

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE  
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA  
LICENCIATURA EM ANTROPOLOGIA

**LÓGICAS QUE ESTRUTURAM O ACESSO E CONSUMO DE MEDICAMENTOS  
FARMACÊUTICOS EM PONTOS SELECIONADOS NA CIDADE DA MATOLA**

Candidata

Lélia da Boaventura Macache

Supervisor

Emídio Vieira Salomone Gune

Maputo, Dezembro de 2014

# **Lógicas que estruturam o acesso e consumo de medicamentos farmacêuticos em pontos seleccionados na cidade da Matola**

Trabalho de Culminação de Estudos na modalidade de projecto de pesquisa submetido ao Departamento de Arqueologia e Antropologia como requisito parcial para obtenção do grau de licenciatura em Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais na Universidade Eduardo Mondlane.

Candidata: Lélia da Boaventura Macache

---

Supervisor

Presidente

Oponente

---

---

---

## **Declaração de originalidade**

Eu, Lélia da Boaventura Macache, declaro por minha honra que este trabalho foi realizado por mim, como produto da minha pesquisa e que nunca foi apresentado para obtenção de um título acadêmico, estando indicadas ao longo do texto e na referência bibliográfica as fontes por mim consultadas.

## **Dedicatória**

À memória do meu pai Boaventura Arão Macache

## **Agradecimentos**

Agradeço ao meu supervisor Emídio Vieira Salomone Gune, por ter-me ensinado a pensar antropológicamente, pelo seu apoio moral e belíssimos ensinamentos durante a minha formação. A todos docentes do Departamento de Arqueologia e Antropologia da Universidade Eduardo Mondlane, pelos ensinamentos dados durante os quatro anos do curso.

Sou profundamente grata a Deus pela vida e saúde que me concede dia após dia. Aos meus pais Boaventura Arão Macache e Anabela Rafael Gune, meus tios Roberto Bambo, Custódio Gune, meus irmãos Octávia, Salma, Guessífa e o Marressuane Macache, a minha filha Nara Isabel, minha sobrinha Yunice Muianga que fizeram de tudo dando o seu apoio financeiro, moral e social. Aos meus colegas de turma de Antropologia do ano 2010, ao Guto e aos meus colegas de trabalho, em especial aos colegas do grupo de estudo nomeadamente: Anisia Banze, Isabel Nhamizinga, Joaquim Sambo e Maurício Matapisse. O meu muito obrigado!

O meu obrigado muito especial vai para o meu esposo, Amaral Tsucana pela paciência e compreensão principalmente nos momentos em que não pude estar presente. Amor te amo muito.

A dona Claudina e ao Gomes endereço-vos o meu obrigado pela ajuda que me prestaram durante a minha formação.

## **Resumo**

A presente pesquisa analisa lógicas que estruturam o acesso e consumo de medicamentos entre duas farmácias na Matola, na Província de Maputo. O acesso e consumo de medicamentos têm sido discutidos de forma separada. Assim, por um lado e quanto ao debate sobre acesso a medicamentos uma primeira perspectiva defende que o acesso deve ser visto sob ponto de vista geográfico, económico e funcional e uma segunda defende que o acesso deve ser visto sob o ponto de vista cultural, tendo em conta hábitos e costumes de uma população num determinado contexto. Quanto ao debate sobre consumo de medicamentos, uma primeira perspectiva defende que o consumo de medicamentos é condicionado por uma prescrição médica e a segunda defende que o consumo de medicamentos resulta de padrões socioculturais.

As referidas abordagens permitem-nos compreender contextos nos quais o acesso é determinado pelo espaço físico e o consumo por uma prescrição médica.

A partir do material etnográfico recolhido entre um grupo de utentes da Matola, que o acesso e consumo de medicamentos, por parte dos participantes do estudo é feito de acordo com os conhecimento e informação obtida a partir de redes sociais que funcionam como redes de partilha de informação sobre saúde, tratamento e cura. Estes resultados reforçam a ideia segundo a qual o acesso e consumo aos medicamentos é orientado por costumes contextuais e que nem sempre as pessoas acedem ou consomem medicamentos de acordo com as prescrições médicas recebidas nas unidades de saúde.

**Palavra-chave:** Redes de Saúde, Acesso, Consumo, Medicamento.

## Índice

1. Introdução .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
2. Contextualização.....	10
3. Revisão da literatura .....	12
4. Enquadramento teórico e conceptual .....	15
4.1. Quadro teórico .....	15
4.2. Conceptualização .....	16
5. Procedimentos metodológicos .....	19
5.1. Método .....	19
5.2. Processo de recolha de dados.....	20
5.3. Perfil dos participantes do estudo .....	21
5.4. Sistematização e Análise de dados .....	22
5.5. Constrangimentos encontrados durante a realização do trabalho .....	23
6. Lógicas de acesso e consumo de medicamentos.....	24
6.1. Caracterização dos espaços de recolha de dados .....	24
6.2. Redes sociais como redes de saúde.....	25
6.3. Acesso e consumo de medicamentos e redes de saúde.....	27
6.4. Circulação de conhecimento e informação sobre medicamentos .....	28
7. Considerações finais .....	30
Referências.....	31

## **1. Introdução**

O presente estudo analisa o acesso e consumo de medicamentos em Moçambique na cidade da Matola. Fiquei interessada em analisar o assunto ao constatar uma diferença entre o prescrito no Manual de Procedimento de Saúde, do Ministério da Saúde e o dia-a-dia dos utentes de uma unidade sanitária na cidade da Matola.

De acordo com o Manual de procedimentos de Saúde do Ministério da Saúde, os utentes devem dirigir-se a consulta médica para diagnosticar a doença e receberem uma prescrição do medicamento, respectiva dose e quantidade adequadas à doença diagnosticada. Contudo, no quotidiano das minhas actividades como técnica de farmácia numa unidade de saúde na cidade da Matola diversas notei que os utentes mostram-se insatisfeitos com as prescrições dos clínicos e tendem a não usá-las como referência para adquirir medicamentos para tratar de seus problemas de saúde.

Os referidos utentes consideram que os medicamentos prescritos pelos clínicos são ineficientes para tratar de seus problemas de saúde. A título de exemplo diversas vezes os ouvi dizer que os medicamentos prescritos “não são bons” e que os “melhores medicamentos são a amoxicilina, tetraciclina cápsula e a penicilina benzatínica injectável”. Acto contínuo, esses utentes dirigem-se as farmácias privadas e mercados paralelos a procura de medicamentos que consideram eficientes e onde os adquirem sem receita médica e depois consomem-nos.

Face a situação referida acima questionei-me o porque das atitudes dos utentes face ao acesso e o consumo de medicamentos e questionei-me que lógicas estruturam o acesso e consumo de medicamentos na Matola?

