

**Gender and Therapeutic
Pluralism: Women's Access
to Non-State Health Systems
in Guinea-Bissau, Angola and
Mozambique**

**| Género e pluralismo terapêutico:
o acesso das mulheres ao sistema de
saúde não estatal em Guiné-Bissau,
Angola e Moçambique**

ABSTRACT | Introduction:

The promotion of different health services, including vaccination, family planning, endemic and epidemic disease control, first aid programs, and the launch of a public health policy focused on having global contours would be the tools to provide healthcare to all.

Objective: *Addressing women's access to non-state healthcare in Angola, Mozambique and Guinea-Bissau, since it is the most sensitive population to international macroeconomic decisions that often limit state-funded social support and the development of the private sector.*

Methods: *Non-state healthcare providers were referenced; they encompassed traditional therapists, third sector organizations, community and grassroots organizations. It is essential understanding the complexity of this sector in order to implement strategies to coordinate public health policies and the non-state sector supply in its multiple aspects.*

Results: *Community Social Organizations developed a series of initiatives, many of them used the community mobilization strategy, to ensure access to basic healthcare services, mainly at mother and child scope, in Guinea Bissau. Practices used in Angola included herbal medicine and patient counseling. Patients may be informed to look for other alternatives, notably conventional medicine. Interviews with mothers in Mozambique made it possible to gather information about how they manage their children's illnesses, as well as their inherent motivations and meanings.*

Conclusion: *These case study mainly points toward women's ability to intervene in vulnerable situations and depressed contexts, and the need of setting a broader dialogue among all involved parts: clients, healthcare workers, members of civil society and traditional therapists*

Keywords | *Women; Non-State Health Care; Traditional Medicine; Women's Associations.*

RESUMO | Introdução: A saúde para todos seria atingida por meio da promoção de diferentes serviços de saúde, incluindo programas de vacinação, de planeamento familiar, de controle de doenças endémicas e epidémicas, de primeiros socorros, e representou o lançamento de uma política de saúde pública que pretendia ter contornos globais. **Objetivo:** Abordar o acesso das mulheres aos cuidados de saúde não-estatais em Angola, Moçambique e Guiné-Bissau, considerando-as o grupo populacional mais sensível às decisões macroeconómicas internacionais que conduziram à limitação do apoio social financiado pelo Estado e ao desenvolvimento do sector privado. **Métodos:** Os prestadores de cuidados de saúde não estatais foram referenciados e abrangiram os terapeutas tradicionais, as organizações do terceiro sector, as organizações comunitárias e de base. O conhecimento aprofundado da complexidade desse sector foi essencial para a implementação de estratégias que coordenem as políticas de saúde pública e a oferta do sector não estatal nas suas múltiplas vertentes. **Resultados:** Em Guiné-Bissau verificou-se que de forma a assegurar o acesso aos serviços básicos de saúde, em especial na área materno-infantil, as Organizações Sociais Comunitárias desenvolveram uma série de iniciativas, muitas delas utilizando a estratégia de mobilização das comunidades. Em Angola constatou-se que as práticas utilizadas incluem a fitoterapia e a orientação dos pacientes, que podem ser aconselhados a procurar outras alternativas, nomeadamente a medicina convencional. Em Moçambique, as entrevistas às mães possibilitaram obter informação sobre os seus percursos na gestão das doenças dos seus filhos, assim como as motivações e significações inerentes. **Conclusão:** Estes estudos de caso apontam sobretudo para a capacidade de intervenção das mulheres em situações de vulnerabilidade e contextos deprimidos, e a necessidade de um maior diálogo entre todos os parceiros: utentes, técnicos de saúde, elementos das organizações da sociedade civil, terapeutas tradicionais

Palavras-chave | Mulheres; Cuidados de Saúde Não Estatais; Medicina Tradicional; Associações de Mulheres.

¹Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.

INTRODUÇÃO |

“Saúde para todos”, o muito aclamado slogan lançado na conferência de Alma Ata em 1978, expressava a vontade política internacional de estender os cuidados de saúde primários a toda a população através dos serviços públicos. Esse objectivo ambicioso seria atingido por meio da promoção de diferentes serviços de saúde incluindo programas de vacinação, de planeamento familiar, de controlo de doenças endémicas e epidémicas, de primeiros socorros, e representou o lançamento de uma política de saúde pública que pretendia ter contornos globais.

