

Ana Rita Sequeira

A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença

Centro de Estudos Internacionais

Capítulo III - Discursos sobre a Biomedicina

Editora: Centro de Estudos Internacionais
Lugar de edição: Lisboa
Ano de edição: 2017
Online desde: 11 dezembro 2019
coleção: ebook'IS
EAN electrónico: 9789898876928

OpenEdition Books

http://books.openedition.org

Refêrencia eletrónica
SEQUEIRA, Ana Rita. *Capítulo III - Discursos sobre a Biomedicina* In : *A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença* [en ligne]. Lisboa : Centro de Estudos Internacionais, 2017 (généré le 16 mai 2023). Disponible sur Internet : <http://books.openedition.org/cei/491>. ISBN : 9789898876928.

A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença.
© 2017 Centro de Estudos Internacionais do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL)

Capítulo III

Discursos sobre a Biomedicina

A presente investigação pretende analisar a doença da malária sob uma perspetiva sociocultural abrangente, através de uma análise de base qualitativa, contribuindo para uma maior informação sobre as motivações e conhecimentos que sustentam a escolha dos provedores de cuidados de saúde. Como será adiante apresentado (Cap. VII), as interpretações locais sobre a doença assumem um papel determinante na procura desses cuidados, assim como as perceções sobre os provedores não biomédicos dessa área (Cap. VIII e IX). Nesse sentido, o presente capítulo pretende, primeiramente, historiar, de modo sucinto, a fundação da Biomedicina, na Europa. De seguida, será apresentada uma caracterização do sistema de saúde em Moçambique, com base em documentos nacionais e observações realizadas durante os quatro anos de permanência nesse país africano. Por último, este capítulo irá analisar os discursos leigos sobre os praticantes biomédicos e as relações estabelecidas entre eles, tendo por base as três dimensões de acesso aos cuidados de saúde (acessibilidade, aceitabilidade e disponibilidade). Esta análise não se limita aos episódios relacionados com a *malária*, dada a diversidade de situações que compelem ao encontro clínico, tais como a ida ao centro de saúde, o acompanhamento de um familiar doente, a realização de análises laboratoriais, a visita de rotina no âmbito das consultas pré-natal e da imunização infantil, entre outros.

3.1 A fundação da Biomedicina

A medicina científica surgiu por volta do ano 1800, na Europa e começou, paulatinamente, a sistematizar-se e a classificar as doenças em famílias e espécies, a nível corporal (Baer e Singer, 2007: 114) bem como da teoria dos germes, como resultado das inúmeras descobertas no campo da imunização e da microbiologia. À medicina cabia a neutralização da subjetividade dos médicos e doentes, uma vez que o indivíduo é, simultaneamente, sujeito e objeto do seu próprio conhecimento. Citando Foucault "(...) Existe um trabalho da medicina que consiste em alcançar a sua própria condição, mas por um caminho em que ela deve apagar cada um dos seus passos (...)" (Foucault, 1963: 8)

A epistemologia hegemónica da biomedicina explora e domina o conhecimento de patologias, micro-organismos, moléculas, órgãos, tecidos e sistemas corporais, mas negligencia a sua relação com as vivências do doente. A Classificação Internacional das Doenças[1], assim como o Manual Diagnóstico e Estatístico das

[1] Criada em 1992, a Classificação Internacional das Doenças aplica-se às causas de morbilidade e mortalidade.

Desordens Mentais[2] são dois instrumentos classificatórios utilizados pela biomedicina, que revelam a sua estruturação enquanto corpo de conhecimentos e práticas médicas em constante atualização. A biomedicina tem, como *locus operandi* de eleição, o hospital e a clínica.

A construção do conhecimento centra-se mais na cura da doença ("conjunto de sinais e sintomas que são manifestações de lesões, que devem ser procuradas no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta") e menos na cura do doente (Tesser e Luz, 2002: 365-367). Recorrendo, progressivamente, à tecnologia, a determinação da entidade (vírus, bactérias, parasitas, genes ou outros) que provoca a patologia orienta toda a produção do conhecimento científico biomédico, através da sua classificação por ordem e espécie. Neste sentido, segundo Lock e Nguyen, a biomedicina apresenta-se não só como reducionista, quando comparada com outras tradições médicas (2010: 61) e por vezes também exclusivista, ao não aceitar a possibilidade de diferentes interpretações e terapêuticas e ao integrar outros sistemas médicos, nas suas práticas.