Como parte da busca de resposta para a questão colocada procurei perceber o que a literatura diz sobre o assunto em causa. Na literatura, notei que questões de acesso e de consumo de medicamentos têm sido discutidos de forma separada. Assim, por um lado e quanto ao debate sobre acesso a medicamentos uma primeira perspectiva defende que o acesso deve ser visto sob ponto de vista geográfico, económico e funcional (Adami, 1993) e uma segunda defende que o acesso deve ser visto sob o ponto de vista cultural, tendo em conta hábitos e costumes de uma população num determinado contexto (Unglert, 1995 e Rekdal, 1999).

Quanto ao debate sobre consumo de medicamentos, uma primeira perspectiva defende que o consumo de medicamentos é condicionado por uma prescrição médica (Helman, 2009) como recomendado no Manual de Procedimentos de Saúde do MISAU. E a segunda defende que o consumo de medicamentos resulta de padrões socioculturais (Nicher et al, 1994). As referidas abordagens permitem-nos compreender contextos nos quais o acesso é determinado pelo espaço físico e o consumo por uma prescrição médica e ainda que existem factores culturais que condicionam o acesso e consumo de medicamentos.

Para melhor compreender o contexto dos utentes acima referidos em causa fiz um estudo etnográfico entre um grupo de utentes numa unidade sanitária e numa farmácia privada, ambas na cidade da Matola, na Província de Maputo.

A partir dos dados desta pesquisa percebi que o acesso e consumo de medicamentos, por parte dos participantes do estudo, é feito de acordo com os conhecimentos e informação obtida a partir de redes sociais que funcionam como redes de partilha de informação sobre saúde, tratamento e cura. Estes resultados reforçam a ideia segundo a qual o acesso e consumo aos medicamentos é orientado por costumes contextuais e que nem sempre as pessoas acedem ou consomem medicamentos de acordo com as prescrições médicas recebidas nas unidades de saúde.

O presente relatório está organizado em seis partes, a saber. Na primeira parte que compõe a presente introdução exponho a problemática de pesquisa e estrutura do trabalho; na segunda parte apresento a revisão de literatura, mostro as principais linhas de reflexão sobre o assunto e as respectivas limitações; na terceira parte apresento a orientação teórica e os conceitos. Na quarta parte descrevo os procedimentos metodológicos. Na quinta parte apresento e analiso os dados, em três secções. Na primeira secção mostro como as redes sociais funcionam como redes de saúde, na segunda secção mostro que as pessoas têm conhecimento do tipo de doença que tem e informação de onde obter o medicamento para tratamento a respeito da doença, na terceira e última secção mostro que o conhecimento e a informação circulam em ambientes de encontros, entre vizinhos em festas e em casamentos. Sexta e última parte do presente trabalho apresento as considerações finais.

## **2. Contextualização**

Segundo a Organização Mundial de Saúde-OMS (2006), 80% dos medicamentos produzidos no mundo são consumidos nos países ricos, além de que um terço da população mundial não tem acesso aos chamados medicamentos essenciais.

Segundo o (CIP) Centro de Integridade Pública, no País existem 1.277 unidades de saúde, o que corresponde a um hospital por 15.000 habitantes e a aquém da meta da OMS que estabelece uma unidade sanitária para cada 10.000 habitantes.

O acesso aos cuidados médicos em Moçambique ainda é baixo e estima-se que 50% da população vive a mais de 20 Quilómetros da Unidade Sanitária mais próxima de sua residência, uma situação que implicitamente significa não haver acesso aos serviços convencionais de saúde para uma grande parte da população moçambicana.

Actualmente, mais da metade dos moçambicanos têm que caminhar uma hora para chegar a uma unidade sanitária mais próxima de sua residência. De acordo com o programa estratégico de redução da pobreza cerca de 30% da população em Moçambique não tem acesso aos serviços básicos de saúde, além disso as unidades sanitárias sofrem rupturas constantes de medicamentos e algumas destas unidades sanitárias não tem mínimas condições o que leva os utentes a procurar por outros estabelecimentos de saúde (MISAU 2010).

A garantia de disponibilidade de medicamentos nas unidades de saúde para responder as necessidades dos pacientes continua uma miragem no Sistema Nacional de Saúde (SNS). Em Moçambique a resposta institucional em relação a saúde, encontra-se muito aquém do desejado, um dos principais obstáculos tem a ver com o financiamento inadequado a nível nacional, a dependência externa, fraca implementação das políticas e estratégias, deficiente sistema de gestão de recursos humanos para responder a demanda das necessidades do país.

Vários foram os esforços face a erradicação de rupturas para acesso e consumo de medicamentos. Porém vários também têm sido constrangimentos encontrados na luta do mesmo desde os meios materiais, financeiros e humanos assim como a questão das percepções que os indivíduos têm sobre a saúde. Componente pela qual os indivíduos adoptam determinados comportamentos quando se encontram em situação de paciente.

No entanto, a biomedina, explica o fracasso de todos programas levados a cabo pelas instituições de saúde no país. Porém, alguns estudos e correntes teóricas chamam atenção sobre a necessidade de ver o acesso e consumo, não só na perspectiva biomédica mas também social e cultural. Pois os fenómenos e noções sobre saúde, dentro das comunidades, ultrapassam a dimensão física, biológica, económica e funcional.

Em Moçambique estudos teóricos sobre medicamentos na vertente antropológica mereceram maior atenção a medicamentos tradicionais e quanto a medicamentos farmacêuticos recebeu-se pouca atenção da nossa disciplina.

Isto porque remédio como um objecto terapêutico preparado segundo receitas rituais está, em sua primeira leitura, mais carregado de sentidos para o etnólogo do que um simples comprimido e porque a pesquisa em etnofarmacologia prometia tanto para todos os medicamentos simples e “naturais” previstos pela OMS susceptíveis de serem explorados pelas firmas internacionais. Desta forma o medicamento foi por muito tempo eclipsado na antropologia em benefício do remédio (Desclaux, 2006).

### **3. Revisão da literatura**

A presente pesquisa analisa lógicas que estruturam o acesso e consumo de medicamentos entre duas farmácias na Matola, na Província de Maputo. O acesso e consumo de medicamentos têm sido discutidos de forma separada. Assim, por um lado e quanto ao debate sobre acesso a medicamentos uma primeira perspectiva defende que o acesso deve ser visto sob ponto de vista geográfico, económico e funcional e uma segunda defende que o acesso deve ser visto sob o ponto de vista cultural, tendo em conta hábitos e costumes de uma população num determinado contexto.

Quanto ao debate sobre consumo de medicamentos, uma primeira perspectiva defende que o consumo de medicamentos é condicionado por uma prescrição médica e a segunda defende que o consumo de medicamentos resulta de padrões socioculturais.

Para os estudos que centram-se no acesso aos cuidados de saúde estes defendem que o acesso deve ser olhado sob o ponto de vista geográfico, funcional e económico Adami, (1993), Guerra et al (2004) citado por Portela et al (2010). Esses autores defendem, que os utentes acedem a serviços que estejam dentro de uma distância razoável, em disponibilidade contínua através do qual os medicamentos estão prontamente disponíveis e a preço acessível para o utente.

