressignificação da experiência do doente. Estes estudos mostram como é que o ritual de cura está intrinsecamente ligado á questão da manutenção de significados, isto é, de discursos legitimados no curso de determinadas interacções sociais, tanto no interior como no domínio do ritual como fora dele.

Na mesma abordagem dos rituais de cura, mas na região de Minas Gerais, Ricciardi (2009) mostra a busca de cura, alívio ou transformação, através da religião. Aborda as experiências de enfermidades ou doença de ordem física, as aflições e angústias pertinentes ao indivíduo através da doença. Este estudo ajuda a perceber sobre as questões que envolvem a doença, saúde, aflição e alívio e sobre as maneiras como o indivíduo e as pessoas que o suportam interagem com os problemas, buscando diferentes tipos de tratamento.

Langdon (2001) analisa a construção cultural de saúde e doença entre índios siona da Colômbia, cujo sistema médico pode ser caracterizado como um sistema xamânico tanto no que se refere ás representações sobre a saúde e doença assim como as práticas de cura. A doença é vista como um processo biológico/corporal, mas também como resultado do contexto cultural e da experiência subjectiva de aflição. A experiência da doença é construída através de eventos ocorridos no processo terapêutico, uma narrativa, interpretação e o processo terapêutico destes eventos. Este estudo ajuda a perceber o papel da narrativa, como a mesma fornece pistas para a interpretação de causas ocultas no universo xamânico.

Fava *et al.* (2013) analisa as experiências da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial sistêmica em Minas Gerais (Brasil). Busca compreender os significados da experiência da doença e de tratamento. Apartir deste estudo imergiram dois núcleos de significados: a doença como expressão de estilo de vida e a perspectiva de cura de doença. A família, a espiritualidade e a religião constituem redes de apoio social. Os itinerários terapêuticos se interpretam para a cura do problema. O sistema de cura popular constitui um importante itinerário por proporcionar satisfatórios bem-estar e a remissão dos sintomas. Este estudo ajuda a perceber a existência de lacunas entre o ponto de vista dos profissionais de saúde que propiciam

repensar a praxis para promover cuidados integrados, contextualizados e humanizados, o que estimula a potência das pessoas para viver, para o emponderamento e para o autocuidado.

O estudo de Singh (2010) analisa o papel da chamada medicina moderna bem como os seus pressupostos a partir da Índia. Argumenta que a prioridade desta medicina deveria preocupar-se em evitar que as pessoas cheguem aos hospitais e clínicas, o que não ocorre porque as acções importantes para a prevenção tais como a água limpa, alimentação nutritiva, moradias limpas e locais seguros, saneamento apropriado e outros estão fora do controle desta medicina, o que eliminaria a doença que justifica a legitimidade médica e sua proliferação. Propõe que a medicina baseada nas relações interpessoais seja submetida a rigoroso exame experimental e científico. Se o indivíduo chega ao hospital, a medicina tinha que fazer com ela não tenha a mesma doença novamente nem relacionada a ela. Este estudo permite pensar a existência de várias possibilidades de cura, mais concretamente na dimensão preventiva.

Palmeira e Gewhr (2018) analisam o lugar da experiência subjectiva do adoecimento no discurso médico. Demonstram o aparente esquecimento do sujeito, bem como a noção de subjectividade por parte do manancial teórico e na prática médica. Notam uma evolução no entendimento da doença, mantendo um aparente esquecimento da experiência de adoecer como um processo que afecta ao indivíduo e os que o rodeiam. Este estudo mostra que qualquer tentativa de excluir a subjectividade do processo de adoecimento e cura – por descuido ou por imposição técnica – pode redundar em um fracasso. Estes autores ajudam a perceber o papel da lógica de inclusão, diálogo ou comunicação – tanto no plano epistemológico quanto na prática quotidiana terapéutica que envolve pacientes e profissionais.

Alvarenga *et al.* (2018) analisam a persistência do estigma que acompanha a hanseníase (lepra) bem como o significado da mesma no indivíduo. Argumentam que ao longo da história esta doença esteve associada ao pecado ou marginalizada por representar ausência das condições de modernização, condenando os infectados a variadas formas de preconceito e exclusão social, legitimada pela comunidade médica internacional. Este estudo mostra o papel da religião como instituição de alívio ou mudança na doença que afecta o indivíduo.

Dantas e Amazonas (2016) reflectem a respeito da experiência sentida por doentes sem possibilidades de cura. Argumentam que o adoecer grave, crónico, progressivo e degenerativo pode permitir ao sujeito vivenciar a frustração, raiva, desespero e tristeza, sentimentos que aumentam quando lhe é dito sobre a impossibilidade de reverter o quadro clínico do adoecimento, impondo

lhe a experienciar a finitude. Desta forma o sujeito pode assumir uma posição de doente, a partir da construção de identidade de enfermo e, nesse momento, oferecer resistência a um poder médico que lhe é imposto. Este estudo permite perceber que a escolha paliativa por parte do indivíduo faz com que opte por um modo de sentir mais confortável, resistindo às imposições do modelo médico de prolongamento da vida.

Apartir desta revisão da literatura foi possível olhar para a forma como diferentes actores conceptualizam a doença, destacando-se o facto de se constituir como esse complexo único experienciado pelo indivíduo e as pessoas que o rodeiam. Esta perspectiva é de grande utilidade nesta pesquisa ao permitir analisar o corrimento vaginal através da compreensão do sentido das narrativas que vezes sem conta são ignoradas pelo sector profissional, fechando-se deste modo a várias possibilidades de debelar a enfermidade ou evitar que aconteça. Feita esta revisão de literatura internacional, passo a analisar alguns estudos que também abordam as interações que envolvem as questões sobre a doença em Moçambique.

### **As abordagens sobre saúde e doença em Moçambique**

Em Moçambique, desde a independência em 1975 até finais de 1990, devido ao suposto envolvimento da antropologia com o sistema de dominação colonial, o debate antropológico conheceu uma relativa marginalização por parte do Estado. No período em referência Moçambique também atravessou momentos de conflitos relacionadas a guerra, a seca, escassez de alimentos, fome, deficiência dos serviços de saúde entre outros, de tal forma que o Estado chamou a si a responsabilidade de emitir uma narrativa duma aparente igualdade entre as pessoas, o que contrastava com a abordagem da antropologia de estudar as diferenças. O fracasso dos programas de desenvolvimento aliada aos factores mencionados, forçaram com que o Estado permitisse a formação de antropólogos nos diversos campos incluindo no da saúde e doença (cf. Loforte 2008b; Silva 2002). Este manto de suspeitas e acusações, permitiu compreender como é que ao longo da história foi feita a produção científica, num amaranhado que envolvia relações de poder, discursos, instituições e acções desde o período pós-colonial (Meneses 2008).

As primeiras análises sobre as Doenças de Transmissão Sexual (DTS) centravam a atenção no diagnóstico e tratamento, sistemas de vigilâncias epidemilógicas e actividade de informação, educação e comunicação (cf. Matsinhe 2008; Manuel 2011). São exemplos o estudo de Loforte (2008a) que argumenta que a complexidade da problemática da saúde reprodutiva requer um

investimento na educação e informação de modo a operar mudanças na cultura organizacional. Argumenta ainda que era preciso olhar para as diferenças entre homem e a mulher de modo a permitir um acesso equitativo aos cuidados médicos e medicamentos. O estudo de Loforte (2008a) permite compreender que existe pouca comunicação e discussão em questões reprodutivas, uma vez que o assunto da sexualidade é considerada tabú o que dificulta a partilha de informação entre homem e mulher.

Na mesma linha de abordagem mas diferente, Matsinhe (2008) permite compreender que as normas sociais, os jogos de poder entre sistemas devem dialogar de modo a melhorar o acesso e qualidade dos serviços de saúde. Outro estudo que aborda a questão da informação é o de Jacinto (2006) que permite compreender é preciso valorizar a estrutura comunitária como entidade válida para o acesso a saúde.

Essa forma de homogeneizar as doenças, mostra-se problemático por deixar de lado as particularidade de cada doença e a forma como cada sujeito vivencia a mesma. A informação desempenha um papel na mudança do sujeito em relação a doença mas, problemática por deixar a heterogeneidade de contextos em que ela surge.

Manuel (2009) explora as percepções e práticas sexuais entre jovens na cidade de Maputo, argumenta que as relações de namoro, onde a relação sexual toma a forma de sexo não protegido, o que deixa de lado o uso de preservativo, uma vez que a mulher e o homem valorizam o amor ainda que tal pudesse representar um risco para a contracção da doença. Este estudo ajuda a perceber como é que um certo tipo de relações sexuais podem constituir factor de risco para a contracção de ITS e HIV/Sida.

Na linha reflexiva Passador (2010) discute em torno das noções de pessoa, género e doença no Sul de Moçambique em que as mulheres são tidas como causadoras da doença. Argumenta que a doença têm o potencial de assumir o carácter de sintomas do contacto com determinadas categorias de pessoas marcadas por género, ou da acção voluntária dessas, sendo tomada muitas vezes para além de eventos fisiológicos a serem tratados pela biomedicina, o que constitui a categoria de doença tradicional. Desta forma, o processo de adoecer oferece experiências concretas e críticas que permitem articular, num nível pragmático, os princípios ontológicos que operam na construção da pessoa e dos géneros.

Gune (2008) analisa a dinâmica e o significado associado ao uso do preservativo bem como as implicações sobre os pressupostos subjacentes à sua promoção desse artefacto. Argumenta que

enquanto os pressupostos epidemiológicos consideram o uso do preservativo condição para a prática de sexo seguro, os pressupostos sociais consideram as relações sociais aceitáveis e por si seguras, excluindo, por conseguinte o seu uso. Ao longo da vida sexual activa os actores sociais alternam as práticas sexuais entre perigosas e seguras, o que traduz seu uso incosistente. Este estudo ajuda a repensar outras possibilidades como mecanismos de prevenção tanto para a gravidez não planificada, como para as ITS.

Se olharmos um pouco para o período em que essas abordagens ocorreram, podemos perceber que respondiam a duas questões: uma prática em que o MISAU e as Organizações Não Governamentais (ONG) estavam preocupados com o elevado índice do HIV/SIDA e; epistemológicos ao mostrar o quão problemático eram os conceitos produzidos em outros lugares, bem como a sua aplicabilidade na resposta ao HIV/Sida em Moçambique.

A abordagem sindrómica mostra que o corrimento constitui a doença mais frequente e, afecta cerca de 43% de casos reportados (Misau 2017). Esta abordagem mostra-se problemática por centrar-se nos casos que chegam ao sistema oficial e, deixa de lado as outras formas de sentir e interpretar a doença. Os dados epidemiológicos mostram também que o aumento de casos de 762.402↔69% (2015) e 885.762↔147% (2017), atribuindo tal aumento as deficientes práticas de diagnóstico por parte dos profissionais (Misau 2017), tal abordagem também mostra-se problemática por deixar de lado outras categorias de sujeitos que operam na estrutura familiar como primeira instância em que a doença é diagnosticada e tratada antes de recorrer ao sistema biomédico.