Tesser e Luz, procurando ir além do paradigma biomecânico da biomedicina mais centrado no doente e numa relação complementar com outras tradições médicas e influenciados pelas obras de Kuhn, Fleck, Lakatos, Feyerabend, entre outros, advogam que a produção do conhecimento deve ir além de uma visão objetivista da perceção da realidade, para integrar o sujeito cognoscente e o seu contexto: "(...) as realidades são acessíveis aos homens e aos cientistas, através da ativa co-construção percetiva (cognitiva) dos que as estudam, norteada, direcionada e limitada pela estrutura biológica do homem, pelo modo como os cientistas pensam e agem, pelos seus pressupostos cosmológicos, culturais e políticos, pelos métodos usados, pelos objetivos a que aspiram, pelo estilo de pensamento presente" (Tesser e Luz, 2002: 368). O reconhecimento da produção de conhecimento sujeita a um contexto e aos indivíduos permitiria um diálogo mais aberto e recetivo entre os vários sistemas médicos e a sua complementaridade na compreensão do doente, contrabalançando, desta forma, o poder e a autoridade biomédica bem como a sua responsabilização (Tesser e Luz, 2002: 370-371).

A título de exemplo, a etnomedicina africana perceciona o indivíduo como constituído por corpo, mente e espírito indivisíveis, em que o provedor tradicional de cuidados de saúde irá informar o seu paciente do motivo da sua doença (porquê), em oposição ao provedor biomédico que o informará sobre o modo como ficou doente (como) (Madge, 1998: 294), valorizando um discurso internalizado, focado no corpo (Lock e Nguyen, 2010: 61).

[2] Criado em 1952 e, atualmente, na quinta versão.

Com base na definição de Young de que as ideologias são sistemas locais de saberes que configuram determinadas hierarquias institucionais e a produção de conhecimento (Young, 1993: 118), a biomedicina pode ser considerada uma ideologia, com um discurso e vários atores, a nível local, nacional e internacional, com os fluxos e produção de conhecimento maioritariamente fora dos países em desenvolvimento. O alcance da saúde, ao ser considerado um direito individual universal (Illich, 1986: 1325), reforçou a institucionalização do discurso biomédico e abriu um amplo campo de discussão sobre os modelos de financiamento dos sistemas nacionais de saúde.

3.2 A Biomedicina em Moçambique

Como foi referido na Introdução, a medicina alopática é considerada uma instituição cultural (Good e Good, 1993: 102), na medida em que é o resultado de um contexto económico, político e social e assume reconfigurações a nível local.

A biomedicina, em Moçambique, é implementada por vários atores distribuídos pelos setores público e privado. No Sistema Nacional de Saúde constatam-se quatro níveis: o primário, que inclui os centros de saúde urbano, rurais e postos de saúde (104 755 e 365, respetivamente) (MISAU, 2012a: 11), o nível secundário, onde se incluem os hospitais gerais, rurais e distritais (6, 27 e 8, respetivamente) (MISAU, 2012a: 11), o nível terciário, que considera os hospitais das capitais provinciais e o nível quaternário representado por 3 Hospitais Centrais e 2 Hospitais especializados (MISAU, 2012a: 11).

No campo de ação da prestação de cuidados de saúde de nível primário, os centros de saúde podem ser divididos em 4 tipos distintos, de acordo com os serviços prestados à população: Centro de Saúde de Tipo I (inclui maternidade, laboratório e serviço de internamento), Centro de Saúde de Tipo II, com um menor número de recursos humanos envolvidos e serviços prestados, Centro de Saúde de Tipo III e Posto de Saúde. No distrito de Chókwè, a maioria das Unidades Sanitárias localizam-se nas zonas rurais e são de tipo II e III.

Em termos da população que recorre a estes serviços, há uma feminização, a nível primário e secundário, esbatendo-se esta diferenciação à medida que avançamos para os outros níveis.

Quanto aos recursos humanos envolvidos e sua formação, importa referir que existem quatro níveis de formação − elementar, básico, médio e superior − para várias categorias profissionais, tal como está apresentado no quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Regime geral do Sistema Nacional de Saúde por área ocupacional e nível da categoria profissional

	Elementar	Básico	Médio	Superior
Enfermagem	x	x	x	x
Enfermagem para Saúde Materno- infantil	x	x	x	x
Medicina Preventiva		x	x	x
Medicina Curativa		x	x	x
Farmácia	x	x	x	x
Laboratório	x	x	x	x
Anestesiologia			x	x
Instrumentação			x	
Cirurgia			x	x
Odontoestomatologia		x	x	x
Radiologia		x	x	x
Medicina Física e Reabilitação	x	x	x	x
Nutrição		x	x	x
Ortoprotesia		x	x	x
Psiquiatria e saúde mental			x	x
Estatística Sanitária			x	
Oftalmologia			x	
Administração Hospitalar			x	x

Fonte: Ministério da Saúde (2012: 33-36).

Durante as visitas aos centros de saúde do distrito de Chókwè, a grande maioria dos profissionais de saúde contactados eram enfermeiros (Enfermagem Geral e Enfermagem para a Saúde Materno-Infantil) e técnicos de medicina. Estes profissionais são destacados para exercerem a sua profissão em aldeias remotas,

separados das suas famílias e com a função de garantir todos os cuidados primários de saúde à população envolvente[3]. Na análise que faremos da relação entre provedores e doentes serão tidos em consideração estes elementos que contribuem para a qualidade dos serviços prestados.