Com uma posição similar, a Organização Mundial de Saúde (1977) refere que para o utente ter acesso aos medicamentos essenciais estes devem estar dentro de uma distância de deslocamento razoável, para o utente, com facilidade nos serviços de saúde e com preços mais baixos.

Como se pode perceber para os autores acima, as componentes geográficas, funcionais e económicas são determinantes para que os utentes tenham o acesso aos cuidados de saúde. E ao assumirem as componentes acima como determinantes para que se tenha acesso, torna-se problemático ao perderem de vista outras questões que condicionam o acesso aos cuidados de saúde para além dos aspectos físicos, funcionais e económicos.

Uma perspectiva diferente de Adami, Guerra et al e OMS é apresentada por Unglert (1987) este por sua vez questiona as componentes geográficas, funcionais e económicas, refere que a

variável cultural é que determina o acesso aos cuidados de saúde. Para este autor, por mais que o utente tenha uma unidade sanitária perto da sua residência, que os serviços de saúde estejam organizados, que haja medicamentos necessários a preço baixo os utentes só irão ter acesso aos cuidados de saúde naquela unidade sanitária se fizer sentido culturalmente para eles porque as normas, os hábitos e costumes de uma população contam e variam de contexto para contexto.

A semelhança do Unglert (1987), Hortale et al (1999) citados por Soares (2013), refere que o acesso a cuidados de saúde não pode ser visto somente sob a variável geográfica e económica, mas também sob o aspecto organizacional e sociocultural que caracteriza uma interação que ocorre em um processo de produção de serviços. A título de exemplo Soares (2013) cita o estudo feito na Índia por Mazumdar et al (2006) que mostra que mulheres vivendo em localidades mais acessível tinham dificuldades maiores em usar os serviços devido as más estradas que dificultavam o acesso ao serviço mesmo estando este relativamente próximo dessas mulheres. Assim, Soares considera que o acesso a cuidados de saúde varia com o contexto e é influenciado pelas experiências e desejos das comunidades.

Na mesma linha de pensamento do Soares, Rekdal (1999) considera que a busca em cuidados de saúde é determinada pelo aspecto social. Para Rekdal as pessoas acedem a cuidados de saúde se socialmente fizerem sentido para elas. A título de exemplo, no estudo feito entre os Iraquw no norte da Tanzânia Rekdal (1999) mostra que a população tem tendência em procurar curandeiros de outros grupos étnicos por acreditar que a cura é mais poderosa quando oferecida por membros de outra cultura que não sua, dos Iraquw. Para Rekdal (1999) no caso quanto mais distante for o local de oferta do serviço maior é o acesso aos cuidados de saúde por parte dos Iraquw.

Os estudos apresentados permitem compreender as lógicas do acesso a serviços de saúde, entretanto são insuficientes para entender as lógicas que estruturam o acesso e consumo de medicamentos. Para completar a dimensão do consumo de medicamentos, identifiquei duas perspectivas, uma primeira que defende que o consumo de medicamento resulta de um preciso diagnóstico de necessidades objectivas, avaliadas sobre a óptica da clínica e uma segunda que considera que aquele é condicionado por factores culturais.

Quanto a perspectiva que considera que o consumo de medicamento é condicionado pelo diagnóstico e prescrição médica esta dá ênfase aos aspectos farmacoterapêuticos. Esta abordagem é problemática pois limita o consumo de medicamentos a uma prescrição médica, facto contestado por Mendonça (2009) para quem “o consumo de medicamentos não se reduz a relação prescrição médica e sua aquisição e uso, envolve caminhos complexos, permeados por concepções e representações sobre o medicamento moldados pela diversidade de contextos socioculturais, fazendo parte de um educativo entre serviços de saúde e população”.

Diferentemente dessa perspectiva que coloca enfoque factores farmacoterapêuticos a segunda perspectiva destaca que o consumo de medicamentos, padrões socioculturais do indivíduo, de um grupo social ou da sociedade e não apenas de um diagnóstico preciso de necessidades objectivas, avaliadas sob a óptica da clínica seguido de prescrição médica (Nicher et al, 1989).

Ainda de acordo com Nichter et al (1994) conhecimentos de risco, ideias sobre prevenção, noções de causalidade, ideias sobre tratamento apropriado são fenómenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados. Nessa perspectiva o universo sociocultural do doente é visto como o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças e consumo, as explicações fornecidas e o comportamento diante dela.

Na mesma linha, Management (1997) afirma que o consumo de medicamentos resulta da toma dos fármacos sem avaliação e prescrição médica por um profissional da área e este processo ocorre por partilha de medicamentos com outros membros da família ou do círculo social. A título de exemplo, um estudo feitos entre os Abon da Costa do Marfim mostra que medicamentos incluindo os mais perigosos, estavam disponíveis nos mercados e lojas locais e poderiam ser comprados sem prescrição médica. Para o autor as pessoas trocavam suas ideias e experiências sobre os medicamentos e criavam conhecimento popular relativamente amplo sobre os medicamentos, conhecimento esse que partilhavam entre si.

De forma geral os debates sobre o acesso e consumo de medicamentos são baseados numa abordagem territorial, física. Essas explicações permitem compreender contextos nos quais o acesso e consumo são mediados consoante uma receita médica. Entretanto ao conceberem as

unidades sanitárias como locais de acesso e consumo de medicamentos, perde-se de vista outras possibilidades de pensar no acesso e consumo de medicamentos

Para o presente trabalho sigo as linhas de pensamento de Unglert (1995) e Rekdal (1987) que sugerem que os utentes só terão acesso a cuidados de saúde se culturalmente fizer sentido para eles. Sigo ainda linha de pensamento de Nichter et al (1994) que considera que, o entendimento sobre o consumo de medicamentos deve ser visto como um fenómeno culturalmente construído e culturalmente interpretado dentro de um determinado contexto, e também a linha de Management (1997) que considera que as pessoas criam redes de produção e circulação de informação sobre medicamentos a consumir e sobre onde encontrá-los.

#### **4. Enquadramento teórico e conceptual**

##### **4.1. Quadro teórico**

Na presente pesquisa adopto a teoria interpretativista, para compreender as lógicas de acesso e consumo de medicamentos existentes no contexto pesquisado, presentes nos discursos dos utentes.

A proposta do interpretativismo é captar o sentido dos discursos ou acções sociais partilhadas entre os indivíduos dentro de um contexto específico (Geertz 1989). Assim, a teoria interpretativista ocupa-se em compreender como as pessoas entendem o seu contexto.

Este estudo entende que a interpretação da acção humana é produzida com base nos pressupostos científicos da disciplina antropológica. O indivíduo enquanto um ser social não consegue justificar as suas práticas interpretando, só o antropólogo com a sua bagagem teórica consegue produzir uma interpretação sobre as práticas do grupo em análise (Leach, 1982).