Essa proposta foi minada desde muito cedo pela imposição dos Planos de Ajustamento Estrutural aos países considerados em vias de desenvolvimento e dependentes da ajuda externa^{1,2,3}. Os programas aplicados desde 1980 aos países na dependência das instituições financeiras internacionais (Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial) promoveram a liberalização dos serviços e dos mercados, a desvalorização da moeda, a privatização das empresas públicas, a abertura aos mercados internacionais, redução dos impostos sobre o capital estrangeiro e desregulação dos movimentos de capital. Desde 1999 as instituições financeiras internacionais adoptaram o programa *Heavily Indebted Poor Countries*, incluindo os *Poverty Reduction Strategic Papers* que, além de apoiar acções específicas de redução da pobreza, promovem o relacionamento com a sociedade civil, abrindo o terreno da cooperação internacional às Organizações da Sociedade Civil, de que são exemplo as Organizações Não governamentais (ONG) que hoje ocupam o espaço da cooperação internacional. É hoje reconhecido que os Programas de Ajustamento Estrutural conduziram à mercantilização dos serviços e mesmo das relações sociais, ao desemprego e aumento das desigualdades sociais incluindo as disparidades de género^{3,4,5}.

No caso da implementação dos serviços de saúde em África, a falta de financiamento do sector de saúde público impediu a realização dos princípios de Alma Ata e tornou mais óbvia a incapacidade dos serviços de saúde para fazer face às “epidemias do século”, nomeadamente o HIV-SIDA^{6,7}. A política de liberalização económica veio fragilizar o sistema de saúde público e conduziu à privatização e mercantilização de muitos dos serviços de saúde. Em 1987 os programas *Financing Health Services in Developing Countries* e Iniciativa de Bamako, lançados respectivamente pelo Banco Mundial e pela UNICEF, vieram obrigar à criação

de taxas de utilização dos serviços de saúde públicos, criaram espaço para a introdução das seguradoras privadas e encorajaram as organizações privadas a providenciarem serviços de saúde.

As consequências adessa desestruturação do sistema de saúde público estão expostas no estabelecimento dos Objectivos do Milénio que reclamam a necessidade de aplicar urgentemente uma nova agenda para a saúde. O novo milénio assistiu igualmente à implementação dos fundos globais para a saúde, tais como o PEPFAR (President Emergency Program for AIDS Relief) e o GFTAM (Global Fund to Fight AID, TB and Malaria), que canalizaram grande parte dos investimentos internacionais nesta área. Estes programas caracterizam-se pelo seu elevado investimento e por promoverem uma actuação vertical, focada em problemas específicos tais como o HIV-SIDA ou a malária. Apesar da sua reconhecida eficácia, tiveram uma actuação limitada aos grupos-alvo e não abrangeram a população como um todo. Por outro lado, é hoje admitido que o tratamento de prevenção da SIDA ou a aplicação dos ART não é possível em grande escala em países onde o sistema de saúde está dividido por uma miríade de ONG, instituições de caridade, missões e provedores privados. Esse panorama conhece obviamente grandes diferenças regionais e locais, mas a conclusão geral é de que existem limitações dos cuidados de saúde para as populações mais vulneráveis, incluindo mulheres e crianças^{8,9,10}. O reconhecimento dos problemas enunciados esteve na origem do lançamento de um projeto de investigação sobre o acesso das mulheres aos cuidados de saúde não estatais em África, que entre 2010 e 2013 reuniu um total de 11 investigadores do Centro de Estudos Africanos do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL). do projecto “Género e pluralismo terapêutico: acesso das mulheres ao sector de saúde privado em África” (PTDC/AFR/108615/2008), financiado pela FCT. O projeto abordou o acesso das mulheres aos cuidados de saúde não estatais em África, encarando-as o grupo populacional mais sensível às decisões macroeconómicas internacionais que conduziram ao desenvolvimento do sector privado nos países dependentes da ajuda externa. O objetivo deste estudo foi obter um conhecimento detalhado das opções e escolhas em cuidados de saúde que se apresentam às mulheres de grupos desfavorecidos nos contextos abordados. Considerou-se que esse conhecimento é essencial para a implementação de uma estratégia para a saúde que coordene as políticas de saúde pública e a oferta de um sector privado extremamente diversificado na sua composição.