As Organizações Não Governamentais são atores que apoiam a implementação das atividades do Ministério da Saúde, mas, nem sempre, há uma coordenação e conformidade entre estes dois organismos (ver capítulo V).

O setor privado, no distrito de Chókwè, é pouco expressivo, existindo na cidade de Chókwè algumas pequenas clínicas que prestam cuidados primários. Nos grandes centros urbanos, principalmente Maputo, assiste-se a um enorme crescimento de laboratórios de análises clínicas, hospitais privados com equipamento e especialistas preparados para a realização de cirurgias e, ainda, clínicas que prestam cuidados diversos. A repartição dos médicos entre um sistema público, fracamente remunerado, e um sistema privado atrativo tem levantado questões sobre a qualidade do serviço prestado aos doentes que recorrem aos hospitais públicos. Adicionalmente, na imprensa diária, é recorrente a denúncia de casos de corrupção. Houve, inclusive, um estudo realizado na cidade de Maputo, que evidencia o monopólio do poder de alguns funcionários do setor (Mosse e Cortez, 2006).

No que concerne às condições salariais auferidas pelos médicos do setor público, é incontornável referir as greves[4] dos médicos e profissionais de saúde ocorridas no primeiro semestre de 2013, que trouxeram para a esfera pública as reivindicações destes grupos, assim como a sua realidade profissional[5], factos que testemunhei durante a minha permanência em Chókwè. Também constatei não só a necessidade de esses profissionais complementarem os seus rendimentos com serviço no setor privado mas também a obrigatoriedade de exercerem atividade política "forçada" nos distritos afetos (por pressão do partido político no poder e, ainda, a sua fuga do setor público. De acordo com as declarações feitas pela Associação Médica de Moçambique, a greve iniciada em janeiro de 2013 realizou-se depois de a Associação ter intercedido junto do ministério tutelar e de outras instituições governamentais, para que as condições remuneratórias dos médicos fossem melhoradas, uma vez que se considerava existirem discre-

[3] A vida pessoal e profissional de um provedor biomédico depende, em grande medida, do local para onde for destacado. Há aldeias em que não há, regularmente, transporte para outras localidades, os produtos agrícolas e processados disponíveis são limitados, a cobertura da rede móvel é variável e as condições de trabalho no centro de saúde (disponibilidade regular de eletricidade, água, ajuda na manutenção do espaço exterior e limpeza das instalações) são deficitárias.

[4] Entre 7 e 15 de janeiro, 20 de maio e 15 de junho de 2013.

[5] As considerações abaixo tecidas limitam-se à pesquisa exaustiva de notícias que foram publicadas nos meios de comunicação, com publicações na internet, uma vez que já não me encontrava em Moçambique.

pâncias salariais, dentro da carreira de medicina, entre os técnicos superiores moçambicanos (funcionários públicos)[6] e as auferidas por médicos e consultores estrangeiros, ambas pagas pelo erário público: "Porque será que o Governo quer retirar casas aos médicos moçambicanos, se para os estrangeiros conseguem cobrir despesas estimadas em 70 mil meticais mensais de arrendamento de quarto de hotel e refeições? Porque não pode pagar 15 a 20 mil meticais aos nacionais? Como pensa o Governo que um médico, com o mísero salário de 20 mil meticais, vai arrendar casa e sustentar a sua família?" (Jornal O País, 10.12.2012).

A greve dos médicos daria, por si só, um estudo de caso, uma vez que veio a público o dia-a-dia destes profissionais e as pressões que eles sentem ao terem que estar presentes em reuniões, campanhas e eventos políticos do partido Frelimo, nos distritos onde estão afetos.

> "(…) Para além do tratamento de doentes, tinha de cuidar de questões do partido. Em período de eleições, os médicos têm de fazer campanha. Não nos perguntam se temos escolhas partidárias. O Estado parte da assunção de que somos todos da Frelimo. Isso é uma das coisas que, no nosso entender, tem de mudar (…)". (Jornal A Verdade, edição 217, 11 de Janeiro de 2013)

Durante o trabalho de campo na província de Gaza, foi possível confrontar-me, algumas vezes, com esta realidade, que não se aplica exclusivamente aos médicos, mas a todos os profissionais de saúde que estejam num cargo de direção quer ao nível dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social (SDSMAS), da Direção Provincial de Saúde ou dos Centros de Saúde/Unidades Sanitárias.

3.3 Discursos sobre os provedores e cuidados biomédicos

Cada etnomedicina imprime um modo de estar no encontro clínico, um conjunto de códigos e regras que orientam o modo de agir do provedor e do doente. Na biomedicina, a bata branca ou o estetoscópio caracterizam o provedor, do mesmo modo que, na medicina tradicional africana, as capulanas, os batuques e os colares de missangas particularizam um curandeiro ou as linhas de cores e trajes religiosos identificam o pastor zione. O local onde o encontro clínico ocorre é manifestamente distinto, estando algumas pessoas mais familiarizadas com um ambiente biomédico, sem elementos domésticos, despidos de traços africanos, onde os cartazes com fluxogramas de diagnóstico e tratamento e fotografias de doenças venéreas cobrem algumas paredes dos centros de saúde.