As acções e palavras dos indivíduos devem ser encaradas como interpretações pois, traduzem a fórmula que estes usam para definir o que lhes acontece. Assim os significados das descrições das culturas devem ser calculados em termos das construções que imaginamos que os nativos colocam através da vida que levam (Geertz, 1989).

A adopção da teoria interpretativista neste estudo permitiu-me perceber que o acesso e consumo de medicamentos faz-se seguindo um conhecimento e informações obtidas a partir das redes sociais que são amigos, vizinhos e parentes.

## **4.2. Conceptualização**

No presente trabalho usei conceitos de redes de saúde, acesso, consumo e medicamento que explícito a seguir.

### **Saúde**

O conceito de saúde é inspirado em Organização Mundial de Saúde (1948) que olha a saúde como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Este conceito foi alvo de críticas segundo Scliar (2007) por um lado, por olhar-se a saúde como algo ideal, intangível, por outro lado, por intervir na vida dos cidadãos sob o pretexto de promover a saúde.

Uma definição diferente da OMS é apresentada por Boorse (1977) citado por Scliar (2007), refere que a saúde é ausência de doença.

A definição apresentada por Boorse (1977) é problemática porque ao classificar seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão relacionada à eficiência das funções biológicas.

O conceito de saúde mais abrangente é a de Scliar (2007) que reflecte a saúde como uma conjuntura social, económica, política e cultural. A saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas dependerá da época, do lugar e da classe social. Dependerá dos valores individuais, concepções científicas religiosas e filosóficas.

No presente trabalho uso o conceito de saúde apresentado por Scliar pois assume a variabilidade contextual do que possa ser considerado como saúde.

### **Redes sociais**

O conceito de redes sociais segundo Viana (s/d) refere uma estrutura composta por pessoas ou organizações, conectados por um ou vários tipos de relação, que partilham valores e objectivos comuns.

A definição apresentada por Viana é problemática, porque parte de princípio que a partilha de valores e dos objectivos são comuns. Não toma em conta que o quotidiano dos indivíduos os valores e os objectivos são individuais, parte de pessoa para pessoa, de organização para organização e de contexto para contexto.

Conceito diferente de Viana é apresentado por Mitchell (1969) citado por Ribeiro (2010) refere que, redes sociais são um tipo específico de relações que ligam um conjunto de objectos ou acontecimentos. Para Mitchell as redes sociais são partes integrantes da sociedade humana que poderiam ser usadas para explicar porque a sociedade funciona de tal maneira

No presente trabalho uso o conceito de A Mitchell porque compreende redes sociais como parte da sociedade humana onde observa a relação entre indivíduos que podem servir para compreender o impacto social através das suas ligações.

Para o presente estudo, junto o conceito de saúde e o conceito de redes sociais como empréstimo para dar conta da realidade de redes de saúde que considero como sistemas particulares de relações que unem actores sociais para partilha de valores num determinado contexto.

O conceito acima é complementado por Fleischer (2012) refere que as pessoas sempre estão inseridas em teias de relação, de afecto ou solidariedade.

### **Acesso**

O acesso é concebido por Donabedien (1973) como o uso de um serviço de saúde por um indivíduo em necessidade com o propósito de modificar o seu estado de saúde. Na mesma linha de pensamento de Donabedien, Travassos e Martins (2004) referem o acesso ao uso, no momento de serviços ou tecnologias de reconhecida eficácia.

Os referidos conceitos são problemáticos por olhar-se o acesso de for generalizada, somente como uma necessidade e, não como um comportamento do indivíduo, que varia de contexto para contexto.

Segundo Anderson e Davidson (2007), citados por Travassos e Martins (2004) olham o acesso como um comportamento ou uma propriedade do indivíduo. Para o presente trabalho adoptei o conceito de acesso definido por Anderson e Davidson inspirada pelo raciocínio de acesso como um comportamento pessoal em saúde.

### **Consumo**

Segundo Bandrillard (2005) citado por Santos e Grossi (s/d) consumo é uma actividade sistémica de manipulação de significados com maior ênfase na expressividade e não nos seus aspectos funcionais. Para Bandrillard o consumo é um elemento de discriminação e diferenciação social.

Ao destacar consumo como um elemento que reflecte o modo como nos distinguimos na sociedade, o conceito torna-se problemático, pois o consumo não serve apenas para dividir pois ele actua como um elemento de interacção

Definição mais explicativa do que é consumo é apresentada por Travancas (s/d) como o “conjunto de processos socioculturais em que se realizam a apropriação e os usos dos produtos”. Na óptica da Travancas o consumo é um espaço de interacção social e activo.

No presente trabalho adopto o conceito de consumo na óptica da Travancas porque mostra-se adequados para dar conta da realidade uma vez que o consumo significa estabelecer relações com práticas sociais e culturais que têm significados simbólicos no quotidiano do indivíduo.

### **Medicamento**

O medicamento é visto como um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profiláctica, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (Lei Brasileira nr 5.991 de 17/12/73).

A definição acima é problemática pois limita a olhar o medicamento numa vertente biomédica e padronizada. O medicamento é encarado como um meio ou estratégia para o processo de cura ou reabilitação do paciente.

Diferente do conceito acima Desclaux (2006) define medicamento como objectos particulares saturados de significações e usos, pois estão no centro das relações com a doença em quase todas as sociedades.

Para o presente trabalho adopto a definição de medicamento segundo Desclaux porque olha o medicamento como um objecto simbólico que é culturalmente interpretado e culturalmente construídos através de experiências e desejos manifestados no dia-a-dia do indivíduo num determinado contexto social.

## **5. Procedimentos metodológicos**

### **5.1. Método**

O presente trabalho foi realizado em três fases complementares, a saber uma revisão da literatura, pesquisa etnográfica e análise e discussão de dados.

A primeira fase teve o seu início em Junho de 2013 e prolongou-se durante a realização do trabalho. A referida fase consistiu na revisão da literatura efectuada na biblioteca Brazão Mazula, na biblioteca do Departamento de Arqueologia e Antropologia, na biblioteca do Instituto Superior de Ciências e Tecnologia de Moçambique e na biblioteca do Instituto Nacional de Saúde, no Ministério da saúde.

Nas bibliotecas mencionadas consultei livros, revistas electrónicas, teses de Licenciatura, teses de Mestrado e teses de Doutorado e artigos disponíveis na *internet* que debatem sobre o acesso e consumo de medicamentos como também foram consultadas obras metodológicas.

Na internet consultei revistas e artigos sobre acesso e consumo de cuidados de saúde. A realização desta fase possibilitou-me conhecer e familiarizar-me com as pesquisas feitas com a temática que me propus analisar e, também tornou possível apreender as perspectivas de análise sobre os medicamentos.

A segunda fase decorreu entre Setembro de 2013 a Novembro de 2013. A referida fase é a pesquisa etnográfica, consistiu em realizar observações directas e entrevistas semi-estruturadas.

Durante as entrevistas recolhi relatos sobre a vida, experiências com medicamentos e doença dos participantes.