Olhando para estas problemáticas antropológicas em que mostram o papel da narrativa no processo de busca de cura e, a abordagem sindrómica que ainda fica pé em pressupostos baseados no princípio de custo-benefício, este estudo torna-se relevante no contexto urbano em que o indivíduo tem disponível várias possibilidades pelas quais possa enfrentar a doença. Seguirei cada acção, relações, narrativas e performances envolvidas nesse processo atrelado ao método etnográfico e a técnica de trabalho de campo.

### **Capítulo 3: Metodologia**

Esta pesquisa baseou-se no uso do método etnográfico, e obedeceu três etapas complementares: a observação das interações que ocorriam na clínica, a descrição, a determinação de padrões e a interpretação. O estudo procura olhar de forma etnográfica o itinerário terapêutico de mulheres com corrimento vaginal.

A primeira etapa consistiu na observação das interações entre os vários participantes que frequentavam a clínica, com especial atenção para as utentes, as preocupações que lhes levava á clínica. Este procedimento durou cerca quatro semanas, no período da manhã entre as 6:30 até as 12:00, período em que eram interrompidas as consultas médicas. No período da tarde o mesmo procedimento era feito das 12:45 até as 16:00. Tal acontecia de segunda a sexta feira, visto que a clínica funcionava nesse período.

A informação obtida na observação foi registada no diário de campo, ordenada por datas. Em cada diário eram agregadas as conversas com as participantes. Nota-se que no período em análise, eu dividia o tempo laboral entre a recepção e a sala de colheitas de amostras onde estou afecto. Essa prática foi acordada com a direcção administrativa de modo a permitir com que realizasse parte da pesquisa exploratória. Esse procedimento era viável na medida em que as utentes antes de dirigirem-se ao laboratório passavam da recepção para efeitos de pré-pagamento das análises. Daí o rececionista entregava-me o processo (requisição, factura ou venda a dinheiro em anexo) e, pedia a participante que fóssemos á sala de colheita.

Durante a colheita conversava com as participantes sobre o que lhes levava á clínica. Cada uma apresentava uma preocupação relacionada com a saúde sexual e reprodutiva, por exemplo algumas narravam que sofriam de miomas, outras tinham corrimento e por último queriam ter um filho.

Estes elementos permitiram com que na etapa seguinte escolhesse as mulheres que sofriam de corrimento vaginal. Continuei a conversar com cada uma das participantes que apresentavam preocupações relacionadas com aquela doença, convidando-as a participarem do meu trabalho de final de curso. Umas aceitavam na condição de omitir os nomes e outros elementos que pudessem expôr a identificação por parte de quem quisesse saber mais sobre elas e, outras mostraram dificuldades devido ás ocupações que desempenhavam.

Foram esses elementos que me conduziram na escolha das participantes da pesquisa. Na secção que se segue apresentarei com alguma profundidade os critérios da minha escolha.

### **3.1. Critérios de escolha dos participantes**

A escolha dos participantes desta pesquisa obedeceu a dois critérios: a negociação, a experiência com o corrimento vaginal, a vontade e a disponibilidade. Ambos entrelaçam-se na medida em que um depende do outro, sendo que a ruptura de um implicaria a anulação dos outros.

No primeiro critério conversava com a participante se queria ou não participar na pesquisa. Depois de aceitar explicava os processos pelos quais consistia a pesquisa, os meios pelos quais iríamos manter o contacto por exemplo *WhatsApp*, preenchimento do guião de entrevistas bem como conversarmos nos dias em que tinha a consulta médica na clínica.

Em cada etapa de atendimento na clínica tinha que ser observada e, de acordo com a relevância da informação iria recolher-a e usá-la para o trabalho. Lembrava sempre que possível de que estava a participar duma pesquisa, uma vez que parte das conversas decorriam na clínica e, outras fora do serviço e no fim de semana.

O critério da experiência, a participante tinha que ter história de infecção com o corrimento vaginal. Tinha que contar desde o momento em que deu conta da doença, quem foi a pessoa que partilhou a informação, que conselhos é que recebeu de tal pessoa, se lhe instruiu a fazer algum tratamento e em que consistia. Tinha também que contar todo o percurso que seguiu no processo de busca de cura, incluindo na clínica.

O último critério baseava-se numa comunicação permanente no sentido de aferir se estávamos ao mesmo nível de percepção sobre as nuances da pesquisa. Tinha alguma noção sob os entraves impostos em abordar questões íntimas e, tomei precaução até que me sentisse seguro de que corria menos riscos de perder a participante no decurso da pesquisa.

Depois de algumas conversas exploratórias consegui delimitar o meu universo de pesquisa com a mínima segurança, embora com alguma incerteza em relação a outras questões, como por exemplo tocar na relação entre a mulher e o homem no que diz respeito ao tratamento.

Assim o critério de escolha dos participantes obedeceu a aceitação, a experiência e a disponibilidade. Cada um destes pressupostos documentei nos instrumentos de recolha de dados cuja fronteira era de difícil delimitação, tal como descrevo na secção a seguir.

### **3.2. Estratégias e instrumentos de recolha de dados**

Nesta secção mostro o processo de construção dos instrumentos de recolha de dados bem como as respectivas estratégias. Este processo obedeceu algumas etapas complementares: as conversas exploratórias permitiram a elaboração dos guiões de observação, questionário com perguntas abertas as participantes; as listas das marcações de consultas permitiram recolher dados como a idade da pessoa, a ocupação, a forma de pagamento de consultas; o livro de registo do laboratório permitiu obter dados sobre as vezes que a pessoa foi pedida exames relacionadas com o corrimento vaginal.

As conversas permitiram a formulação das questões pouco esclarecidas no contacto com a participante. Por exemplo com quem partilhava a informação de que tinha corrimento, porque a escolha duma pessoa e não de outra? Como é que tratou o seu problema antes de chegar na clínica? Nos guiões de observação aprimorei algumas questões, como por exemplo que tipo de tratamento fez antes da ida á clínica, de quem teve tais explicações que conduziam a solução do problema de doença. Face ao tratamento como é que o parceiro reagia quando convidado a colaborar no processo.

Nos processos clínicos consultava os diagnósticos e os tratamentos prescritos pelo médico, alida às receitas médicas e as requisições de análises laboratoriais. Na farmácia prestei atenção ao momento em que o técnico aviava o medicamento e as recomendações, bem como ouvir o que cada uma dizia em relação ao tratamento.

Nos registos do livro de análises clínicas olhei para tendência do exame sobre a cultura vaginal e a urocultura. Esses dados serviram como fonte de exploração de conversas relacionadas com essas coisas. Apartir, desses elementos passei a prestar mais atenção nas conversas destas mulheres e no tipo de preocupação que elas apresentavam.

Prestei mais atenção nos procedimentos para a marcação de consultas no sentido de perceber a tendência da procura de consultas ligadas a saúde sexual. No acto da marcação as participantes procuravam saber mais sobre o dia e hora em que um médico dava consultas. A partida as participantes marcavam a consulta com um profissional, ainda que fossem dadas outras possibilidades. Essas estratégias e instrumentos de recolha de dados permitiram compreender algumas situações vividas na clinica e, fora dela no processo de busca de tratamento sobre o corrimento vaginal.

### **3.3. Tratamento dos dados**

A análise das questões íntimas, como é o caso do CV, requeria alguns cuidados na manipulação de dados. Os dados recolhidos a partir do *WhatsApp* foram apagados após a sua transcrição para o diário de campo. Essa prática evitou com que uma possível perda do telemóvel não expusesse as conversas que mantive com a participante. Os e-mails após a leitura e gravação dos dados foram também apagados.

As informações contidas nos livros de registos, sistemas informáticos e outras coladas na vitrina serviram de fonte de consulta permante, comparando o que está estabelecido formalmente e a prática quotidiana. Por exemplo, na tabela de horário de trabalho, a hora de entrada constava 8h, mas no quotidiano as actividades iniciavam as 6:45.

Na fase exploratória assumi compromisso de preservar a identidade de todos os intervenientes da pesquisa. Um dos quais diz respeito a omissão de nomes de pessoas, lugares e entidades com as quais tive o contacto. Esses nomes foram trocados por outros fictícios e, em alguns documentos que irei anexar no trabalho apaguei os nomes, carimbos e outros dados que pudessem permitir a exposição.

Em cada etapa da pesquisa, mais do que uma mera formalidade dos compromissos éticos, cumpro na íntegra sob o risco de colocar a mesma em causa.

### **3.4. Desafios éticos da pesquisa**

Durante a recolha de dados na clínica e fora dela enfrentei desafios de natureza ética, típicos da pesquisa qualitativas em saúde e doença nas áreas urbanas. Um dos desafios foi em relação a minha própria posição enquanto técnico de laboratório no diálogo com as participantes. Há uma série de questionamentos que levantei em torno do meu papel de observador, uma das quais assenta no facto de realizar a pesquisa no decurso da minha actividade laboral. Pode-se eventualmente questionar o meu duplo papel por um lado de profissional de saúde que zela pela vida das participantes e, por outro o meu papel de observador.

Enquanto profissional que presto serviços para a clínica, pedi a autorização verbal á direcção da clínica no sentido de efectuar o meu trabalho de final de curso. O meu argumento fundamentou-se no facto de ter interesse nas questões relacionadas com a saúde e doença por um lado e, por outro a clínica constituir um lugar onde passava maior parte de tempo e, bem como forma de responder

a questões metodológicas. A administração da clínica aceitou na condição de apresentar uma credencial da instituição onde estava a frequentar o curso.

Essa negociação foi extensiva aos participantes que na fase exploratória convidei-lhes para participarem na pesquisa. Existiram participantes que sentiram-se constrangidas, tendo rejeitado o meu pedido para participarem na pesquisa, com o receio de minar a relação profissional/utente. Em situações como esta expliquei que a participação tinha que ser livre de acordo com a conveniência. Tal foi o caso da Teresa que na fase exploratória deste estudo aceitou em participar mas, na etapa de recolha de dados segundo ela declinou dizendo que o esposo pediu-a para não continuar (Conversa com Teresa, Setembro 2018). Respeitei a sua posição e agradei por ter aceite mas, ela consentiu que usasse as conversas tidas antes da desistência.

Para ultrapassar a esses desafio tive que recorrer a princípios basilares da pesquisa na saúde: o respeito mútuo, a confiança na recolha, tratamento e divulgação dos dados empíricos; a negociação e aceitação seja verbal ou escrita bem como a preservação da identidade dos participantes e lugares.

Dado que boa parte das etapas da pesquisa foram realizadas na clínica, envolvendo várias categorias entre as participantes, médicos, enfermeiros, técnicos de farmácia e recepcionistas, em que há vários assuntos que merecem ser pesquisados tive que resistir a um provável deslize para outros objectos de estudo, mantendo o foco no processo de busca de cura de mulheres com corrimento vaginal.