[6] *Ver Carta dos médicos* in Jornal A Verdade, edição 218 (2013: 11).

Para além das variáveis sociodemográficas dos indivíduos envolvidos no encontro e do espaço que os rodeia, os conhecimentos que ambos possuem e as respetivas descrições da enfermidade colocam-nos em relação e são determinantes para a compreensão das suas expectativas quanto ao diagnóstico e tratamento[7]. Esta abordagem, mais próxima da corrente interpretativa da Antropologia Médica, confere menor relevo a uma perspetiva mais crítica, que reconhece que a experiência de sofrimento num episódio de doença é construída e reconstruída, também, em função de forças económicas e políticas que configuram as rotinas dos indivíduos (Baer, Singer e Susser, 2003: 44).

No sentido de examinar, de modo abrangente, a relação entre provedores biomédicos e doentes, captando os significados localmente construídos e as variáveis macro de natureza económica, considerou-se pertinente a sua análise à luz do modelo sobre o acesso/oportunidade de utilizar os serviços de saúde biomédicos. A literatura relevante sobre este tema considera que o acesso aos serviços de saúde é influenciado por três dimensões principais: a acessibilidade, a disponibilidade e a aceitabilidade (Thiede, Akweongo, McIntyre, 2007: 103-104; Obrist *et al.*, 2007: 1584), com implicações quer para o paciente quer para os prestadores de cuidados biomédicos.

A dimensão acessibilidade refere-se à capacidade financeira das pessoas acederem aos serviços e inclui variáveis como: o custo com a admissão, o tratamento, os medicamentos, o internamento e as análises, a nível oficial e não oficial, sendo, igualmente, tida em conta a sazonalidade das doenças, dos rendimentos e poupanças bem como a capacidade de os indivíduos recorrerem a uma rede de solidariedade, na qual possam mobilizar doações e empréstimos, a organização dos serviços de saúde e do sistema de pagamento e, ainda, os custos com o transporte e outras despesas relacionadas com a deslocação (Thiede, Akweongo, McIntyre, 2007: 109-110). Em termos socioculturais, há que destacar que o estatuto social, o prestígio e as ligações políticas que possam existir são importantes na mobilização dos provedores e recursos materiais biomédicos que melhor possam assistir os pacientes e seus familiares considerados importantes nas suas comunidades.

A dimensão disponibilidade está mais focada nas condições e serviços prestados pelos provedores. Para além de salientar a existência de medicamentos, infraestruturas e serviços adequados à população, destaca, também, a qualidade com que os mesmos são disponibilizados (Thiede, Akweongo, McIntyre, 2007: 107-108).

[7] As representações locais sobre a saúde e a doença e, mais particularmente, as interpretações locais sobre a malária serão abordadas no capítulo VI — "Malária: Uma perspectiva local".

A dimensão aceitabilidade refere-se à natureza dos serviços prestados e de como eles são percecionados pelos indivíduos e comunidades. O ajustamento entre esses serviços e as pessoas envolvidas no encontro clínico, com as suas variáveis individuais (idade, sexo, etnia, língua, estatuto socioeconómico, nível de escolaridade e crenças individuais) definem esta dimensão. Os doentes possuem as expectativas de serem prontamente atendidos e tratados com respeito, serem o centro da atenção do provedor, durante o diagnóstico e exame, e serem incluídos na discussão das opções de tratamento. Estas variáveis aproximam-se do modelo explicativo da doença de Kleinman, que procurava promover um maior interconhecimento do doente e suas interpretações, e sugeria aos profissionais biomédicos que questionassem os seus pacientes sobre a causa da sua condição (O que aconteceu, como e porquê?), o momento em que surgiram os primeiros sintomas (Porque é que ocorreu agora?), o processo pato-fisiológico (Que consequências tem a atual condição para o corpo?), a história natural da doença e o tratamento apropriado (O que é que o doente pensa que deve ser feito?) (Kleinman, 1980: 77). Os provedores esperam, igualmente, ver as suas expectativas satisfeitas no encontro clínico: o estatuto profissional respeitado e o cumprimento do tratamento prescrito (Thiede, Akweongo, McIntyre, 2007: 109-110). Dada a natureza dos dados recolhidos, a análise das declarações dos participantes será, amplamente, centrada nesta dimensão.

3.3.1 Acessibilidade

O impacto da malária, ao nível do absentismo laboral e o seu reflexo na economia (Konradsen *et al.*, 1997; McCarthy *et al.*, 2000; Gallup e Sachs, 2001; Ministério da Saúde, 2006: 8; Castillo-Riquelme, McIntyre e Barnes, 2008) já foi, amplamente, analisado e, nesse sentido, uma das prioridades do governo moçambicano e dos vários atores internacionais (OMS, Fundo Global, Fundação *Bill* e *Melinda Gates*, entre outros) tem-se centrado na disponibilização, a preços altamente subsidiados, dos medi camentos antimaláricos aos países onde a doença é endémica[8].