A terceira que é a última fase decorreu entre Novembro de 2013 a Março de 2014. Consistiu na análise e discussão dos dados recolhidos durante a pesquisa. Para analisar os dados recolhidos fiz uma selecção e interpretação. Foi a partir desse momento que foram criados os tópicos e as respectivas descrições.

## **5.2. Processo de recolha de dados**

O trabalho de campo para esta pesquisa foi realizado num Centro de Saúde da Matola e na farmácia privada “Kamagica,” na província de Maputo de Setembro a Novembro de 2013.

Optei por fazer a recolha de dados nessa unidade sanitária porque já tinha tido uma conversa com funcionários daquela instituição e isso facultaria o acesso aos técnicos e utentes que têm frequentado o centro de saúde.

Para a recolha de dados, comecei por identificar os locais de maior fluxo, nomeadamente à triagem de adultos e a farmácia do ambulatório, com o objectivo de compreender a dinâmica e estratégias de funcionalidade do consumo de medicamentos farmacêuticos. Obtive a permissão da directora do centro de saúde para conduzir a pesquisa durante três meses. Após a autorização da directora do centro de saúde da Matola eu chegava por volta das 7h.30 minutos no centro de saúde e mantinha-me nesses locais de maior fluxo de pacientes.

No plano inicial, contava realizar a pesquisa apenas no centro de saúde da Matola. Cedo notei que os pacientes reclamavam a falta de medicamentos, especificamente amoxicilina cápsula, penicilina benzatínica injectável, tetraciclina cápsula, eritromicina comprimido que são antibióticos usados para infecções bacterianas e azitromicina que é um anti-viral e anti-fúngico usado em infecções virais e anti-fúngicas, como também reclamavam pela prescrição de medicamentos que os utentes não queriam especificamente o paracetamol comprimido e o ibuprofeno comprimido que são analgésicos usados para o alívio da dor.

Por várias vezes ouvi utentes dizendo que iam comprar os medicamentos na farmácia privada. Assim, para seguir os utentes decidi também realizar a pesquisa na farmácia “Kamagica” que é uma das farmácias privadas para qual os utentes se direccionavam.

Apresentei-me como estudante da Universidade Eduardo Mondlane a fazer um trabalho de pesquisa para fim do curso. No princípio, o proprietária da farmácia ficou receoso mais acrescentei que era formada em farmácia e estava disposta a trabalhar no atendimento ao público sem remuneração e em troca que me deixasse realizar meu trabalho na sua farmácia, tendo este acordado, que eu realizasse a pesquisa na sua farmácia.

No centro de saúde concentrei-me nas filas de espera para consulta médica porque são espaços onde os utentes passam maior parte do tempo, a conversar e a trocar experiências enquanto esperam para serem atendidos na unidade sanitária.

Nas farmácias da unidade sanitária e na farmácia privada, observei e entrevistei utentes, a espera de comprar medicamentos e em alguns casos as conversas continuaram para além do espaço da Farmácia. Em ambos os casos, os entrevistados indicaram outras pessoas que mais tarde entrevistei.

As conversas e entrevistas com os pacientes no centro de saúde da Matola eram sempre depois do atendimento dos mesmos na farmácia e porque o paciente estava sempre com pressa eu acompanhava os até onde iam como forma de obter informação.

Na farmácia “Kamagica” as conversas eram obtidas durante o atendimento a seguir pedia para fazer algumas perguntas e estes não recusavam porque a maior parte deles vivia por ali e sempre se concentravam numa barraca ao lado da farmácia e também iam à farmácia para conversar com o agente de farmácia e o caixa, pois faziam parte de suas redes sociais.

No princípio aproximava-me dos pacientes e explicava o objectivo do meu estudo. Começava sempre por observar e ouvir, seguido de uma conversa informal de modo a ganhar confiança e posteriormente iniciava com as entrevistas. As conversas foram conduzidas nas línguas dos participantes no estudo, nomeadamente, a Língua Portuguesa e Ci-changana.

### 5.3. Perfil dos participantes do estudo

Para a realização desta pesquisa, fizeram parte do estudo um total de nove utentes e quatro profissionais de saúde, com idades compreendidas entre 22-51 anos de idade, dos quais seis solteiros, uma viúva e seis casados. Deste grupo cinco são utentes e três são profissionais de saúde dos quais, um da área da farmácia e dois com formação clínica estes pertencendo ao centro de saúde da Matola.

Os participantes da farmácia privada de “Kamagica” são quatro utentes e um Agente de farmácia. Na sua maioria os participantes são profissionais e vivem nos arredores da cidade da Matola. Na apresentação e discussão de dados usei nomes fictícios para assegurar e proteger a identidade dos entrevistados e pessoas envolvidas no geral. A tabela abaixo apresenta de modo detalhado o perfil dos participantes do estudo.

<b>Participantes</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Morada</b>
Luisa	22	Solteira	Matola-F
Anabela	23	Solteira	Tchumene
Henriques	25	Solteiro	Matola-A
João	25	Solteiro	Matola-A
Armando	27	Solteiro	Matola-A
Clara	29	Casada	Matola Santos
Júlio	31	Casado	Liberdade
Sonia	32	Casada	Tchumene
Pamela	32	Solteira	Matola-C
Rosa	34	Casada	Matola-A
Gloria	35	Casada	Matola-F
Catarina	50	Viuva	Matola-F
Márcia	51	Casada	Matola-A

### 5.4. Sistematização e Análise de dados

O processo de sistematização e análise os dados da pesquisa obedeceu quatro fases. A primeira consistiu na transcrição das observações e conversas tidas no processo de recolha de dados, num diário de campo.

O diário de campo era preenchido todos os dias quando eu me fazia presente no Centro de Saúde da Matola e na farmácia privada “Kamagica,” durante e após o trabalho de campo. E

lido semanalmente para o acompanhamento dos dados da pesquisa e elaboração de um pequeno questionário.

A segunda fase consistiu em transcrever a limpo de forma compreensiva em papel tudo o que pensei ser relevante para compreender as dinâmicas do acesso e consumo de medicamentos. Para produzir um relatório digitado.

A terceira fase consistiu na análise das observações e conversas desenvolvidas entre os diferentes participantes do estudo dentro e fora da unidade sanitária. Este permitiu estabelecer critérios de análise e subtítulos de forma a distinguir os assuntos tratados. Este procedimento ajudou a dar conta e compreender a diversidade de assuntos tratados

A quarta e última fase consistiu na interpretação dos discursos e observações que produzem e suportam o argumento deste estudo.

### **5.5. Constrangimentos encontrados durante a realização do trabalho**

Durante a pesquisa etnográfica deparei-me com alguns constrangimentos. O primeiro foi em não conseguir me enquadrar durante a pesquisa, pois no princípio aproximava-me dos pacientes enquanto estava uniformizada achando que me dariam facilmente as informações que eu queria obter deles, mas, as pessoas ficavam acanhadas o que a princípio prejudicou em parte o meu trabalho. Mas com as orientações do meu supervisor consegui ultrapassar facilmente este obstáculo.