### **3.5. Constrangimentos metodológicos da pesquisa**

A pesquisa em ambiente de trabalho segundo Duarte (2002) geram alguns problemas tais como interrupções para atender telefonemas, situações de urgência ou para receber recados. Tenho a consciência dessas inconveniências, mas a dinâmica social e profissional, impõe alguns desafios a rigorosidade metodológica à etnografia.

O primeiro desafio que enfrentei foi na conversa com as participantes que vezes sem conta tinha de interromper para atender uma situação, por exemplo sair da sala de colheitas de amostras onde frequentemente trabalho para o gabinete médico, seja para colher alguma amostra, seja para ajudar a um procedimento.

O segundo foi na movimentação nos vários compartimentos da clínica pelos quais tracei o roteiro da observação, ora na recepção, ora na farmácia fazia com que por vezes perdesse algumas informações, tomando em conta que estava ali mais pelo trabalho remunerado do que para fazer o meu trabalho académico.

O terceiro relacionou-se com a diversidade de ocupações assumidos pelos participantes, por exemplo estudante, trabalhadora, entre outros que dificultaram na recolha de dados. Pese embora os meios tecnológicos como *WhatsApp* e e-mail ajudaram a superar essa barreira, através do deslocamento da noção de campo enquanto lugar fixo, em que o observador e observado estão fisicamente distantes mas, pertos do ponto de vista de interacção.

Outra forma de superação é que tinha que arranjar um argumento forte capaz de fazer com que a participante interagisse, como por exemplo enviar uma mensagem a informar que os resultados já estavam prontos.

## **Capítulo 4: Da descoberta do corrimento às primeiras experiências de tratamento**

Neste capítulo apresento a descrição e a forma como as participantes com quem conversei, como chegaram ao entendimento sobre a doença e como mobilizaram-se para a busca de tratamento e cura. Começo por descrever as primeiras acções que a participante e as que estão a sua volta fazem como resposta ao infortúnio.

### **4.1. Os primeiros momentos da experiência antes de ir á clínica**

Nesta secção descrevo diferentes percursos seguidos por cada participante, desde a forma como identifica a sua experiência até antes de se dirigir à clínica. Nota-se que num primeiro momento em cada narrativa sobressai uma categoria que interage com a participante, ajudando a identificar e tratar as coisas que ela sente. Tais práticas constituem conhecimentos adquiridos por essas categorias ao longo da sua experiência passada com a doença. Esta descrição é feita a partir da conversa com quatro participantes da pesquisa, nomeadamente Iwananga, 35 anos, Lurdes 31 anos, Dulce 31 anos, e Vivi com 19 anos. Exploro o sentido das narrativas que proferem nas conversas que tivemos na clínica bem como aquelas que estão inscritas nos guiões de perguntas.

Para a análise destes casos recorro à literatura antropológica que ao longo do tempo tem vindo a analisar o papel transformativo de cura, através da manipulação de símbolos em contextos extraquotidiano, carregado de emoções, o ritual induz seus participantes a perceberem de forma nova o universo circundante bem como a posição particular nesse universo (cf. Alves 2015; Geertz 2008; Fialho 2003; Rabelo 1993). Ao analisar a briga de galos balinesa, Geertz (2008) explorou a forma como a briga de galos organiza experiências e sensações quotidianas em “-todo-” ordenado, constituindo para estes uma espécie de educação sentimental. De modo similar a outra literatura (cf. Langdon 2001; Ricciardi 2009; Singh 2010) escreveu extensamente sobre a forma como os rituais de cura operam de modo a conduzir o indivíduo a determinados estados e atitudes frente ao mundo: o isolamento de objectos e imagens de seu contexto ordinário e sua recombinação em novos contextos, a focalização em determinadas unidades simbólicas, a combinação de fortes estímulos sensoriais e intelectuais (cf. Ricciardi 2009; Langdon 2001; Rabelo 1993).

As participantes da pesquisa tiveram diferentes experiências com as coisas que sentem até à sua descoberta como doença. Diferentes experiências geraram demandas diferentes em termos de tratamento, que envolvem a explicação da causa ou origem do corrimento, a experiência com quem

se partilhou a situação, a idade da mulher e o seu estado marital. Mas afinal de contas o que origina essa experiência de corrimento? A primeira experiência foi contada por Inwananga:

Pesquisador (P) – Poderia me explicar como é que iniciaram essas coisas?

Inwananga (I) – “Ah, não me lembro bem mas deixa ver se consigo pensar um pouco. Foi quando tinha doze anos quando essas coisas começaram. Sentia uma sensação de queima quando fazia xixi. Na altura como ainda tinha brincadeiras de criança não dei conta do que era”.

P – E depois a quem você contou?

I – “Contei para a minha amiga que na altura tinha catorze anos e, ela já tinha começado a namorar. Na altura era antes de começar a namorar e tudo o que aparecia sempre perguntava. Mais tarde comecei a perceber que na calcinha aparecia umas coisas parece ranho”.

P – Depois de contar a sua amiga o que fizeram?

I – “Ela disse me que já tinha sentido coisas similares e a mãe dela ajudou a tratar. Disse me que poderia fazer a mesma coisa porque para ela deu certo.”

P – Podes contar-me mais sobre essas coisas que fizeram para te ajudar?

I – “Ela me deu um medicamento com base em folhas para eu tomar, já não me lembro bem o nome mas amargava muito que até causou-me enjôos.”

P – Disse que tinha que tomar essas coisas, como é que tinha que fazer?

I – “Tinha que tomar uma colher de sopa de manhã e á tarde durante três dias. Fiz durante dois dias e, devido ao sabor amargo parei depois de dois dias, mas já tinha passado o que estava a sentir.”

(Entrevista com Inwananga, Janeiro, 2019)

A segunda experiência de cura e tratamento antes de chegar á clínica foi com a Lurdes:

P – Poderia me contar como é que começou a sentir essas coisas?

Lurdes (L) – “Não sei bem mas, afirmo que é algo que surge de repente nas mulheres”.

P – Poderia me explicar melhor esse derepente?

L – “É que primeiro começou quando tive relações sexuais com o meu esposo. No dia seguinte não senti algo mas no terceiro dia comecei a ver umas gotículas esbranquiçadas que considero normal para nós as mulheres.”

P – E depois?

L – “Passados mais alguns dias começa a intensificar a saída de líquido esbranquiçado tipo ranho. Com o passar do tempo começo a me sentir que a roupa interior ficava muito molhada mas só via no momento em estava para tomar banho nas manhãs. No momento em que começou a ter uma característica tipo creme, com cor castanho claro, às vezes tipo bolhas de yogurte podre. Aí comecei a sentir uma sensação de queima ao fazer xixi. Depois dava-me a sensação de coçar sempre, o que às vezes causava feridinhas”.

P – E com quem partilhou essas coisas que você estava a sentir?

L – “Com a minha tia.”

P – E qual foi a reacção da sua tia quando você lhe contou?

L – “Ela disse me que teve o mesmo problema a algum tempo e tratou com bicarbonato de sódio que comprou no mercado”.

P – Poderia me caracterizar um pouco mais sobre essas coisas que você chama de bicarbonato de sódio?

L – “É um pó com pequenos grãos que vendem nos mercados e, às vezes usam como fermento para pão ou biscoitos”.

P – E como é que tua tia explicou-te para usar?

L – “Explicou-me que tinha que pôr água na bacia, mais ou menos três a cinco litros, adicionar três a quatro colheres de sopa na água. A quantidade de água deve ser proporcional com a quantidade de pó. Agachar perto da bacia, tirar o preparado com uma caneca e lavar a parte íntima. Depois da lavagem tinha que secar com uma toalha de banho e usar roupa limpa e seca”.

(Entrevista com Lurdes, Janeiro 2019)

A terceira experiência de tratamento e cura antes da ida á clínica refere-se a Dulce:

P – O que achas que causa essas coisas que você estava a sentir?

D – “Eu acho que a falta de higiene das roupas interiores e a forma como lavo a vagina podem ser factores que provocam o corrimento”.

P – E como é que achas que cada um destes factores podem provocar o que você chama de corrimento?

D – “ As roupas interiores podem influenciar na maneira como lavo e seco. Muitas vezes lavo a calcinha quando tomo banho e ponho a secar no quarto. Às vezes volto a usar a mesma calcinha enquanto está húmida”.

P – E em relação á lavagem da vagina?

D – “ Oh, é assim eu tinha o hábito de lavar a vagina com água e sabão, metendo os dedos para a limpeza mas quando contei a minha tia que fazia assim ela disse-me que estava errada”.

P – E depois?

D – “Tive que mudar, passei a lavar só com água”.

P – “ E como é que tua tia explicou te para fazer passar as coisas que você estava a sentir?

D – “Disse que tinha que por água morna na bacia, cortar um limão e exprimir. Depois tinha que lavar-me de manhã e a tarde, durante alguns dias até passar.”

(Entrevista com Dulce, Janeiro 2019):

A quarta experiência de tratamento e cura antes da ida a clínica foi da Vivi:

P – Poderia me explicar como e quando é que se apercebeu que tinha essas coisas?

Viví (V) – “A primeira vez que tive essas coisas foi quando tive relações sexuais com o meu namorado. Passados alguns dias comecei a sentir que na região genital estava a arder. Conteí para a minha amiga que sempre lhe digo estas coisas íntimas. Ela me disse que era normal quando se faz relação sexual pela primeira vez e, na segunda iria passar. Bom... como ela é minha amiga, acreditei nela. Tive de novo relações sexuais com o meu namorado, a partir daí no dia seguinte comecei a sentir que estava a arder ainda mais quando fazia xixi.”

P – E depois como é que fez?

V – “Eh, tive que contar para a minha mãe porque até tinha receio de fazer xixi de tanto doer.”

P – Era só essa dor que sentias?

V – “Não, saía um líquido grosso com cor branca. Mas pensei que fosse por causa da relação sexual e, ficou acumulado no canal.”

p – Podes me contar como é que conseguia se aliviar das coisas que estava a sentir?

V – “Epah, como forma de aliviar o corrimento que me molhava a roupa interior, usava papel higiénico ou penso”.

P – “E quem te ensinou a fazer isso?”

V – “Contei para minha mãe e ela disse que teve esse problema e aliviou com água morna e vinagre”.

P – Podes me explicar como preparavas?

V – “Colocava a água morna na bacia, colocar uma colher grande de vinagre, mexer e me lavar com a caneca á noite”.

P – E aliviou?

V – “Passou por uns dias e, depois voltou a sair”.

(Entrevista com Viví Janeiro, 2019):

Como tenho vindo a mostrar através da literatura, os rituais de cura ajudam a perceber como é que os significados, símbolos e metáforas são manipulados em um contexto de acção, por pessoas diferentes num espaço físico concreto com recurso ao uso de meios de comunicação diferentes (Rabelo 1993). Para Dantas e Amazonas (2016) a experiência do adoecer faz com que o sujeito reflita a respeito do processo que provoca diversas sensações e recções, dependendo da forma como esse facto é experienciado.