[8] Ver também: A iniciativa Affordable Medicines Facility surgiu de um grupo de trabalho do Roll Back Malaria e consiste num mecanismo de financiamento de anti-maláricos com terapia combinada de artemisinina, diretamente junto da indústria farmacêutica. Deste modo, as instituições públicas, privadas e não governamentais de um conjunto de países identificados (Benin, Cambodja, Gana, Quénia, Madagascar, Niger, Nigéria, Ruanda, Senegal, Tanzânia e Uganda) podem aceder, mais facilmente, a estes medicamentos (recomendados pela OMS), evitando terapias em que já foram desenvolvidas resistências. Atualmente, o Fundo Global é a agência que efetua o co-pagamento dos medicamentos, junto das indústrias. A iniciativa Medicines For Malaria Venture foi lançada em 1999 e é suportada por parcerias público-privadas, cujo financiamento mobilizado se destina ao desenvolvimento de investigação de anti-maláricos.

Dada a extensão da malária e a necessidade de facilitar o acesso aos serviços biomédicos, em Moçambique, a testagem e o tratamento dessa enfermidade (antimaláricos e paracetamol) são gratuitos e não existem custos de admissão para as crianças até aos 5 anos. Os restantes grupos etários pagam um metical (0,02€) pela consulta. Apesar das reduzidas taxas de admissão, aquando de um potencial episódio de malária, o custo económico do absentismo laboral está sempre presente, mesmo para os residentes numa aldeia com centro de saúde próximo das suas casas. Para os habitantes que vivem em aldeias distantes deles, as estratégias de mobilização da quantia necessária para acederem a um meio de transporte e para custearem outras despesas relacionadas com a sua deslocação (alimentação e contributo para o alojamento na casa de um familiar[9]), compele à venda de animais domésticos (galinhas), ao trabalho por conta de outrem (Ribera e Hausmann-Muela, 2011: 108) nos campos agrícolas, à queima de carvão e ao pedido informal de empréstimos, com ou sem juros (Obrist *et al.*, 2010: 337). Esta disponibilidade em recorrer a outras estratégias está, também, dependente da sazonalidade e do ciclo agrícola em que ocorre a enfermidade (Ribera e Hausmann-Muela, 2011: 109).

Numa sociedade patriarcal e patrilocal, em que as mulheres estão numa posição desvantajosa por possuírem uma reduzida rede de contactos (Ribera e Hausmann-Muela, 2011: 108) e poderem estar a viver longe da casa dos seus familiares mais próximos, com os maridos ou as sogras a controlarem os recursos existentes, o atraso no acesso a um provedor deve-se à preferência pela observação da evolução da doença, de modo a minimizar custos monetários e tempo desnecessário (Ribera e Hausmann-Muela, 2011: 111).

> "(...) Há uma senhora que apareceu, aqui, hoje, com uma criança com febre – é uma das que teve teste positivo. Eu pergunto: «O que é que estava a dar à criança?». «Eu estava a dar medicamento tradicional à criança». «Apanhou aonde?». «Ah, eu conheço, alguém me indicou. Então eu fui pegar, fervi e dei à criança». Elas não dizem que foram aos curandeiros, estávamos no curandeiro. Nunca, não aceitam dizer. A criança já estava, há três dias, com febre e começou a tomar medicamento tradicional ontem." (#124, provedor biomédico)

Recorrendo às categorias da abordagem dos modos de vida sustentáveis (*Sustainable Livelihoods*) (Obrist *et al.*, 2010, 327) com um capital físico (transporte, abrigo e energia), financeiro (dinheiro e poupanças) e natural (terra, água e gado), limitado e altamente dependente de outrem, as mulheres ficam restringi-

[9] Existem aldeias em que, diariamente, há apenas uma carrinha a fazer um percurso entre essa aldeia e a cidade de Chókwè e vice-versa. Nessas ocasiões, os doentes e familiares têm de pernoitar na cidade de Chókwè.

das ao seu capital humano (nível de educação, conhecimentos e saúde) e social (grupos de apoio) para ultrapassarem os episódios de saúde e doença e tomarem uma decisão sobre o provedor e a celeridade com que a ele devem recorrer.

> "Quando se trata de doença, faço um empréstimo numa pessoa que tem machamba e, mais tarde, quando eu melhorar, irei fazer o trabalho na machamba dessa pessoa para pagar (…) Depende do trabalho, a caixa de tomate está a 50 meticais. Quando for para capinar é outro valor. Às vezes não apanha no mesmo dia o dinheiro. Podes levar 1 semana ou 2 semanas. Às vezes, leva-se 4 dias a capinar." (#11, grupo focal, Lionde)

Ao contrário dos casos reportados em relação à malária, inúmeras vezes a aquisição de medicamentos fora do sistema nacional de saúde, em farmácias privadas, significa um esforço financeiro maior do que o necessário para cobrir as despesas de transporte e contribuição para o alojamento. Foi, frequentemente, reportado pelos entrevistados que se dirigiam, primeiramente, às farmácias privadas para saber o custo dos medicamentos e regressavam a casa para tentar encontrar uma estratégia para conseguir o dinheiro necessário.