O segundo constrangimento esteve relacionado ao uso da língua Cichangana. Ao questionar o entrevistado algumas vezes gaguejava porque as palavras certas me escapavam roubando o tempo dos entrevistados. Mas com muita garra e ajuda dos próprios entrevistados pude ultrapassar o obstáculo em causa.

O terceiro constrangimento foi a quando da minha entrevista a um dos entrevistados e o senhor não se concentrava nas minhas perguntas mais sim em saber se era casada ou se tinha namorado porque ele considerava-me bonita e estava interessado em ter uma relação íntima com a minha pessoa. Esse facto prejudicou meu trabalho porque suspendi a entrevista com o senhor, tendo levado mais um dia a procura de pessoas para entrevistar.

O quarto e último constrangimento foi quando estava a trabalhar na farmácia “Kamagica,” deu-se falta de um medicamento. No princípio o clima era tenso devido, as desconfianças, que um tinha para com o outro. O cenário acima retirou-me o foco que devia ser simplesmente recolher dados para pesquisa. Graças ao sistema montado de segurança, nomeadamente a câmara de vigilância descobriu-se cedo quem levou o medicamento sem permissão e tudo voltou a normalidade.

## **6. Lógicas de acesso e consumo de medicamentos**

No presente capítulo do trabalho apresento e analiso o processo de acesso e consumo de medicamentos em quatro secções. Na primeira secção caracterizo os locais de recolha de dados, seguida da apresentação da existência de redes sociais que funcionam como redes de saúde. Na terceira secção mostro que as pessoas procuram e consomem medicamentos condicionados pela informação que tem sobre a doença que tem bem como sobre onde obter o medicamento e como consumí-lo para tratar a doença em causa. Na quarta e última secção mostro que o conhecimento e a informação circulam em ambientes de encontros, entre vizinhos em festas e em casamentos.

### **6.1. Caracterização dos espaços de recolha de dados**

Na presente secção apresento uma fotografia oral do espaço físico do Centro de Saúde da Matola e da Farmácia “Kamagica.”

O Centro de Saúde da Matola localiza-se, num dos bairros da cidade da Matola em frente a um estabelecimento comercial. Tem dois Médicos para 10.286,9 habitantes/2014, o número de habitantes por Médico/ 2014 é de 51.435. De referir que o rácio habitante/Médico é de 81.177 acima do padrão de 25000, recomendado ao nível Nacional (DPS- Relatório Nonestral da Cidade da Matola, 2014).

É constituído por cinco edifícios pintados a branco e creme. O primeiro edifício está dividido em oito compartimentos, a saber: Secretaria, Triagem de Pediatria, PAV (Programa Alargado de Vacinação), Gabinete Médico, Laboratório, Depósito da farmácia, Casa de banho dos funcionários e a Farmácia do ambulatório que alberga uma sala de espera para os utentes que vão a farmácia e tem cinco bancadas feitas de cimento.

O segundo edifício está dividido em quatro compartimentos, a saber: Recepção, Sala de Aconselhamento e Testagem Voluntária, Gabinete Técnico e o Gabinete Médico.

O terceiro edifício está dividido em dois compartimentos que são o Gabinete de Consulta Pré Natal e Gabinete de Consulta de Criança em Risco.

O quarto compartimento está dividido em dois compartimentos, ambos funcionam como arquivo. Ao lado do arquivo tem uma incineradora para queimar todo o tipo de lixo produzido pelos funcionários e utentes da unidade sanitária.

O quinto e último edifício está dividido em três compartimentos, a saber: Sala de Tratamento, Gabinete de PNCTL e a Triagem de Adulto tem uma sala de espera para utentes que esperam por uma consulta e esta tem três bancadas feitas de cimento.

A farmácia “Kamagica” localiza-se na zona periférica da cidade da Matola, no recinto do mercado “Kamagica,” entre duas barracas. A farmácia é composta por cinco compartimentos a saber. Sala de atendimento público, Gabinete do Director Técnico, Armazém, Laboratório e a Casa de banho.

## **6.2. Redes sociais como redes de saúde**

Nesta secção mostro que as pessoas usam as redes sociais como redes de saúde.

Em conversa com o Júlio é possível perceber que as redes sociais são compostas por um conjunto de indivíduos podem ser primos ou amigos que se ligam através de relações conforme ilustra o exemplo,

(...) Minha casa fica distante do centro de saúde, mas tenho primos que vivem perto da unidade sanitária e conhecem algumas pessoas que trabalham lá. Quando estou doente passo da casa da minha tia e peço para os meus primos facilitarem a consulta, falam com os seus conhecidos e sou atendido não fico na bicha (...) (Julio, 31 anos de idade, residente da Liberdade, casado)

Em conversa com o pessoal da farmácia do centro de saúde da Matola, percebe-se a funcionalidade das redes a partir de uma receita médica,

(...) Uma das funções de um farmacêutico no centro de saúde público é aviar medicamento. Avia-se o medicamento prescrito na receita e não é o que o paciente quer.

Estes se zangam e prometem partir a violência (...) (...) Existe muita preferência por um certo tipo de medicamento que acaba tendo sempre ruptura de stock (...) os utentes muitas das vezes aparecem com receitas antigas para o aviamento muito delas porque o filho ou a mãe teve tal doença tomou o medicamento e melhorou sempre que os sintomas reaparecem ou têm um familiar ou amigo com os mesmos sintomas recorrem a mesma receita. Se não dispensar o medicamento que querem vão comprar nos mercados paralelos ou na farmácia privada e muito deles tem conhecidos que tratam de arranjar o que eles precisam (...) (Márcia, 51anos de idade, Agente de farmácia, casada, Matola-A)

A semelhança da Sra Márcia, a Técnica Sónia mostra-nos que as redes são compostas por amigos, vizinhos e parentes, que um indivíduo é capaz de se fazer passar por doente para ter uma receita para aquisição de medicamento só para ajudar um conhecido. Conforme o exemplo,

(...) Alguns pacientes são muito complicados quando entram nas consultas queixam-se de dores e depois me dizem qual é o medicamento que quer que eu prescreva, se não prescrevo o medicamento que ele quer, reclama de não ter sido bem atendido (...) (...) se perguntares cuidadosamente descobres que o medicamento que ele quer que eu prescreva é para algum conhecido dele pode ser amigo, vizinho, mãe ou pai, que já foi receitado o tal medicamento e porque melhorou retoma a unidade sanitária para ter o mesmo medicamento (...) (Sónia, 32 anos de idade, casada, Técnica de medicina, Tchumene)

(...) Estou aqui para comprar uns medicamentos, minha irmã estava com cólicas e tomou ibuprofeno melhorou, quero comprar para ter em casa em caso de eu precisar usar ou uma amiga estiver a sentir o mesmo vai ajudar. Alias todas as minhas amigas tem cólicas, risos são coisas de mulher mesmo (...) (...) minha amiga que também é minha vizinha tem. Até fizemos juntas o tratamento tradicional mas não melhoramos, foi a tia dela que nos mostrou uma vizinha dela que faz esses tratamentos. (...) (entrevista com a Pamela, 32 anos, de idade solteira, residente da Matola-C)

Essas narrativas mostram que o comportamento individual influencia no comportamento de mais pessoas. A rede social é composta por um conjunto de indivíduos sociais e seus relacionamentos, que interagem e caracterizam um sistema.