MÉTODOS |

A questão da implementação do sector privado em África relaciona às políticas de desenvolvimento, o acesso da população aos serviços básicos de saúde e redução da pobreza, o pluralismo médico, a divulgação de produtos e bens essenciais, os direitos humanos, a criação cultural e o mercado globalizado¹¹. A própria definição desse sector remete para um campo heterogêneo de práticas que inclui a acção de organizações sem fins lucrativos, como ONG e associações, e de instituições lucrativas tão diversas como as clínicas privadas, a actividade farmacêutica e os terapeutas tradicionais. O projeto privilegiou o acesso das mulheres aos cuidados de saúde, tendo em conta os elementos que podem contribuir para que estas sejam mais vulneráveis às consequências dos Programas de Ajustamento Estrutural. A aplicação desses programas em África afectaram diferentemente as mulheres e os homens, que mais frequentemente auferem de uma atividade remunerada¹². A dificuldade do acesso aos serviços de saúde fragilizou particularmente os grupos de mulheres e crianças afectados por adversidades económicas e de mudança social e conduziu à sua crescente vulnerabilidade⁴, fator que é reconhecido pela OMS.

Reconhecendo a diversidade das práticas de cuidados de saúde não estatais, o projecto centrou-se na questão da biopolítica e do pluralismo terapêutico, através do estudo da acção das empresas privadas, de ONG, dos programas de saúde comunitária e dos terapeutas tradicionais focando a questão dos cuidados de saúde para as mulheres. O projeto decorreu em 4 países africanos - Guiné-Bissau, Angola, Moçambique e Níger - se foi complementado por um estudo sobre a cooperação na área da saúde e de género realizada no Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento em Portugal. Procurou responder a algumas questões sobre a vulnerabilidade das mulheres nestes contextos, dentre estas: onde não existe protecção social, quais os intervenientes no campo do apoio e cuidados de saúde? Que estratégias adoptam os grupos mais desprovidos em situações de risco e crise? Como gerem as mulheres as suas trajectórias pelo mercado de cuidados de saúde?

A investigação baseou-se na metodologia qualitativa, procurando sempre caracterizar o papel social desempenhado pelas mulheres na sociedade. Contando com a participação de vários jovens doutorandos e mestrados, o projecto investiu igualmente na sua formação teórica e metodológica com o apoio de investigadores seniores. De

acordo com as linhas gerais do projecto, todos os trabalhos tiveram início em Lisboa com a análise e a discussão da bibliografia, em seminários metodológicos realizados com a equipa do projecto durante o primeiro ano. O desenho da pesquisa e a investigação de campo tiveram um universo mais alargado que o apresentado neste texto, incluindo na análise o contributo das organizações da sociedade civil, representantes do sector público de saúde e pessoal médico para o acesso das mulheres ao sector de saúde.

O capítulo a seguir descreve de forma breve os casos lusófonos trabalhados no projecto que representam estudos de caso significativos. Trata-se de três países diferenciados tanto pela sua dimensão, como pela capacidade económica e implementação de serviços estatais: Guiné-Bissau), Angola e Moçambique

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Os três países africanos lusófonos representaram estudos de caso distintos. No caso da Guiné-Bissau, um país dependente da ajuda externa, com uma história de instabilidade política que conduziu ao fracasso parcial do sector de saúde pública criado na sequência da independência, privilegiou-se o estudo das formas de associação para fazer face ao risco em saúde. Nesse país, a oferta de serviços de saúde baseia-se largamente no sector privado, sobretudo nas ONG, na distribuição privada de medicamentos e nos terapeutas tradicionais. Um importante fluxo migratório para o Senegal e para a Europa conduziu ainda à criação de associações de migrantes que agem como benfeitores locais na melhoria dos cuidados de saúde comunitários.