Mas o que explica a transformação dos cuidados de saúde baseados nas relações interpessoais? Na narrativas que a Viví profere nota-se que antes do início da doença ela envolve-se numa relação sexual com o homem. A fase seguinte caracteriza como é que o processo de adoecer que se desencadeia até atingir o ponto em que dificulta fazer xixi e começa a procurar ajuda. É aqui onde entra a categoria de mãe que apartir da sua própria experiência com o corrimento ajuda a iniciar o processo de transformação. O problema da mãe reside no facto de deixar de lado o namorado da Viví no processo de tratamento e, centra a atenção na filha. A mãe avança com um conjunto de conhecimentos e explicações tendentes a integrar a Viví na saúde. Nesse processo o laço de afecto tem maior peso ao ponto de esquecer a questão da partilha de fluídos na relação sexual, o que em

grande medida prejudica a mulher devido a natureza fisiológica do órgão sexual, através do processo de acumulação desses fluídos que geram a doença.

A experiência de Viví assemelha-se com a de Lurdes por ambas estarem ligadas á relação sexual com o homem, bem como na categoria parenteral que ajuda no processo de identificação e definição de doença. Outra semelhança é que a tia avança para o processo de tratamento deixando de lado o homem com quem a sobrinha teve relação sexual e consequente troca de fluídos coporais. Diferente do caso da Viví em que a relação sexual pode estar na origem do corrimento, para a Dulce o corrimento está relacionada á questão da higiene segundo o seu discurso. A categoria de tia ao perceber a forma como a Dulce chega a adoecer, corrige a gênese do problema com explicações que até certo ponto podem evitar com que a doença volte a acontecer. Nota-se que a tia recorre a sua experiência de lidar com a higiene sexual da mulher para ajudar a aliviar o infortúnio. O problema dessa experiência de alívio é que a tia minimiza o efeito da prática de secar a roupa interior da mulher em lugar fechado, o que até certo ponto pode constituir uma fonte de incubação de doença.

A semelhança do caso da Dulce, a Inwanaga também relaciona o início do corrimento com práticas de higiene das roupas interiores bem como da região genital. Segundo a sua narrativa no momento em que começou a ter essas coisas ainda não tinha namorado. A categoria de amiga é importante para ajudar a definir o que considera doença e como tratar. Esse laço de amizade ajuda também no processo de cura a partir da sua experiência passada com a essas coisas.

Os quatro casos apresentados está presente os laços de natureza parenteral, de amizade e afinidade como sugere a ideia de Helman (2009) de que primeiras opções em termos de diagnóstico, tratamento e cura são as pessoas mais próximas, podendo ser laços de parentesco, ou por serem membros de uma organização religiosa ou profissional, em que o agente de cura e o doente partilham pressupostos sobre a doença e que facilmente se compreendem.

O problema desse tipo de diagnóstico e tratamento é que apegam-se demais nos valores como a fidelidade vista como algo estanque, esquecendo que em tal valor repousa a natureza fundamental da realidade como sugeriu (Geertz 2008). A sacralidade que encoberta o questionamento desse valor na relação sexual entre a mulher e o homem pode dificultar o processo de cura, ou evitar que a doença volte a acontecer. Sobre os valores retomarei a reflexão no capítulo cinco, visto que os mesmos constituem um desafio no tratamento.

Cada experiência revela um processo diferente de busca de cura, interpretada a partir da história individual. O processo de cura é marcada pelas narrativas sobre como, quando aconteceu e em que momento consideram tais coisas de doença.

Em síntese no processo de adoecer as primeiras experiências de cura não se esgota no debelar da enfermidade em si, implicando também a resolução do problema que a origina. Algumas práticas de higiene ligada as partes íntimas e a sacralidade da roupa íntima podem propiciar o surgimento e a perpetuação do corrimento. Outro problema ligado a esse tipo de experiência é o valor da fidelidade pouco questionada por aqueles que estão envolvidos no processo de cura. A relação sexual que a mulher mantém com o homem atrelada ao valor da fidelidade podem constituir impedimento para a transformação da doença. É importante que o agente de cura preste atenção na narrativa desde o início até ao fim, de modo a saber lidar com as suas nuances em busca de cura.

#### 4.2. A clínica como lugar de busca de cura

Esgotadas as possibilidades de cura ao nível da estrutura familiar, a participante e as pessoas que o rodeiam procuram o sistema biomédico como opção para o problema de doença. Início por fazer uma retrospectiva histórica, bem como das transformações sociais, políticas e sistémicas ocorridas em Moçambique desde 1975 até 1992 em que se verificou tal ruptura. Descrevo a forma como as noções de saúde e doença foram pensadas ao longo desse período, como é que a clínica surgiu e quais as nuances que estão por detrás deste tipo de sistema.

As pessoas que trabalham na clínica organizam-se no sentido de transmitir a ideia de que este lugar é diferente de tantos outros. Organizei a análise em dois momentos complementares: o primeiro em que mostro o itinerário que cada mulher percorre até chegar a clínica e, o segundo em que discuto as problemáticas do encontro clínico. O percurso é marcado por uma rede de relações que conduzem a participante até a clínica e, o encontro clínico pelas diferentes percepções sobre a experiência subjectiva de adoecer.

#### **O nascimento da clínica**

Entre 1975-1992 Moçambique passou por um processo de transformações sociais, políticos e económicos. Tais processos compreenderam o sistema socialista no qual o Estado nacionalizou o sistema de educação e saúde bem como outras áreas consideradas de interesse social, proibindo qualquer actividade privada nestes sectores. A conjuntura política nacional em que ocorria a guerra,

fome entre outras e, a nível global que opunha os dois grandes blocos económicos forçaram a ruptura iniciada em 1987 com o Programa de Reabilitação Económica (PRE) que em 1990 agregou-se o conceito de social, o que passou a designar-se de Programa de Reabilitação Económica e Social (PRES). Este programa foi um pacote que envolvia o livre comércio, a desregulação e a privatização ( cf. Maloa 2016; Cruz e Silva 2002). Esses pressupostos foram transformados em instrumentos legais para a prestação dos serviços de saúde por privados com carácter lucrativo, que mais tarde passou a integrar a medicina alternativa (Lei nº 26/91; lei nº 24/2009).

Parte da descrição do surgimento da clínica foi feita em conversa com um dos seus fundadores, que passo a chama-lo de Dr. Lucas, que é igualmente o director clínico da instituição. A conversa decorreu na clínica, numa sexta-feira, dia calmo na rotina da clínica o que permitiu manter uma conversa sem interrupções. Médico especializado em cardiologia que regressou ao país no ano 2009. Entre 2009 e 2011 trabalhou numa clínica privada. Saiu desta clínica em 2011 por causa de injustiças e falta de respeito de que era alvo. Então decidiu escrever uma carta rescisão de contrato, na altura sem ter outro emprego.

Achava injustiça trabalhar de urgência durante vinte e quatro horas sem remuneração e nem direito a horas extras, tinha de trazer as refeições de casa. Lembro-me que um dia entornou-se a minha tijela de comida no corredor da clínica. A gota de água que transbordou o copo foi quando a directora insultou a mim e os restantes colegas chamando-nos de “ratos”. Nem acredito que as coisas mudaram tanto por lá, mas fiz a minha parte.

(Entrevista feita em Janeiro, 2019).

No período em referência, o Dr. Lucas iniciou a busca de novas oportunidades para trabalhar. As dificuldades para inserção eram enormes dado que todas as clínicas pelas quais pediu para trabalhar, diziam que já tinha um cardiologista. Enquanto não exercia a cardiologia, fazia consultorias em algumas empresas de seguro como forma de sustentar a si e sua família (uma esposa e um filho menor).

Conseguiu poupar dinheiro e pensou em abrir um consultório mas, porque o dinheiro não era suficiente decidiu pedir um empréstimo bancário. Fez uma sociedade com um médico internista no sentido de trabalharem juntos. Esse médico-sócio tinha recursos capazes de impulsionar o negócio. “ Só para teres a dimensão do que estou a dizer, ele ganhava sete mil dólares por mês em 2012 (Entrevista feita em Janeiro 2019)”. Procuraram um espaço na cidade de Maputo para transformarem em consultório.

Seguiu-se a fase das obras de reabilitação, nomeadamente pintura, alteração dos compartimentos entre outras. Nesta fase das obras o Dr. Lucas fala do pouco empenho do sócio nas actividades. Mais tarde separou-se deste sócio e foi convidar o Dr. Petrossy, ginecologista, quando chegou à conclusão de que o consultório não sobreviveria só com os serviços de cardiologia. Mais tarde fez parcerias com um especialista em análises clínicas e uma farmacêutica. Com o acréscimo desses serviços requereu a alteração do alvará, segundo as normas do Ministério da Saúde (MISAU). Os serviços da clínica passaram a incluir parceira com empresas e seguradoras de modo a atenderem os seus trabalhadores e assegurados.

O Dr. Petrossy concentrou todas as suas consultas externas que fazia em várias clínicas para a clínica do Dr. Lucas. A partir daí, houve o aumento significativo de utentes dada a maior procura pelos serviços deste médico. A maior frequência de utentes levou a abertura de outras especialidades, tais como medicina interna, otorrinolaringologia, nutrição, ortopedia, psicologia-clínica, pediatria, imagiologia, ortopedia para além das consultorias. No fim da conversa o médico suspirou e disse “A minha felicidade hoje (2019) é saber que consegui pagar o empréstimo bancário na totalidade, apesar de ter pago pelo dobro” ( Conversa com Dr. Lucas Janeiro de 2019).

Das conversas com as participantes, destaca-se a ideia de que o Dr. Lucas, para além de ser um profissional procurado pela competência técnica, é bastante interventivo na clínica. Consideram que o diferencial desta clínica com as outras reside na forma como cada instituição prepara o sector para receber o (a) utente. Durante a minha permanência da recepção notei alguns aspectos que os recepcionistas fazem. Sempre que aparece um (a) utente preocupam-se em recebê-lo/(a) com cordialidade e cortesia respondendo as questões e/preocupações apresentadas.

É preciso olhar para o contexto do surgimento da clínica no sentido de percebermos a forma como as pessoas que nela trabalham se organizam para responderem as suas expectativas. Apartir da narrativa do médico-fundador é possível perceber que ele funda a sua própria clínica por rejeitar a forma como era tratado em outras clínicas. Recorre a banca que também tem suas lógicas ao dar emprestado dinheiro – o lucro. Este médico ao se aperceber que sozinho dificilmente conseguiria responder as exigências da banca para a devolução do dinheiro, procura parcerias capazes de alavancar o negócio. Para isso vai buscar um ginecologista que tem um potencial e nome firmado na prática clínica, para que em conjunto consigam responder as exigências da banca para a devolução do dinheiro, procura parcerias capazes de alavancar o negócio. Esta cadeia complexa de

relações incide sobre a pessoa doente, que se traduz a ideia de que tratar a doença é bastante oneroso.