Desta forma, e considerando o esforço empreendido na resolução de cada episódio de doença, torna-se compreensível que um dos fatores de atração dos serviços biomédicos seja a disponibilidade de medicamentos (Hanson *et al*., 2005), assim como a existência de boas infraestruturas, equipamentos e injeções (Kizito *et al*., 2012: 3).

Kamat, na sua etnografia focada em mães solteiras e episódios de malária dos seus filhos, concluiu que a persistência da doença na infância, nas comunidades empobrecidas e neste grupo estava, significativamente, influenciada pelas mudanças estruturais socioeconómicas e pelas desigualdades de género, o que configurava violência estrutural (Kamat, 2013: 132).

Neste estudo, as dificuldades financeiras, as barreiras geográficas, a vulnerabilidade socioeconómica das mulheres, idosos e viúvas constituem limitações à adesão aos serviços biomédicos. Obrist *et al.* concluíram que os vários constrangimentos organizacionais e económicos, associados à malária, criaram resiliência nas comunidades e nos indivíduos, ao levarem-nos a prepararem-se para as ameaças, através de uma maior previsibilidade das suas vidas, uma estrutura de apoio social e uma maior coesão. Os autores sugerem a alteração do conceito de redes de solidariedade para redes de resiliência (Obrist, Mayumana e Kessy, 2010: 338).

3.3.2 Disponibilidade

O sistema de saúde, em Moçambique, ainda se confronta com inúmeros problemas e desafios quanto à extensão dos cuidados biomédicos a toda a população, o tipo de serviços prestados e o seu grau de qualidade. Apesar do esforço e bom trabalho reconhecido pelos entrevistados aos técnicos e enfermeiros espalhados pelo distrito de Chókwè, estes não deixaram de referir a necessidade de existir um maior leque de serviços que inclua a existência de mais maternidades, técnicos e enfermeiros, nos centros de saúde, e médicos a quem possam recorrer[10]. De acordo com dados de 2012, no distrito de Chókwè, constatava-se o seguinte *ratio* médico: habitantes 1: 24 069, e outros profissionais de saúde: habitantes 1:1 318 (Ministério da Saúde, 2012: 67). Como foi anteriormente referido, o distrito de Chókwè possui, desde 2012, pelo menos, dois profissionais de saúde por unidade sanitária. Mesmo que haja expediente, formação, entrega de estatística ou outros motivos que exijam a presença de um dos profissionais biomédicos, atualmente, o outro técnico de saúde poderá manter a rotina dos serviços prestados.

A prolongada demora (Bogart, 2009: 848; Bingham *et al.*,2012: 9) e a falta de recursos humanos (Gilson *et al.*, 2007: 37-39) que minimizem a espera e permitam a prestação de cuidados fora de horas foram, frequentemente, referidos como um constrangimento dos serviços de saúde prestados.

Apesar da disponibilidade de antimaláricos ter sido reportada como constante, outros medicamentos, principalmente os relacionados com as doenças crónicas, têm tido maior procura do que a oferta, forçando os pacientes de dirigir-se às farmácias privadas ou aguardar a reposição de *stock*, no sistema público, nem sempre temporalmente previsível. Outros estudos, também reportaram a falta de medicamentos como um dos problemas identificados nos serviços biomédicos públicos (Sekokotla *et al.*, 2003: 39; Mubyazi *et al.*, 2006: 4; Goudge, 2009: 11; Bingham *et al.*, 2012: 7).

Por último, importa destacar um conjunto de testemunhos recolhidos e que se relacionam com a dimensão da disponibilidade: a fraca motivação de alguns profissionais de saúde (MISAU, 2012a: 23; King e McInerney, 2006; Kekana *et al.*, 2007), relacionada , entre outros motivos, com a sobrecarga laboral (Alberti *et al.*, 2007: 5; Selman, 2009: 8). O isolamento e as fracas acessibilidades a algumas aldeias, aliadas à componente pessoal de se estar afastado das respetivas famílias

[10] Devido ao reduzido número de médicos, estes só atendem, maioritamente, os pacientes que sejam referenciados por outros técnicos de saúde. Os habitantes das aldeias que se localizam em torno da 8ª Brigada (quartel das Forças Armadas onde existe um médico militar, a tempo parcial, e medicamentos enviados pelo Ministério da Defesa) referiam que a principal motivação para se dirigirem a este local se deve ao facto de poderem ser atendidos por um médico, em vez de um técnico ou enfermeiro.

(para algumas profissionais de saúde, há mais de 10 anos) são um fator inegável de desmotivação.