Em conversa com a dona Clara moradora do Bairro da Matola Santos, enfermeira do centro de saúde dizia o seguinte,

(...) Sou procurada por vizinhos, amigos e familiares a pedir ajuda quando estão doentes. O mais engraçado fazem consulta pelo telefone e mandam os

filhos ou parceiros para levar o medicamento (...) (...) Há pessoas que vem e eu ajudo mas nota-se que a relação que existe entre nos é de interesse. Eu facilito algumas coisas e eles me facilitam outras, ninguém vive sozinho (...) (Clara, 29 anos de idade, enfermeira, casada, Matola Santos)

As narrativas acima mostram que os utentes têm uma rede de relações, que estão conectadas por um determinado objectivo, podem ser por uma necessidade ou por interesse.

### **6.3. Acesso e consumo de medicamentos e redes de saúde**

Nesta secção mostro que os amigos, vizinhos e parentes têm conhecimento do tipo de doença que tem, o tratamento que querem fazer e tem informação de onde adquirir, como obter e consumir o tal medicamento.

Em conversa com o Armando na farmácia privada “kamagica,” narrava suas experiencias no acesso e consumo de medicamentos. Ele dizia o seguinte,

(...) Quando contrai gonorreia Procurei um amigo e lhe expliquei das dores que sentia ao urinar, ele disse-me que já tinha contraído doença igual e que foi tratado com injeção e alguns comprimidos e que conhecia alguém que podia tratar a doença. Fomos ter com um amigo dele que tinha um conhecido que trabalha no hospital, quando chegamos a casa dele deu-me uns comprimidos ate perguntei se não era preciso aplicar injeção e ele disse que não, fiz o tratamento e melhorei (...) (Entrevista com o Armando, 27 anos de idade, solteiro, residente da Matola-A)

A semelhança do Armando o João conta-nos de sua experiencia com medicamento a partir de informação de uma paciente, enfatizando o discurso acima. Este referia ter tido acesso a medicamentos com base na informação de uma paciente,

(...) Eu comecei a usar a injeção quando fiquei doente tinha muitas feridas e me deram vários tipos de medicamentos e não melhorei. Uma vez uma senhora que também estava a espera da consulta no hospital disse que o filho já tinha tido a mesma doença e tentou tratar tradicionalmente e não teve sucesso. Levou o filho a um enfermeiro da zona e fez o tratamento com injeções e nunca mais teve as feridas. Fui a farmácia privada para comprar a injeção (...) (Entrevista com o João, 25 anos de idade, Solteiro, residente da Matola-A)

Os exemplos acima mostram claramente que as pessoas tem conhecimento sobre a saúde sabem o tipo de doença que tem e sabem onde obter o tratamento, como ilustra a Lúcia,

(...) Eu comecei a usar a amoxicilina por indicação de uma vizinha. Andava com dores fortes nesta zona da bexiga as dores eram tão fortes que ate ficava de cama. Minha vizinha deu-me amoxicilina e ibuprofeno e as dores passaram, desde então, esse medicamento tem sido um remédio santo, quando sinto as mesmas dores vou a farmácia e compro (...) (Entrevista com a Lúcia, 28 anos de idade, residente da Matola Santos)

(...) Um dia o filho da minha vizinha aleijou-se com a bicicleta quando brincava. A ferida era muito grande e muita gente dizia o que ela devia fazer mas acabou levando o miúdo ao hospital. Para o azar meu, minha filha ao brincar cortou-se com uma garrafa e a ferida estava aberta. Fui ter com a vizinha e ela aconselhou-me a fazer curativos com água morna e sal, deu-me umas cápsulas de duas cores, explicou-me como usar, abri as cápsulas e pus na ferida dela. Então todos os dias na hora do banho lavava a ferida e punha o pó das cápsulas e com o tempo a ferida sarou (...) (Entrevista com a Gloria, 35 anos de idade, casada, residente Matola-F)

(...) Nunca tinha me acontecido mas de repente comecei a sangrar fui ter com a minha irmã mais velha e lhe contei do sucedido. Fez-me várias perguntas, uma delas era se eu tinha feito aborto, respondi que não. Então foi ter com amiga dela que é uma vizinha e as duas levaram-me ao hospital. (...) Não foi ali na zona porque o atendimento é muito lento e tratam mal os pacientes (...) (...) Comprei os antibióticos porque foi o que receitaram a minha irmã quando teve os mesmos problema (...) (Luísa, 22 anos de idade, solteira, residente da Matola-F)

Essas narrativas mostram que os indivíduos dependem de uma rede terapêutica de relações sociais. Essas narrativas mostram que o conhecimento adquirido a respeito de um determinado medicamento não se dá pelo uso directo do medicamento pelo indivíduo, mas sim através da informação dada por outros indivíduos que já tiveram contacto com aquele medicamento.

#### **6.4. Circulação de conhecimento e informação sobre medicamentos**

Nesta secção mostro que os conhecimentos e informações de acesso e consumo de medicamentos, circulam em ambientes de convívio familiar, em conversas nas barracas, em conversas dos quintais, em festas e em casamentos, como mostram alguns exemplos.

Em conversa com a Rosa podemos aprender de como circula a informação ou conhecimento do acesso e consumo de um certo medicamento,

(...) Já fazia dias que eu sentia dores de cabeça e não fui ao hospital naquela de vai passar, vai passar mas a dor não passava. E numa manhã quando varria o quintal, em conversa com a Dona Cacilda, minha vizinha eu lhe falei que não estava bem e ela disse-me que tomasse dois paracetamois e fizesse um chá com folhas de manga que passava e passou... desde então quando estou com as mesmas dores faço o mesmo tratamento (...) (Rosa, 34 anos de idade, casada, residente da Matola-A)

A semelhança da dona Rosa que refere em seus discursos de como obteve o conhecimento de como tratar uma enxaqueca, numa conversa com a vizinha da zona, a Dona Catarina refere ter tido conhecimento de como tratar a hipertensão arterial numa festa de casamento, conforme ilustra o exemplo,

(...) Eu tenho tensão alta e fazia consulta no hospital, o médico receitava-me sempre a mesma coisa, e cansa tomar comprimidos todos os dias. Eu tomava quando não me sentia bem. No entanto no casamento da minha sobrinha, comecei a sentir dores muito fortes de cabeça e fiquei zonha, aí o meu sobrinho perguntou a Tia toma remédio de tensão? A pressão da Tia é alta? Preparou um copo com água e muito açúcar e tomei e passou na hora (...) (...) depois mostrou-me uns medicamentos em forma de pó e me indicou a loja onde vendem (...) (Dona Catarina, 50 anos, Viúva, residente bairro Matola-F)