### **4.3. A organização do atendimento**

Nesta secção descrevo a forma como as pessoas que trabalham na clínica se organizam para atenderem as utentes. Fazem um trabalho contínuo no sentido de mostrarem um aparente interesse em resolver os problemas de mulheres que vão em busca de tratamento do seu problema de saúde. A abordagem etnográfica ao longo da história tem se mostrado fechada na relação com a administração pública com o argumento de que tal representaria a perda de identidade da etnografia (Jaime 1996). O conceito de cultura organizacional mostra-se como um campo fértil para explorar as relações conflituosas entre os actores enjados no tratamento da doença (cf. Barbosa 1996; Mascarenhas 2002). É preciso perceber como é que os actores se comportam na clínica no sentido de captar certas lógicas que instruem a vida social como um todo (Barbosa 1996).

Depois das consultas os recepcionistas verificam para as listas das marcações e no sistema. Eles escrevem uma mensagem que posteriormente enviam para todos os números de utentes. Essa mensagem têm o seguinte teor:

“Boa tarde! A senhora “X” tem uma consulta marcada para amanhã na hora “X”, pedimos que confirme a sua presença respondendo a esta mensagem, sob o risco de perder a consulta (excerto da mensagem tirada de um dos telemóveis da clínica)”.

Após a confirmação das mensagens, o rececionista lê a resposta e em função da mesma coloca uma nota na lista. Se for afirmativa coloca um certo ou ainda a palavra confirmada. Terminado este processo que os recepcionistas designam de confirmação, seguem para o arquivo onde armazenam os processos clínicos de cada utente. No arquivo os processos estão organizados por ordem numérica que partem de 01 até 5858.

Os processos das participantes são marcados por etiquetas com escrita normal e urgente. As etiquetas são de várias cores, desde verde, laranja e amarela. Cada médico possui um arquivo próprio no qual os recepcionistas já se familiarizaram. Por exemplo, os processos do Dr. Petrossy estão organizados nos arquivos metálicos, com gavetas e separadores de papel. A enumeração

encontrava-se escrita e colada em cada gaveta, no interior cada processo num envelope branco com o nome e número inscrito e na parte externa.

De lá são tirados os processos de acordo com uma nota colada na lista. Terminada aquela etapa, os processos são levados para a recepção á espera do momento da consulta. No momento em que o médico inicia as consultas foi lhe entregue uma lista com as marcações de consulta num dia. Durante as consultas, o médico sai da sala para verificar o número de processos que esperam atendimento.

No fim de cada consulta, a participante passa da recepção para efectuar o pagamento das despesas dos procedimentos médicos. Na clínica os pagamentos podem ser feitos a título pessoal ou remetidos à seguradora. Após o pagamento pode acontecer que a utente precise de marcar consulta seguinte e recebe um cartão de visita. No cartão contem o logotipo da clínica, o endereço e os contactos telefónicos (fixo e telemóveis) e o E-mail. No momento em que as participantes ligam para a marcação, os recepcionistas registam os dados no sistema informático: o nome completo, o dia e a hora, bem como o médico com quem desejam ter a consulta.

Os dados que apresento em relação a forma como a clínica se organiza para atender as utentes permite compreender que o cartão de visita constitui um código na perspectiva de Geertz (2008) uma vez que o mesmo possui um significado para quem o entrega e para quem recebe. Tal código constitui um elemento estruturante na medida em que fornece pistas indicativas sobre as trocas de vários tipos como sentimentos e expectativas de resolver o problema de corrimento vaginal.

O entendimento que o médico-fundador tem do seu passado são importantes para as problemáticas que discuto neste trabalho. Mais do que tratar as aflições de mulheres e sua experiência em busca de alívio da enfermidade, é preciso ter em conta essas lógicas.

#### **4.4. Itinerário de mulheres até chegarem a clínica: percepções sobre a doença**

Nesta secção descrevo o percurso que cada mulher segue desde as primeiras experiências com a situação até chegarem á clínica. Tais experiências são caracterizadas por histórias passadas de tratamento que traduzem uma aparente sensação de que foram bem atendidas com um certo profissional. São duas as questões que pretendo perceber: a primeira é perceber como cada participante chega à clínica e; a segunda perceber como é que a mesma participante percebe a

doença. O primeiro itinerário é da Viví, com quem conversei durante vários momentos ao longo da pesquisa:

P – poderia me explicar como é que conheceu a clínica?

Viví (V) – “Hum, a primeira vez que fui a clínica, foi a dois anos quando tinha 16 anos de idade e comecei a ter um corrimento vaginal. Como era a primeira vez a ter não sabia dizer o que era e disse a minha mãe.”

P – E depois?

V – “Ela como é uma pessoa aberta, e sempre mostrou-se disponível para me ajudar, desde que comecei com o período menstrual ela ensinou-me a tomar banho e a me cuidar. Quando tive essas coisas disse a ela. Disse que tinha de marcar a consulta na clínica com o Dr. Petrossy. Fui marcar, tive a consulta, tratou-me e passou.”

P – E da última vez como é que foi á clínica?

V – “A dias comecei a sentir o corrimento e, minha mãe ligou para a enfermeira que trabalha com o Dr. Petrossy.”

(Entrevista com a Vivi Janeiro, 2019)

Contou ainda que sentia uma dor no baixo ventre, acompanhada de CV que durou mais de uma semana. Quando começou a dor pensou que fosse cólica menstrual e tomou ibuprofeno<sup>1</sup>, acalmou um pouco e depois teve de novo com alguma intensidade. Foi quando decidiu marcar uma consulta. Já na clínica, descreveu para o médico o que estava a sentir.

O médico questionou se tinha visto o ciclo menstrual naquele mês? De facto a Viví tinha tido menstruação no mês anterior. Perante esta resposta o médico fez observação e alguns testes e no fim suspeitou que a paciente tivesse um quisto no ovário. Como forma de confirmar a suspeita, o médico pediu para a paciente regressar dali a uma semana para outros exames.

A Viví saiu da consulta um pouco preocupada com a sua situação. Dirigiu-se á recepção, pagou a consulta e outros procedimentos médicos. Na semana seguinte voltou, segundo o que combinou com o médico.

A segunda vez ela foi á consulta com o namorado, tendo o mesmo ficado na recepção e a Viví entrou na sala do médico. Na sala de consulta o médico pediu a ecografia e disse que provavelmente

---

<sup>1</sup> O ibuprofeno é um anti-inflamatório, analgésico e antipirético, pertencente ao grupo dos anti-inflamatórios não esteróides. É usado para para tratamento da dor de vária natureza fisiológica ( Generis farmacéutica, 2017)

estava grávida. Passou a requisição de análises clínicas a pedir BHCG<sup>2</sup>. Nesse dia encontrava-me em serviço no laboratório da clínica e fui eu que a atendi. O momento entre a realização do teste e o anúncio do resultado, a Viví apresentava-se ansiosa.

Passados cerca de quinze minutos, chamei-a para informar o resultado. Essa prática só fazia-se naquela situação específica em que o médico precisava de confirmar o seu diagnóstico, uma vez que o processamento das análises era feito num outro lugar. Geralmente, colhia-se a amostra, registava-se no livro e depois transportada para o laboratório. Após o processamento, o resultado é entregue à utente em envelope fechado com o seu nome inscrito na parte externa. Cabia ao médico abrir o envelope e informar os resultados á utente.

A Viví entrou no laboratório e sentou-se na cadeira. Mostrei-a o resultado, expliquei sobre as várias possibilidades, nomeadamente nulo, negativo e positivo. Quando terminei, ela esboçou um sorriso e afirmou “eu disse ao Dr. que não estava grávida. Não sei o que ele vai me dizer porque da outra vez tive o mesmo problema na Beira e disseram que era um corrimento e me trataram bem” (conversa com a Viví Janeiro, 2019).

Dulce, contou igualmente a sua experiência com o corrimento, logo nos primeiros sinais contou para uma pessoa das suas relações. Foi essa pessoa que deu indicações da clínica e a Dulce teve a consulta com o Dr. Petrossy na clínica dos Poetas e foi a partir daquela altura em que percebeu de que o “ Dr. Petrossy é um médico bastante atencioso, directo e comprometido com o seu trabalho (conversa com Dulce, Janeiro 2019)”. A segunda vez teve o mesmo problema, tendo sentido a persistência do que considera de corrimento e ligou para para a clínica, donde informaram-lhe que aquele médico estava de férias fora do país.

Dirigiu-se á clínica dos Poetas no sentido de ter uma consulta com um qualquer ginecologista e, uma vez que aquele que considera como seu médico estava ausente. Na sequência descreveu que “ Não gostei da forma como ela me tratou [...] (excerto da entrevista com a Dulce, Janeiro 2019)”. Considerei que aquela resposta merecia algum aprofundamento e, a seguir trascrevo com mais detalhes:

P – Poderia me explicar melhor o que não gostou da ginecologista que lhe atendeu na clínica dos Poetas?

---

<sup>2</sup> Exame de gonadotrofina coriónica humana, utilizada como teste de gravidez, pois esse hormónio é produzido pelas células do embrião.

Dulce (D) – “Bom, é assim eu expliquei o que estava a sentir. A médica só me disse para subir na marquezza, observou me nos genitais e disse que não estava a ver algo [...]”

P – E depois?

D – “A médica disse me que não era nada e podia ir. Eu estava a sentir que á noite sempre saía muito corrimento e, nas manhãs conseguia ver nas roupas interiores, mas ela dizia que não estava a ver. Nem pediu análises, nem me deu algo para tomar. Achei estranho e, no fim de tudo paguei a consulta”.

P – Que atitude é que tomou depois desse episódio?

D – “Foi a partir daí que decidi ligar novamente para saber se o Dr. Petrossy já tinha voltado e se estava a trabalhar. Na clínica responderam-que já estava a trabalhar mas naquele dia estava cheio. A não ser que pedisse uma consulta de urgência. A pessoa disse que a consulta de urgência custava dois mil e quinhentos, enquanto que a normal custava mil e setecentos meticais”.

P – E chegaste a optar por qual das consultas?

D – “Opháh, tive que optar em fazer a consulta de urgência porque já não suportava estar sempre molhada”.

(Entrevista com a Dulce, Janeiro 2019):

A partir dos três casos apresentados fica a ideia de que o itinerário até chegar a clínica é marcada por experiências anteriores de tratamento supostamente bem sucedidas com um certo profissional. Tais experiências mantêm ligadas as relações parenterais, de amizadaes e de afinidades com um dado profissional. A tentativa de trocar o mesmo pelas razões já mencionadas, em algum momento pode gerar frustração, uma vez que as suas expectativas em relação a definição de doença entra em choque com a abordagem do sistema biomédico. É a partir dessas referências desses laços que a pessoa doente chega a clínica, uma vez que acede a informação sobre como marcar a consulta e com que profissional.

Chegado a clínica o problema revela-se no contacto entre médico e a participante. Quando analiso a narrativa da Dulce por exemplo ela descreve como, em que momento ela sente o que define como doença “Eu estava a sentir que á noite sempre saía muito corrimento e, nas manhãs conseguia ver nas roupas interiores, mas ela dizia que não estava a ver (excerto da entrevista, Janeiro 2019)”. Este

dado em si é reveladora de que a participante tem sua concepção de quando procurar ajuda mas, paradoxalmente a médica centra a sua concepção baseada nos pressupostos da biomedicina perdendo de vista a narrativa que fornece os elementos contextuais.