Foram utilizados como instrumentos de investigação na Guiné-Bissau o levantamento de dados estatísticos e relatórios disponibilizados pelas instituições, a observação directa e entrevistas semiestruturadas. Cada uma dessas técnicas utilizadas forneceu um conjunto de informações diferenciadas e complementares, o que permitiu aprofundar o conhecimento do objecto de estudo. O trabalho de campo na Guiné-Bissau foi realizado na capital, Bissau, e na região Sul (Tite, Buba, Fulacunda, particularmente nas tabancas de Kâ e de Aidara), de Abril a Junho de 2011. A região sul foi a escolhida por reunir um número significativo de projectos já identificados com base nas entrevistas realizadas em Bissau, na área da saúde.

As iniciativas analisadas, individuais ou comunitárias, foram consideradas de acordo com as contribuições directas ou indirectas para a promoção do acesso do próprio e dos seus familiares ao sector de saúde, como é o caso dos grupos de *abota*, dos grupos de *mandjuandadi*, e mesmo dos grupos culturais. Analisaram-se igualmente iniciativas desenvolvidas com o apoio de ONG na área da pesquisa como as mutualidades de saúde, projectos de geração de rendimentos e projectos de saúde. Finalmente, recorreu-se a informantes de instituições públicas do sector de saúde (médicos, enfermeiros, dirigentes dos hospitais, dirigentes dos postos de saúde).

Verificou-se que de forma a assegurar o acesso aos serviços básicos de saúde, em especial na área materno-infantil, as OSC desenvolveram uma série de iniciativas, muitas delas utilizando a estratégia de mobilização das comunidades. As associações, sejam informais ou incentivadas pelas OSC, baseiam-se no princípio da interajuda e são financiadas pelas quotizações dos seus membros. Foi identificado o mecanismo da *abota*, o qual, à imagem do que acontece em numerosos contextos africanos, se baseia na criação

de grupos de crédito-rotativo ou *Rotating Savings and Credit Associations*. O mesmo mecanismo é adoptado pelas *mandjuandadi*, grupos inspirados nas associações de idade rurais, das quais adoptam os princípios da unidade de género e etária e o princípio da interajuda. Embora esses grupos sejam sobretudo conhecidos pelas suas actividades lúdicas, também servem de suporte aos seus membros, recobrando funções de protecção social.

Verificou-se que a situação de extrema instabilidade do país agravou a situação de penúria dos cuidados de saúde (objecto deste estudo) incentivada pela aplicação dos PAE desde os anos 80, tendo colocado grande parte da população numa situação de extrema fragilidade. Os diferentes papéis assignados a cada género remetem para as mulheres a responsabilidade pela sobrevivência do agregado familiar. Os mecanismos de interajuda no interior dos grupos de *abota* ou das *mandjuandadi* têm-se mostrado os mais eficazes para obstar aos problemas quotidianos da população.

Por contraste, o exemplo angolano é o de um país que emerge de uma longa guerra civil com um estado forte,

Figura 1 - Grupo de *mandjuandadi*, tabanca de Aidara, Guiné Bissau, maio de 2011



Foto: Aline Afonso.

onde o desenvolvimento do sector privado está relacionado com a disponibilização de serviços biomédicos lucrativos. Em Angola está a ser implementado um programa de saúde pública que com as práticas de saúde informais difundidas pelas novas igrejas e pelos curandeiros tradicionais. Em Angola, a pesquisa de campo, onde estiveram envolvidas as investigadoras Virginie Tallio e Maria de Fátima, desenvolveu-se em três províncias: Luanda, Cunene e Huíla. Nesta última província, a pesquisadora Maria de Fátima debruçou-se sobre as zonas rurais dos municípios da Humpata e da Chibia, tendo o estudo visado fundamentalmente à população do grupo étnico muila. A pesquisa procurou perceber o papel das parteiras tradicionais na sua actuação de protecção da grávida, na realização do parto e nos cuidados com a parturiente e com o bebé. Tratou-se de encontrar as parteiras tradicionais desprovidas de qualquer ligação com as estruturas da saúde e que são reconhecidas pelo seu trabalho na comunidade em que se enquadram. Localizaram-se 28 parteiras tradicionais nas

seguintes localidades: Neves, Caholo, Batabata, Mungolo, Hanga, Vitako, Malola, Tchilawa, Palanca, Unene, Heva, Kapunda-kavilongo e Kihita.