Como mostra a experiência da Dona Catarina, a informação e o conhecimento sobre um certo medicamento constrói-se num ambiente de encontros. Exemplo similar é do Henriques que mostra o quanto esses encontros são vinculadores de informação,

(...) Quando engravidei a primeira vez fiquei desesperado, bebi tanto esse dia que não imaginas. E em conversa com meus amigos numa barraca aqui da zona, contei-lhes o meu dilema disseram que conheciam um pessoal que tratava dessa cena, que com taco tudo resolvia-se (...) Levei a dama e fomos sacar a cena a informação sempre circula não há como, é só estar no sítio certo com pessoas certas (...) (Henriques, 25 anos de idade, solteiro, residente da Matola-A)

(...) Foi num sábado, num encontro familiar, para se discutir os preparativos de casamento da minha Prima. Lá eu aprendi com minhas Tias como tratar o corrimento vaginal sem precisar de ir ao hospital, risos (...) (...) comprei por conta própria já estava cansada graças a Deus deu certo (...) (Anabela, 23 anos de idade, solteira, residente de Tchumene)

Essas narrativas mostram que o conhecimento e a informação dada por outros indivíduos que já tiveram contacto com aquele medicamento circulam em ambientes de encontros familiares, casamentos, em conversas com as vizinhas e ou em grupos de amigos o que demonstra a grande importância desses convívios.

## **7. Considerações finais**

O presente trabalho analisou lógicas que estruturam o acesso e consumo de medicamentos entre duas farmácias na Matola, na Província de Maputo.

O acesso e consumo de medicamentos têm sido discutidos de forma separada. Assim, por um lado e quanto ao debate sobre acesso a medicamentos uma primeira perspectiva defende que o acesso deve ser visto sob ponto de vista geográfico, económico e funcional e uma segunda defende que o acesso deve ser visto sob o ponto de vista cultural, tendo em conta hábitos e costumes de uma população num determinado contexto.

Quanto ao debate sobre consumo de medicamentos, uma primeira perspectiva defende que o consumo de medicamentos é condicionado por uma prescrição médica e a segunda defende que o consumo de medicamentos resulta de padrões socioculturais. As referidas abordagens permitem-nos compreender contextos nos quais o acesso é determinado pelo espaço físico e o consumo por uma prescrição médica e ainda que o acesso e consumo a medicamentos são condicionados por questões culturais.

A partir dos estudos etnográfico, entre um grupo de utentes numa unidade sanitária e numa farmácia privada, ambas na cidade da Matola, na Província de Maputo, percebi que as redes sociais compostas por amigos, vizinhos e parentes funcionam como redes de saúde, as quais as pessoas recorrem para ter acesso a informação e conhecimento sobre que doença tem, onde e como arranjar medicamento e como consumí-lo. Essa informação e conhecimento circulam e são partilhados em ambientes de encontros, entre vizinhos em festas e em casamentos.

A partir desses resultados construí a hipótese segundo a qual o acesso e consumo de medicamentos, por parte dos participantes do estudo, é feito de acordo com o conhecimento e informação obtida a partir de redes sociais que funcionam como redes de partilha de informação sobre saúde, tratamento e cura. Esta hipótese reforça a ideia segundo a qual o acesso e consumo aos medicamentos é orientado por costumes contextuais e que nem sempre as pessoas acedem ou consomem medicamentos de acordo com as prescrições médicas recebidas nas unidades de saúde.

Os resultados da presente pesquisa permitem considerar ainda que o acesso e o consumo de medicamentos são uma construção social e é dinâmica porque faz-se seguindo um conjunto de conhecimentos e informações obtidas a partir de redes sociais que são amigos, vizinhos e parentes. Esta conclusão se distingue dos autores como (Adami, 1993, Guerra et al, 2004 e OMS 2000) que olham para o acesso sob ponto de vista geográfico, funcional o consumo sujeito a uma avaliação e prescrição médica (Helman, 2009).

Os resultados deste estudo contribuem para expandir as possibilidades pelas quais os seres humanos em diferentes contextos podem definir as lógicas que estruturam o acesso e consumo de medicamentos. Entretanto, sendo o presente estudo de carácter exploratório, o mesmo carece de aprofundamentos em pesquisas futuras, pelo que os resultados apresentados constituem uma hipótese de trabalho que pode servir de ponto de partida para pesquisas futuramente.

## Referências

Adami, N.P. 1993. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de Dermatologia num Centro de Saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. Revista Latino-americana de enfermagem. Ribeirão preto.

Desclaux, Alice. 2006. O Medicamento, um objecto do futuro da saúde, pp.113-130.

Despacho Ministerial de 17 de Dezembro de 2003. Manual de procedimentos dos centros de saúde.

Donabedian, A. 1973. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press.

Fleischer, Soraya. 2012. Uso e Circulação de Medicamentos em um Bairro Popular na Ceilandia, DF. Saúde.

Geertz, Clifford. 1989. “Uma Descrição Densa: Por uma Teoria interpretativa da Cultura” in: *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora.

Helman, Cecil. 2009. Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre.

<http://redesocialcuringadebuzios.blogspot.com/p/conceito-de-rede-social.html>

Leach, Edmund. 1982, *O Meu Tipo De Antropologia in A Diversidade Da Antropologia*. Lisboa: Edições 70. Pp. 117-141

Scliar, Moacyr. 2007. História do conceito de saúde. Revisão de saúde colectiva. Rio de Janeiro. Pp 29-41.

Mendonça, T. Reginaldo. 2009. A medicalização de conflitos: consumo de ansiolíticos e antidepressivos em grupos populares. São Paulo.

Nichter, Mark, Vuckovic, Nancy. 1994. Agenda For an Anthropology of Pharmaceutical Practices, Social Science e Medicine, pp.1505-1509.

OMS (Organizacion Mundial de la Salud). 1977. La seleccion de medicamentos essenciais. Genebra.

Rekdal, B. O. 1999. Cross-cultural healing in East African Ethnography. Pp. 458-482.

Ribeiro, Richardson. 2010. Análise do impacto da teoria das redes sociais em técnicas de otimização e aprendizagem multiagente baseados em recompensas.

Santos, M. Andreia & Grossi. K. Patricia. s/d. Infância comprada: hábitos de consumo na sociedade contemporânea.

Soares, Luciano. 2013. O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: Modelo teórico e elementos empíricos. Florianópolis.

Travancas, Isabel. s/d. Antropologia do consumo.

Travassos, C & Martins, M. 2004. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

Unglert et al. 1987. Acesso aos serviços de Saúde uma abordagem de geografia em saúde pública. Revisão em Saúde Pública. Pp 439-446.

Van Der Guest. S & Reynolds Whyte. S. 2011. O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias.