Outra forma de conceber a doença pode ser retirada a partir da narrativa da Viví quando diz que “Sabes, certa vez na faculdade senti-me envergonhada porque estava com a calça molhada na parte traseira” (exceto da entrevista, Janeiro 2019).

Assim, o itinerário das mulheres até chegarem à clínica baseia-se na informação que a participante adquire através dos laços de parentesco, amizade e afinidade no enfrentamento das coisas que sente. A percepção da doença, como por exemplo a noção de “molhada” e “cheiro de peixe tipo podre” presente nas narrativas é importante para todo o processo de tratamento e cura. Estes elementos são suportados com a ideia de Caprara e Rodrigues (2004) ao sugerirem que na relação entre médico e paciente é preciso ter em conta as técnicas comunicacionais no sentido de proporcionar uma melhor qualidade do processo de tratamento. A mesma ideia é partilhada por Singh (2010) ao argumentar que a experiência subjectiva e o contexto têm suas próprias lógicas que influenciam em todo o processo de tratamento e cura.

Nesta secção foi possível perceber que no encontro clínico o profissional minimiza o papel da narrativa da participante no sentido de perceber como é que a doença surge e, em que momento a mesma mobiliza esforço em busca de tratamento. A narrativa da participante é esclarecedora sobre esses elementos mas, o profissional parece explorar pouco a mesma e aplica outras técnicas de identificação, de tal forma que chega ao ponto de considerar que não é doença. A narrativa fornece sentimentos, expectativas e ansiedades sobre o processo de adoecer. Face a esse desentendimento faz com que a participante reavive experiências anteriores com o tratamento tido com outro profissional. É através da narrativa que a pessoa doente expressa seus sentimentos, expectativas e ansiedades com relação ao processo de adoecer. São essas experiências e expectativas que fazem com que as participantes procurem mais o Dr. Petrossy em relação a outros profissionais. O que os dados revelam são desencontros sobre a natureza explicativa da doença e, o profissional trata a pessoa doente como se ela chegasse ao encontro clínico sem alguma informação tal como sugere a ideia de Matsinhe (2008) quando refere que em situações de HIV e Sida os conhecimentos das pessoas não são consideradas o que o autor associa ao insucesso do processo de tratamento.

#### **4.5. A experiência de busca de cura na clínica**

Nesta secção descrevo um dos casos que tratam experiências de mulheres na busca de tratamento e cura na clínica. Minha postura é justificada com o argumento de que olhando para as três experiências de cura ambas possuem características similares, por isso que decidi apresentar apenas algumas. Mostro como é que acontece o processo de tratamento desde a chegada na clínica até a saída. Descrevo também os dados contidos na receita médica, nas requisições de análises clínicas, bem como os preços dessas coisas que se relacionam com o tratamento na clínica.

No dia marcado para a consulta, a Lurdes foi a primeira a chegar. O atendimento na clínica é por ordem de chegada, como está inscrito num dos papéis colados na recepção em letras bem visíveis no quadro das informações. Depois da consulta médica dirigiu-se ao laboratório para obter esclarecimentos sobre as análises. Dentre as análises estavam duas zaragoas contendo exsudato vaginal, acompanhado de requisição de análises, marcados com “X” nos quadradinhos. Aquele foi o ponto de partida que eu tivesse alguma informação sobre como decorreu o encontro com o médico. Contou que o corrimento vaginal teria se intensificado nos três dias anteriores à ida ao médico.

O médico observou a ela e pediu exames laboratoriais e, passou a receita para a compra de medicamentos. Explicou-a para fazer o tratamento com o parceiro e enquanto durasse tinham de abster-se de fazer relações sexuais.

Na receita médica estava escrito metronidazol, 250 miligramas, para tomar de oito em oito horas durante três dias; Azitromicina, 500 miligramas, para tomar um comprimido por dia durante três dias; Dermofix creme óvulo vaginal dose única para introduzir á noite durante seis dias; Dermofix creme para aplicar á noite durante uma semana. Na outra receita para o parceiro estava escrito: Metronidazol 250mg para tomar quatro comprimidos durante três dias e Azitromicina 500mg para tomar um comprimido durante três dias.

A seguir, apresento parte da entrevista, colhida após a consulta médica:

L – “Sabes me dizer quanto é que custam estes medicamentos?”

P – Não, melhor ires procurar saber na farmácia.

L – “E as análises?”

P – “Custam cinco mil e cem”.

(Entrevista com Lurdes, Janeiro 2019)

Pagou os procedimentos na recepção e dirigiu-se á farmácia, para se informar do custo dos medicamentos. Passados três dias, enviei uma mensagem por *WhatsApp* para lhe informar que os resultados já estavam prontos. Nessa altura, questionei se tinha conseguido comprar os medicamentos?

Lurdes: “Fui á farmácia perguntar sobre o preço e o técnico disse que o total da minha receita custava três mil e trezentos e dezoito meticais. Pedi dinheiro ao meu esposo para aumentar e comprar só os meus medicamentos (Conversa com Lurdes, Janeiro 2019)”.

A “experiência da enfermidade” é uma categoria analítica que se refere aos meios pelos quais o a participante e suas relações respondem a um dado episódio de doença. Ela é construída através de eventos ocorridos no processo terapêutico, uma narrativa, interpretação e o processo terapêutico destes eventos. A abordagem antropológica parte do pressuposto de que o indivíduo reproduz conhecimentos médicos existentes no universo sociocultural em que se inserem (cf. Alves 1993, Langdon 2001).

A partir desta experiência foi possível perceber a forma como o sistema biomédico concebe a experiência de adoecer. A descrição das coisas que acontecem no encontro clínico revela a forma como esse sistema opera, com lógicas que não poucas vezes deixam de lado a experiência. Foi notório que apesar do médico precever uma receita para o esposo da Lurdes, ela tem que enfrentá-lo no sentido de juntos fazerem o tratamento. Este último aspecto discuto na secção a seguir.

#### **4.6. Desafios de tratamento das mulheres com corrimento vaginal**

A prática clínica mostra-se bastante problemática e fonte inesgotável de pesquisas que visam a compreensão dos processos de adoecimento, bem como a atenção prestada a dimensão subjectiva da cura. As relações entre médicos/ profissional e participantes, participantes com outras pessoas representa um campo de disputas em que o desafio subjectivo do tratamento é desolador. É preciso olhar tais relações a partir dum diálogo polifónico entre várias epistemologias (Palmeira e Gewehr 2018). A experiência de doença é construída através de eventos ocorridos no processo terapêutico e da interpretação destes eventos envolvendo o indivíduo, grupos e instituições cuja exclusão pode redundar em fracasso do tratamento (cf. Langdon 2001; Alves 1993; Rabelo 1994).

As mulheres diagnosticadas corrimento vaginal e submetidas ao tratamento biomédico enfrentam vários desafios no tratamento. Um dos desafios relaciona-se com o tipo de negociação que é feito

com o parceiro sexual. A especificidade da doença, ligada sobretudo à saúde sexual e a uma causalidade derivada igualmente da prática sexual, constitui um lugar de negociação sobre valores como fidelidade e partilha de responsabilidade. No meio dessa relação conjugal surgiam algumas desconfianças de ambos os lados assentes na infidelidade. Estes são aspectos que não são considerados pelos médicos quando prescrevem um tratamento que deve ser feito pelo casal.

Da conversa com a Lurdes, ela narra que se coloca na posição de vítima do seu marido, quer por julgar que ele é o responsável por ter trazido a doença quer porque se coloca na condição de não poder se defender das acusações:

“Nos as mulheres estamos sujeitas a tudo, até a doença o homem traz para casa. Quando por exemplo digo ao meu marido que fui á consulta e, o médico diagnosticou que estou com corrimento vaginal e prescreveu esse medicamento” (Conversa com a Lurdes, Janeiro 2019).

A resposta que a Lurdes tem tido começa por uma recusa implícita do esposo acompanhado por ameaças e agressões. Num desses tons o esposo chegou a lhe responder “ porque tenho que fazer tratamento se não estou a sentir algo (parte de entrevista com a Lurdes, Janeiro de 2019)”. A Lurdes desabafava com ar de quem tem poucas saídas em relação ao tratamento dizendo que “ decidi entregar a minha vida a ele e, não posso lhe controlar (Entrevista com Lurdes, Janeiro de 2019)”. Apartir deste debate podemos perceber que a Lurdes incorporou a imagem ontológica construída apartir dos processos históricos relacionadas com a doença. Mas acredita que o problema do tratamento não é só dela:

I – E você acha que é importante o seu esposo fazer também o tratamento?

L – “Eu sozinha seria capaz de me controlar se não dependesse de alguém [...]. Quando falo com ele para fazermos tratamento juntos, apesar de saber que ele é quem trouxe a doença para casa, ele não aceita.

I – E como é que você lida com essa forma de estar do seu marido?

L – “ Depois de tanta insistência, ele aceita fazer o tratamento, na maioria das vezes depois de eu terminar com o tratamento.”

I – E nesse intervalo entre o seu tratamento com o início do tratamento dele, vocês mantêm relações sexuais?

Lurdes – “Claro. Se por vezes ele chega em casa embriagado, enquanto eu estiver a dormir e com vontade de ter relações sexuais. Não tenho como dizer que não”.

(Entrevista com Lurdes, Janeiro de 2019)

O segundo caso que irei descrever trata-se da Dulce. Quando observou que tinha um corrimento vaginal, após sucessivas formas de tratamento na estrutura familiar decidiu ir á clínica para uma consulta médica. Na clínica realizou exames recomendados pelo médico e teve como diagnóstico de corrimento vaginal e o tipo de que padecia decorria do contágio sexual. Entretanto, o médico receitou alguns medicamentos: metronidazol 250 miligramas (mg), para tomar de oito em oito horas durante três vezes por dia; azitomicina 500 mg, para tomar um comprimido por dia durante três dias, dermofix-óvulo-vaginal para tomar á noite, uma dose única, e creme dermofix papa aplicar no canal vaginal durante sete dias. Na sequência, o médico passou uma outra receita para o esposo, que consistia de metronidazol 250 mg, para tomar dois comprimidos de oito em oito horas e azitromicina 500mg, para tomar um comprimido por dia.

A Dulce saiu da consulta bastante aborrecida e veio directo ao laboratório e desabafou: “sabes, esse assunto só pode ter sido trazido pelo meu esposo. Vocês homens apanham coisas lá fora e trazem para casa e, nós as mulheres temos que vos suportar (Conversa com Dulce, Janeiro, 2019)”.

Na sequência perguntei: “Porquê dizes isso?”

Em resposta disse: “É que eu tenho certeza que não fui eu que provoquei esse problema. Gosto muito do meu marido e sei que existem tantas doenças nos últimos tempos. Ainda preciso de cuidar dos meus filhos. Mas, ele hoje vai me ouvir”.