Das entrevistas e conversas informais obteve-se um conjunto diferenciado de informações. Com as autoridades administrativas e da saúde obtiveram-se informações sobre o estado actual do sector, obtenção de documentação, informação de programas em curso e seu desenvolvimento, pessoal da saúde e infraestruturas. Com as autoridades tradicionais locais (sobas e seculos) obtiveram-se informações sobre a localização e identificação das parteiras tradicionais, forma de chegar às aldeias para as abordarmos, como eram reconhecidas pelas autoridades da saúde, e apoio para a pesquisa.

Do trabalho com as parteiras e da observação directa conseguiu-se identificar: (i) que estas são na sua maioria analfabetas e só algumas têm bilhete de identidade; (ii)

Figura 2 - Chibia, Angola, junho de 2012



Foto: Maria de Fátima.

que algumas exercem essa profissão por decorrência do chamamento dos espíritos com realização de um ritual; (iii) outras porque aprenderam com algum membro da família (mãe, tia avó); (iv) outras ainda porque se viram na obrigação de atender ao parto de uma parente próxima e, perdendo o receio com a experiência, tornaram-se praticantes.

Parteiras tradicionais e grávidas vivem em zonas rurais distantes do asfalto, sem energia nem água canalizada. Há postos de saúde nas sedes das comunas, mas a população está sempre muito distanciada desses centros. As próprias aldeias têm o sistema de habitações dispersas. Todas as parteiras entrevistadas afirmaram dar suporte à mulher grávida, no estado pós-parto, à criança até ao primeiro ano de vida e/ou até mais idade, principalmente se for menina, a mulheres e homens com problemas de infertilidade. Constatou-se que as práticas utilizadas incluem a fitoterapia e a orientação dos pacientes, que podem ser aconselhados a procurar outras alternativas, nomeadamente a medicina convencional. As parteiras recorrem ao suporte espiritual e ritualístico, não cobram bens ou dinheiro, mas por vezes recebem gratificações. Identificam doenças venéreas e encaminham-nas para especialistas. Não têm apoio das entidades da saúde e só algumas foram procuradas por uma estrutura ou funcionário da saúde. Atendem geralmente as mulheres da comunidade e o contacto é pessoal ou com a família. Há partos difíceis que têm de realizar a todo o custo, muitas vezes entregando-se à sorte dos deuses.

Em Moçambique, o governo procurou integrar tanto o sector informal de curandeiros tradicionais através da AMETRAMO, como a cooperação com agências internacionais e ONG. Neste caso, foi realizado um estudo específico sobre os programas de saúde comunitária. O trabalho de campo foi realizado em três diferentes espaços: Marrucua, onde esteve o investigador Albert Farré, Xai-Xai, onde decorreu a pesquisa de Gefra Fulane, e Maputo, onde Sara Ferreira trabalhou sobre a responsabilidade social corporativa.

Marrucua situa-se no norte do distrito de Morrumbene, numa faixa de terra de cerca de 8 km (este-oeste) situada entre o oceano Índico e a estrada nacional N1, e que se estende aproximadamente uns 6-7 Km na direcção norte-sul. A célula onde as entrevistas foram realizadas não tinha posto de saúde, e as unidades sanitárias mais próximas eram os Hospitais rurais de Morrumbene (20km ao sul seguindo a Estrada Nacional 1) e de Massinga (20 km ao norte, seguindo a Estrada Nacional 1). Entre junho e julho de 2010 foram

feitas 21 entrevistas semiestruturadas, sendo que 18 dos entrevistados haviam estado doentes no passado recente, e aceitaram explicar o seu percurso no processo de cura. Entre estes incluem-se, em Marrucua, um herbanário-advinho representante da AERMO (Associação dos Ervanários de Moçambique), um pastor de uma igreja zione, e um agente da saúde. Foram efetuadas discussões com grupos focais. O interesse principal não foi avaliar a eficácia dos diferentes tratamentos, senão recolher a narrativa dos doentes sobre o percurso realizado, e conhecer o seu nível de satisfação com as escolhas que decidiram fazer. Tentou-se analisar os limites de uma concepção da comunidade baseado só na vizinhança, pois as redes de parentesco, embora se encontrem muitas vezes espalhadas pelo território, fornecem suportes de apoio que são cruciais para qualquer política de saúde rural.