> "(...) Trabalhamos muito e o salário é pouco.(...) hoje que é feriado, mas temos que trabalhar, porque estamos a lutar pela nossa parte e para o bem do doente. (...) Se até às 16h aparece uma urgência, tenho que ir atender. Estou sem servente, tenho que acordar de manhã e fazer limpeza do centro de saúde e mais tudo isso, para depois começar a atender doentes. Tenho que vir cozinhar. Então torna tudo mais difícil mesmo." (#109, provedor biomédico)

Estes fatores organizacionais refletem-se, igualmente, na relação entre provedores e pacientes, na medida em que, quando um profissional de saúde se sente valorizado e respeitado, está mais disposto a prestar um serviço centrado no paciente e de boa qualidade (Gilson *et al.*, 2007: 37). O encontro clínico, baseado no respeito e comunicação aberta, promoverá relações de maior confiança e proximidade, como foi referido pela maioria dos meus interlocutores, principalmente em relação aos serviços prestados no hospital do Carmelo e de Chalocuane.

A análise dos discursos sobre os serviços biomédicos, prestados de acordo com a dimensão da acessibilidade e disponibilidade, ajudarão a compreender, de modo mais articulado, os testemunhos recolhidos sobre a dimensão da aceitabilidade.

3.3.3 Aceitabilidade

No encontro clínico assiste-se à reunião de dois atores que podem ter racionalidades e cosmologias distintas, mas que, naquele momento, estão comprometidos com a satisfação em relação ao motivo que levou o doente ao encontro do provedor biomédico. Este questiona o paciente em conformidade com a sua racionalidade, experiência e formação profissional e o doente limita-se a responder, de acordo com os parâmetros biomédicos. À semelhança de outros estudos, a maioria dos entrevistados declarou ter experiências positivas em relação ao atendimento por parte dos profissionais biomédicos (Selman, 2009: 7).

A institucionalização dos cuidados de saúde, associada à presença do provedor biomédico com formação académica acima da média (bata branca) e como representante do Estado, num contexto de sociedades agrárias com práticas terapêuticas múltiplas, realça a assimetria de poder e autoridade no encontro clínico. O poder da ciência e do conhecimento bem como a sua suposta infalibilidade fazem dos profissionais de saúde figuras de autoridade, letradas e representantes do Estado. A sua contestação gera receio, na medida em que é considerada

um desafio a essa autoridade institucional e pode vir a comprometer a prestação de cuidados futuros. Isto é, um paciente, ao ter acesso ao centro de saúde mais próximo da sua residência, dificilmente contestará ou criticará, publicamente, o desempenho dos profissionais biomédicos, com receio que, no futuro, possa não vir a receber os cuidados de saúde adequados. Quanto maior é o acesso e a capacidade financeira para lhes aceder, maior é a exigência e a procura de serviços que vão ao encontro dos interesses do paciente.

Num contexto de pluralismo terapêutico e de grandes e rápidas mudanças, ao nível dos serviços biomédicos, no que respeita à mudança das políticas, das linhas de tratamento, da introdução de biotecnologia[11] e de novos atores[12], uma comunicação eficaz com os pacientes poderia minimizar as relações de poder e fomentar uma maior proximidade e intercompreensão das cosmologias e racionalidades presentes no encontro clínico. Apesar de profissionais e pacientes partilharem a mesma matriz cultural, no encontro clínico, é feita uma abordagem biomédica acultural e centrada no corpo e nas manifestações das suas disfunções. Uma comunicação mais eficaz (Williams, 2002: 415), ao nível do diagnóstico[13], da referência (Goudge *et al.*, 2009: 12), do tratamento (Selman, 2009: 7), dos efeitos iatrogénicos[14] e horizontal, que tivesse em consideração a diferença e as racionalidades dos pacientes tornaria a biomedicina mais acessível à população e aos restantes provedores.

Por outro lado, não se deve ignorar que o encontro clínico é, frequentemente, uma experiência em que a angústia, o sofrimento, o desespero e a vulnerabilidade estão presentes e que a recetividade e entendimento da informação transmitida ao doente é mediada pelo turbilhão de emoções. A falta de cortesia e simpatia com que os profissionais de saúde atendem os seus pacientes foi, frequentemente, referida (Mubyazi *et al.*, 2006: 5; Bingham *et al.*, 2012: 7), incluindo os curandeiros e pastores.

[11]Ver subcapítulo 6.3.

[12] Ver capítulos sobre as Organizações Não Governamentais (V) e o papel das Igrejas (VIII).

[13] A título de exemplo, das falhas de comunicação existentes entre provedores biomédicos e pacientes e familiares, recordamos um dia em que visitámos a enfermaria pediátrica e, ao perguntarmos quantas crianças estavam internadas por malária, a enfermeira que nos acompanhava referiu que apenas uma. Quando nos aproximamos para conversar com a mãe, a enfermeira apercebeu-se que ela não sabia que a criança estava internada devido à malária, e, naquele momento, fez um aconselhamento rápido àquela mãe. Situações como estas foram reportadas, também, em Kamat (2013: 82).