Passados alguns dias enviei uma mensagem por *WhatsApp* a informar que os resultados das análises já estavam prontos. Depois de agradecer, puche a conversa para saber como tinha sido o diálogo com o esposo. Explicou-me que foi um pouco stressante porque segundo contou ele não admitiu que errou. Mas ele tomou o medicamento, perguntei. Explicou-me que todas as tentativas de fazer com que o homem tomasse medicamento redundaram em fracasso, uma vez que o mesmo considerava-se não doente. E na sequência questionei como é que ela se sentia? Concluiu dizendo que apesar dele ter recusado de fazer o tratamento, ela sentia-se melhor.

A doença é ao mesmo tempo a mais individual e a mais social das coisas. Individual porque o processo de adoecer só pode ser experimentado num só corpo envolvendo a dimensão objectiva e subjectiva. Social porque o processo de cura envolve instituições, intervenções em diferentes fases da evolução, esquemas de conhecimentos baseados em referências aos outros (Tavares 2017). Para Helman (2009) a perturbação é uma resposta subjectiva de um indivíduo e daqueles que o cercam

ao facto de ele não estar se sentindo bem, particularmente a forma como ele e os demais interpretam a origem e o significado desse evento, como ela afecta seu comportamento e sua relação com outras pessoas que segue para remediar a situação.

Cuidar da doença implica uma interpretação da origem, da sua ligação ao contexto das relações existentes através da exploração de significados e possibilidades no sentido de diagnosticar, administrar a terapêutica em função dos sintomas, acções de reposição de desordens de vários tipos, em relação consigo mesmo e com os outros, com efeitos na saúde, como na prescrição de acções técnicas, físico-químicas da farmacopeia local (cf. Alves 2015; Fialho 2003).

Notei que em ambos casos cada participante descreve de forma diferente o processo de identificação e busca de tratamento. A categoria de mãe desempenha um papel importante no processo de busca de tratamento pelo que tanto Fialho (2003) como Helman (2009) partilham a ideia de que a família constitui a primeira instituição onde a doença é identificada e tratada. Os principais provedores de cuidados de saúde são as mulheres (mães e avós) que diagnosticam as doenças mais comuns e as tratam com materiais disponíveis (Helman 2009). As mulheres são guardiãs de uma variedade de remédios tradicionais e formas de tratar a má saúde, passadas através de gerações, de mãe para filha. A água é utilizada para lavar ou esfregar o corpo do doente e a sua eficácia reside na sua acção e efeito simbólico (cf. Fialho 2003; Helman 2009).

O itinerário terapêutico baseia-se em duas premissas complementares: a primeira cognitiva que discute as construções e significados, escolhas, e decisões de cuidados de saúde, caracterização de valores, emoções, ideologias relacionadas com a doença ou sofrimento e; a segunda socioeconómica que discute as desigualdades sociais, estruturas familiares, género e questões étnicas que interferem na busca e oferta de serviços de saúde (Alves 2015). Os vários estudos sobre questões relacionadas a doença realizados em Moçambique centram o objecto nas percepções e representações sobre a doença, busca de determinados tratamentos, conduta de doentes e famílias em relação ao tratamento (cf. Loforte 2008a; Manuel 2009; Gune 2008; Granjo 2003), outros realizados no Brasil em que olham para a relação médico-paciente (Caprara e Rodrigues 2004), disponibilidade e acessibilidade aos recursos assistenciais profissionais ou não (Alves 2015). Ambos baseiam-se na ideia de que cada indivíduo percorre um caminho diferente em busca de cuidados de saúde e que o mesmo não obedece a esquemas pré-definidos. Tais percursos expressam construções subjectivas individuais e colectivas acerca do processo de doença e de formas de

tratamento, forjadas sob influência de diversos factores e contextos e, elas definem acções que passo a passo constituirão um certo percurso (Helman 2008 e Cabral *et al.* 2011).

A literatura etnográfica tem enfatizado o papel de várias categorias no processo de identificação e tratamento de doença como *tinhangá* (Granjo 2009) e profetizas (Viegas *et al.* 2015). Nos dados que apresentei as narrativas das participantes revelam outras possibilidades de categorias que intervêm no processo, como são os casos de mãe, tia e amigas.

O processo de busca de cura o sujeito modifica a sua experiência de doença em função da causa explicativa, alternando-se entre a estrutura familiar e o sistema biomédico. Na estrutura familiar há um conjunto de conhecimentos e explicações dominados pelos agentes de cura que incluem a água, sabão, vinagre aliada a explicações que confortam o alívio do infortúnio, diferente das coisas trazidas por Granjo (2009) em que o processo de adivinhação e purificação, sacrifício de animais, banhos de sangue; Viegas *et al.* (2015) possuem espiritual, óleos, sal, perfumes, flores e explicações que tratam a doença. A manutenção de tais práticas pode ser explicada em grande medida pelo seu poder simbólico, uma vez que a pessoa doente e o agente de cura partilham a mesma visão social sobre a doença, como tenho vindo a realçar.

Se ao nível da estrutura familiar a doença não é solúvel através da explicação de carácter sobrenatural, aí accionam-se os mecanismos biomédicos. É aqui onde se pensa a clínica como lugar de cura mas, do ponto de vista epistemológico levanta-se também o problema dos conflitos. O primeiro problema relaciona-se com a relação médico/ profissional com a participante, na medida em o último explica a sua experiência subjectiva apartir do contexto em que as coisas acontecem, o que lhe faz procurar os serviços de saúde. O médico por sua vez, com parâmetros pré-concebidos sobre tais coisas que considera de corrimento vaginal, encobertos por protocolos de diagnóstico e tratamentos instituídos pelo MISAU tem outra percepção sobre o que considera de doença.

Se as explicações dadas pela pessoa doente não encaixam em tais parâmetros e protocolos, o médico considera essas coisas de não-doença. A narrativa sobre o encontro entre a Dulce e a ginecologista ilustra melhor essa problemática da relação através da desconsideração da experiência subjectiva e o contexto em que a doença surge, bem como a respectiva caracterização. A pessoa doente como tem experiências passadas de ter sido aparentemente bem tratada por um outro profissional, e um aparente entendimento sobre a noção de doença, reactiva tal experiência no sentido de resolver o problema que enfrenta.

Gorada a primeira tentativa de debelar a enfermidade por meio do sector profissional, a pessoa doente e os que a rodeiam remoem o passado e vão busca uma experiência supostamente bem sucedida na interacção com tal profissional – o Dr. Petrossy. Contra todas as expectativas criada em torno deste profissional, parece escutar a narrativa da participante, também entra na mesma lógica profissional com o diferencial de prescrever um conjunto de formulas desde óvulos vaginais, comprimidos que são tomados via oral e cremes. Tal prescrição fez em duplicado a contar com o parceiro sexual. Daqui levanta-se outro problema na medida em que o tal parceiro não se sente doente e, para além de que a mulher por considerar-se fiel, culpa a contra-parte como sendo vector de transmissão do infortúnio.

É neste manto de sentimentos de culpa e acusações em que reside o nó de estrangulamento enfrentado pelas mulheres no tratamento, uma vez que a mulher e o homem trocam fluídos corporais durante a relação sexual que até certo ponto lhes expõe a doença. A confiança e a partilha de responsabilidade são valores que devem ser tidos em conta no processo de tratamento, dada a natureza da própria doença. É preciso que se olhe para a relação sexual enquanto um lugar em que se possa negociar tais valores que também dificultam o tratamento dessas coisas de corrimento.

O médico enquanto um dos actores engajado no tratamento precisa ter em conta tais relações no sentido de dar uma resposta ao tratamento do corrimento vaginal. A pessoa valoriza uma relação sexual em que há trocas de fluídos corporais, tal como sugere a ideia de Gune (2008) de que no contexto do HIV/Sida as pessoas consideram a relação sexual sem preservativo como segura.

Deste modo, torna-se relevante perceber melhor a estrutura familiar, particularmente na forma como são pensados os papéis assumidos pela mulher e pelo homem, no modo como encaram a doença e o processo de tratamento. Tal poderia ajudar a ter pessoas cada vez mais saudáveis e, conseqüente uma redução dos custos no tratamento do corrimento que pode ser evitado. O elevado custo das consultas médicas, dos testes laboratoriais bem como dos medicamentos, impactam em menor grau no tratamento, uma vez que o homem assume a responsabilidade de apoiar a mulher no acesso a este tipo de medicina mas, relutante quando se trata negociar a fidelidade com impacto no tratamento.

## **Capítulo 5: Considerações finais**

Esta pesquisa teve como objectivo principal analisar o itinerário terapêutico de mulheres com Corrimento Vaginal, a partir dos debates dentro da Antropologia da Saúde e Doença. Para isso, realizei uma pesquisa de campo com mulheres que se consideram afectadas, onde participei nas conversas sobre experiências de tratamento numa clínica na cidade de Maputo onde trabalho.

Apresentou-se os procedimentos metodológicos e as etapas que segui, ao olhar de forma etnográfica as nuances do conceito de itinerário terapêutico. Escolhi dois critérios de participação: a experiência com a doença e aceitação em participar na pesquisa. Descrevi também os meios, as condições, a recolha e o tratamento dos dados empíricos bem como os constrangimentos de natureza éticos e metodológicos relacionada com esta pesquisa.

Discuti-se sobre as problemáticas teóricas sobre o fenómeno de saúde e doença e a forma como são construídos em diversos contextos. Parto da ideia de que a cultura fornece modelos “de” e “-para-” a construção de significados em diferentes contextos trazida por Geertz (2008), tomando em conta a ideia de que existem acções historicamente construídas e movidas por interesses, motivações, relações, reciprocidade e solidariedade (Bourdieu 2012). Através da literatura, olhei para a forma

como diferentes actores conceptualizam a doença, e todo o processo de tratamento e cura atrelado a ideia de que tal constitui complexo único experienciado pelo sujeito e as pessoas que o rodeiam. Estas abordagens foram úteis nesta pesquisa ao permitir analisar o corrimento vaginal através da compreensão do sentido das narrativas que vezes sem conta são ignoradas pelo sector profissional, fechando-se deste modo a possibilidade de debelar a enfermidade ou até evitar com que aconteça. Percebi de que a estrutura familiar constitui a primeira instituição em que a doença é definida e, os meios para a mudança são mobilizados no sentido de dar resposta de tratamento e cura. As narrativas mostram esta ideia através de categorias de tia, mãe e amiga. Esses laços de parentesco, amizade e afinidade ajudam a pessoa doente na identificação do corrimento, baseada na experiência e no processo que a mudança acarreta. Tal ritual de tratamento envolve artefactos, explicações cuja eficácia reside no sentido que os actores atribuem ao mesmo. A forma como as mulheres descreveram as suas experiências permitiu reforçar a minha ideia inicial de que a busca de tratamento e cura é caracterizada por uma rede de interajuda. Quando os mesmos eventos se repetem estas mulheres tendem a olhar a Clínica como lugar de cura.

Ao analisar a lógica do tratamento biomédica, comecei por contextualizar o surgimento da clínica, e a forma como as pessoas se organizam para atenderem as questões ligadas a doença e o tratamento. Segui o itinerário que cada mulher percorre até chegar a clínica e, mostrei a forma como a doença constitui um lugar de conflitos entre a estrutura familiar e o sistema biomédico. Verifiquei a existência de recordações de experiências anteriores, expectativas e percepções sobre a doença que mantêm ligado um doente a um certo profissional, de tal forma que um desvio por qualquer razão pode gerar frustração no processo de tratamento e cura. São essas experiências que determinam a escolha de um profissional, o que galvaniza a minha premissa.

Por fim mostrei que um dos desafios de tratamento enfrentados pelas mulheres com corrimento vaginal, relaciona-se com o tipo de negociação que é feito com o parceiro sexual. A especificidade da doença, ligada sobretudo à saúde sexual e a uma causalidade derivada da relação sexual, constitui um lugar de negociação sobre valores como a fidelidade e a partilha de responsabilidades para com o outro. Mostrei como a não consideração desta condição condicionava a eficácia do tratamento e da eventual cura.

São estes aspectos que considero relevantes quando se analisar os itinerários através da etnografia. reconheço a existência de outros caminhos de análise deste processo que não abordei neste trabalho específico, dada abrangência e riqueza deste assunto.



## Referências bibliográficas

- Alves, P. César. 2015. “Itinerário Terapêutico e os Nexus de Significado da Doença”. *Revista de Ciências Sociais*, 42: 29-43.
- Alvarenga, Antónia Valéria, *et al.* 2018. “Hanseníase: da Experiência do Estigma ao Horizonte da Cura”. *REAS, Revista Electrónica Acervo de Saúde*, 10 (2): 1534-1540.
- Alves, Paulo César. 1993. “A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas”. *Cad. De Saúde Púb* 9: 263-271.
- Barbosa, Livia.1996. “Cultura Administrativa: Uma Nova Perspectiva das Relações entre Antropologia e a Administração”. *RAE-Revista de Administração de Empresas*; 36 (4):6-19.
- Boletim da República. Lei nº 26/91 de 31 de Dezembro, Autoriza a Prestação de Cuidados de Saúde por Pessoas Singulares ou Colectivas de Direito Privado com Carácter Lucrativo ou não. Maputo : Imprensa Nacional de Moçambique, 52 I Série.
- Bourdieu, Pierre. 2012. “A Incorporação da Dominação”. In: *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand, pp. 32-54.
- Buchillet, Dominique. 1991. “ A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde. In *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Rio de Janeiro: CEJUP, pp 21-37.
- Cabral, Ana Lucia *et al.* 2011. “Itinerários Terapêuticos: o Estado de Arte da Produção científica no Brasil”. *Ciências e Saúde Colectiva*;16 (11) pp: 433-442.
- Caprara, Andrea e Josiane Rodrigues. 2004. “A Relação Assimétrica Médico-Paciente: Repensando o Vínculo Terapêutico”. *Ciência e Saúde Colectiva*, 9 (1): 139-146.
- Dantas, Margarida Maria Florêncio e Maria Cristina Amazonas. 2016. “A Experiência de Adoecer: Os Cuidados Diante da Impossibilidade de Cura”. *Ver. Esc. Enferm Usp* 50: 47-53.
- Nunes, Duarte. 2008. “A Importância das Pesquisas em Ciências Sociais e Humanas para a Saúde Colectiva”. In: *Ética nas Pesquisas Em Ciências Humanas e Sociais na Saúde*. São Paulo: HUCITEC, pp. 25-47.
- Fava, Silvana, *et al.* 2013. “Experiência da Doença e do Tratamento para a Pessoa com Hipertensão Arterial Sitêmica: um Estudo Etnográfico”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(5): 1-7.
- Fialho, Feliciano. 2003. “ A Eficácia Simbólica nos Sistemas Tradicionais de Saúde”. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa, pp. 1-134.
- Geertz, Clifford. 2008. “Uma Descrição Densa. In *Por Uma Interpretação da Cultura*.” Rio de Janeiro: LTC, pp. 3-24.

- Granjo, Paulo. 2009. “Saúde e Doença em Moçambique”. *Saúde Soc.*; 18 (4): 567-581
- Gune, Emídio. 2008. “Momentos Liminares: Dinâmicas e Significados no Uso do Preservativo”. *Análise Social*, 18: 297-318.
- Helman, Cecil. 2009. “Cuidado e Cura: Os Sectores de Atenção à Saúde”. In: *Cultura, Saúde e Doença* São Paulo: Artmed, pp.79-100.
- Langdon, Jean. 2001. “A Doença como Experiência: o Papel da Narrativa na Construção Sociocultural da Doença”. *Etnográfica*, 5(2): 241-260.
- Loforte, Ana. 2008a. “Práticas Culturais em Relação à Sexualidade e Representações sobre a Saúde e Doença”. Centro de Estudos da População – Faculdade de Letras – Universidade Eduardo Mondlane
- Loforte, Ana. 2008b. “Antropologia em Busca de Identidade: Entrevista com Prof<sup>ª</sup>. Doutora Ana Maria Loforte”. *Gazeta*, 1: 8-11.
- Maloa, Tomé. 2016. “*História da Economia Socialista Moçambicana*”. São Paulo: Universidade de São Paulo – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas.
- Manuel, Sandra. 2009. “Presentes Perigosos: Dinâmicas de Risco de Infecção ao HIV/Aids nos Relacionamentos de Namoro em Maputo”. *Physis Revista de Saúde Colectiva* 19: 371-386.
- Manuel, Sandra. 2011. “Políticas de HIV e SIDA e Dinâmicas Socioculturais em Moçambique: Notas para Reflexão”. In: *Desafios Para Moçambique*. Maputo:IESE, pp. 333-351.
- Mascarenhas, André. 2002. “Etnografia e Cultura Organizacional: Uma Contribuição da Antropologia à Administração de Empresas”. *RAE – Revista de Administração de Empresas*, 42 (2): 88-94.
- Matsinhe, Cristiano. 2008. “Bastião Clínico Sobre as DTS. In *Tábula Rasa- Dinâmicas da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*.” Maputo: Texto Editores: 117-123.
- McElroy, Ann e Patrícia Townsend. 2004. “The Ecology of Health and Disease”. In: *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. Colorado: Westview, pp.1-31.
- Meneses, Maria Paula. 2008. “Corpos de Violência, Linguagens de Resistências: As Complexas Teias do conhecimento no Moçambique Contemporâneo”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 80: 161-194.
- MISAU. 2017. *Relatório Semestral das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA 2017*. Maputo: Ministério da Saúde.
- Ortner, Sherry B. 2011. “Teoria na Antropologia desde os Anos 60”. *Documenta* 2: 419-466.

- Palmeira, Barros Perreira e Rodrigo Barros. 2018. “O Lugar do Adoecimento no Entendimento da Doença: Discurso Médico e Subjectividade.” *Ciências e Saúde Colectiva*, 23: 2469-2478.
- Passador, Luis. 2010. “As Mulheres são Más: Pessoa, Gênero e Doença no Sul de Moçambique”. *Cadernos pagu*, 35: 177-210.
- Rabelo, Miriam Cristina. 1993. “Religião, Ritual e Cura.” *Revista Saúde e Doença: Um olhar Antropológico*, 3: 47-56.
- Ricciardi, Gabriela. 2009. “O Uso da Ayahuasca e a Experiência de Alívio, Transformação e Cura na União do Vegetal”. *Taxicomantias: incidências clínicas e socioantropológicas*, 80, pp.37-60.
- Silva, Teresa. 2002. “Determinantes Globais e Locais na Emergência de Solidariedades Sociais: O Caso do Sector Informal nas Áreas Peri-Urbanas da Cidade de Maputo”. *Centro de Estudos Africanos/Universidade Eduardo Mondlane*, 63: 75-88.
- Singh, Ajai. 2010. “Medicina Ocidental: Rumo à Prevenção, Cura, ao Bem-Estar e à Longevidade”. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 13 (2): 265-282.
- Tavares, Fátima. 2017. “Rediscutindo Conceitos na Antropologia da Saúde: Notas sobre os Agenciamentos Terapêuticos”. *Mana*, 23(1): 201-228.
- Uchôa, Elisabeth e Jean Michel Vidal. 1994. “Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e Doença”. *Cad. Saúde Pública*, (4)10: 497-504
- Viegas, Fátima, *et al.* 2015. “Saberes e Práticas de Cura nas Igrejas Neotradicionais em Luanda: Carismas, Participação e Trajectórias das Mulheres”. *Etnográfica Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, 19 (1): 189-224.

## **Anexos**

### **Anexo 1: Guião de observação e conversas informais nos dias de consultas médicas**

#### **1. Vestuário**

Que tipo de roupas trazia a participante em cada dia de consulta? \_\_\_\_\_

Nas conversas informais, qual foi a percepção da participante sobre o corrimento?

\_\_\_\_\_ Com quem costuma conversar sobre as questões de mulher (por exemplo quando tem cólicas ou outra coisa que considera anormal)? \_\_\_\_\_

Quando é recomendado para fazer o tratamento com o parceiro sexual, qual tem sido a reacção dele?

---

### **Anexo 2: Guião de entrevista dos participantes da pesquisa**

#### **1. Perfil social**

Nome do entrevistado (opcional) \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ Estado civil (união marital; se namora) \_\_\_\_\_ Tem filhos \_\_\_\_\_

Ocupação profissional \_\_\_\_\_ Religião \_\_\_\_\_; Que hospital/clínica frequenta \_\_\_\_\_; Se vai á clínica como é que paga (*cash* \_\_\_\_\_; seguro de saúde \_\_\_\_\_; carta de empresa \_\_\_\_\_; outras \_\_\_\_\_).

#### **2. Utilização dos serviços de saúde**

O que determina para você escolher um profissional de saúde? \_\_\_\_\_

Tem alguma preferência por um hospital/ clínica? \_\_\_\_\_ qual \_\_\_\_\_

Porquê \_\_\_\_\_

#### **3. Sobre episódios**

Já tiveste alguma infecção sexual? \_\_\_\_\_ (ex. corrimento, cólica, dor de baixo ventre, dor na mama, outra? \_\_\_\_\_ com quem partilhou? \_\_\_\_\_ (amiga \_\_\_\_\_; irmã; \_\_\_\_\_ mãe \_\_\_\_\_; tia \_\_\_\_\_; cunhada \_\_\_\_\_; outra \_\_\_\_\_).

Como é que tratou essa infecção em casa? \_\_\_\_\_

Que tipo de coisas fez para resolver o seu problema? \_\_\_\_\_

Quem lhe deu a dica? \_\_\_\_\_ funcionou? \_\_\_\_\_

O que acha de usarmos a sua experiência no tratamento da doença para ser usada na cura de outras  
pessoas que tem mesma  
doença? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gostaria de contar alguma coisa sobre algo feminino que te aconteceu desde que iniciou a vida sexual?

Quando é que consideras o corrimento vaginal de doença?

### **Termo de confidencialidade**

Os dados que irá fornecer neste guião somente serão usados para fins de trabalho académico. O seu nome e de outras entidades e lugares descritas serão trocados por outros.