[14] Doença causada pelo próprio ato médico ou tratamento (Illich, 1986: 1325).

> "(...) Trabalham e fazem bom atendimento, dependendo do funcionário. Há uns que berram, insultam-te, quando estás doente. Mas há outros que recebem bem as pessoas." (#29, pastor, Bombofo)

Outro discurso que emergiu dos entrevistados é a mediação com os restantes provedores de cuidados de saúde. A hegemonia da biomedicina e o seu grande enfoque na medicina curativa, dentro de um centro de saúde, associada aos escassos e sobrecarregados profissionais de saúde, deixa pouco espaço para o interconhecimento e construção de uma relação com os outros cuidadores. À exceção de alguns provedores biomédicos, que já se encontram há muitos anos no mesmo centro, e de outros que possuem uma personalidade mais aberta (Kizito *et al.*, 2012: 10), a maioria não tem disponibilidade, nem conhece os restantes profissionais. A nível distrital, não existe nenhuma orientação clara sobre como trabalhar com os outros provedores, especialmente com pastores das igrejas ziones que são desconhecidos pela generalidade dos profissionais biomédicos entrevistados.

Quanto à relação com os curandeiros, existe um maior interconhecimento e proximidade por serem o provedor mais antigo e devido à necessidade, no passado, de se sensibilizar estes terapeutas tradicionais para não reterem os doentes nos seus domicílios. Os testemunhos recolhidos juntos dos profissionais de saúde sobre os restantes provedores manifestam uma grande reprovação e ceticismo relativamente às suas práticas terapêuticas, existindo, apenas, alguma cooperação, caso seja exigido a nível externo (atividades promovidas por alguma ONG, a convocação de uma reunião pelas autoridades locais, ou alguma diretiva dos SDSMAS).

Uma mais ampla abertura e proximidade dos serviços biomédicos das outras etnomedicinas permitiriam uma maior compreensão da tomada de decisão e das racionalidades ligadas à saúde e à doença, e potenciariam a mudança do discurso biomédico culturalista, em que os conhecimentos e práticas locais constituem o motivo de as populações não aderirem aos cuidados disponibilizados pela biomedicina (Lock e Nguyen, 2010: 8). Este argumento foi, igualmente, encontrado no distrito de Chókwè.

> "(...) Vêm ao hospital, nós damos o tratamento, vão para casa e continuam a procurar no curandeiro. Então, essa é uma tradição que é difícil erradicar." (#149, provedor biomédico)

O respeito e a procura da compreensão sobre a tomada de decisão dos pacientes e das suas narrativas terapêuticas permitirão uma maior confiança, respeito mútuo e comunicação efetiva, promovendo a autonomia do doente. Por

outro lado, o desrespeito pela cultura local (Goudge, 2009: 16; Selman, 2009: 7) e a desconsideração dos conhecimentos acumulados pelos pacientes promoverão relações paternalistas, segmentadas e com reduzida confiança e cooperação (Goudge, 2009: 14).

Vinay Kamat, com base na sua experiência etnográfica na Tanzânia, sublinha que esta abordagem culturalista integra as condições estruturais que colocam os indivíduos e as famílias no centro do controlo das doenças, não promovendo o cumprimento dos objetivos de redução da malária (Kamat, 2010: 21). Estas condições estruturais e a cultura biomédica, ao colocarem todo o foco de tomada de decisão nos indivíduos, e em especial nas mulheres, ignoram a vulnerabilidade económica e social associadas ao seu dia-a-dia.

Síntese

A relação que as pessoas estabelecem com os profissionais de saúde e a decisão de recorrer aos seus cuidados estão estreitamente ligadas a fatores de ordem económica, organizacional e relacional (estatuto social, prestígio e ligações políticas) e às interpretações que são dadas aos episódios de doença (ver capítulo VI). A esta convergência de fatores juntam-se algumas das especificidades do sistema de saúde biomédico, que se caracteriza pela escassez dos recursos (profissionais, materiais e financeiros), reduzida cobertura em termos populacionais, afetando o tipo e a qualidade dos serviços prestados, ao nível do atendimento, assim como um maior interconhecimento e relação de outros atores sociais, em especial, outros provedores.

A compreensão mais ampla em relação à tomada de decisão no acesso aos cuidados de saúde, que inclua as principais críticas tecidas pelos entrevistados e de como estes se articulam com o paradigma culturalista biomédico, permite-nos entender, mais profundamente, o processo de tomada de decisão sobre os serviços a que recorrer. A incapacidade de aceder aos cuidados biomédicos, devido à longa distância a percorrer até ao centro de saúde ou à indisponibilidade financeira para adquirir os medicamentos, associada às interpretações locais das enfermidades, permitir-nos-ão compreender a tomada de decisão, de acordo com o modelo interpretativo, incluindo fatores críticos de ordem macro, fatores interrelacionais entre provedores e atores biomédicos.