Constatou-se que a escolha dos Agentes Polivalentes Elementares (APE) entre a própria população onde vão trabalhar é, sem dúvida, um facto muito importante no sentido de aproveitar uma certa relação de confiança prévia, mas não é suficiente. O facto de os APE terem uma função principalmente de saúde preventiva, e só terem capacidade curativa a um nível muito elementar, faz com que o ponto central das suas competências esteja na comunicação. O agente comunitário tem de ser capaz de transmitir e fazer entender informações vindas do centro (os conteúdos que recebeu na formação técnica, por exemplo) e, ao mesmo tempo, deve saber escutar e entender as preocupações da população e os riscos percebidos por elas.

A distância das populações locais com o SNS não é só uma distância geográfica, é também uma distância comunicativa e política. O pessoal sanitário muitas vezes não fala a língua local, nem desenvolve uma atitude que ajude a que o utente se sinta bem acolhido nas instalações sanitárias. Essa segunda distância é muito mais difícil de superar que a primeira, embora seja preciso reconhecer que as tarefas atribuídas aos APE não são simples de realizar.

O segundo trabalho de campo, realizado por Gefra Fulane, foi levado a cabo na Cidade de Xai-Xai, Província de Gaza, no Sul de Moçambique. Xai-Xai é a capital de uma província cuja taxa de mortalidade infantil é de 96,5%. O pessoal médico existente nesta cidade é insuficiente para cobrir a demanda populacional – o rácio habitante/pessoal médico é de 1,120. Coexistem, em Xai-Xai, diferentes provedores de cuidados de saúde que disponibilizam uma variedade de medicamentos. O estudo foi de carácter qualitativo, complementado por dados estatísticos, principalmente no

Figura 3 - Marracua, Moçambique, setembro 2012



Foto: Albert Farré.

que concerne aos indicadores e tendências demográficas do objecto de estudo. A recolha de dados etnográficos, realizada entre os meses de fevereiro e março de 2012, recorreu a entrevistas semidirectivas gravadas, conversas informais e observações directas. Obtiveram-se narrativas de treze mães - uma avó, duas enfermeiras, dois farmacêuticos, um vendedor de medicamentos tradicionais e um curandeiro. Para o encorajamento e conforto dos informantes, as entrevistas e conversas foram realizadas em português e changana. As instituições visadas na presente pesquisa etnográfica assim como os participantes entrevistados foram minuciosamente informados sobre os objectivos e os métodos do trabalho, tanto que todos assinaram um consentimento informado que testemunha a autorização à cedência da informação e fotografias.

Quanto ao conteúdo, as entrevistas às mães possibilitaram obter informação sobre os seus percursos na gestão das

doenças dos seus filhos, assim como as motivações e significações inerentes. As entrevistas às enfermeiras deram uma visão biomedicamente institucionalizada do processo de diagnóstico e tratamento das principais doenças infantis, mas não só. As enfermeiras foram imparciais à profissão e mostraram situações reais para além do dever ser na terapêutica de menores de cinco anos. Com os farmacêuticos e o vendedor de medicamentos tradicionais pôde-se saber as suas percepções e valores sobre os medicamentos utilizados para o tratamento das principais doenças infantis, a dosagem, a questão de automedicação assim como as suas crenças em diferentes tratamentos existentes naquele contexto. A entrevista ao curandeiro trouxe a literacia da medicina tradicional em relação às principais doenças infantis em Xai-Xai. Todos os entrevistados falaram sobre as suas percepções em relação aos percursos das mães na procura de medicamentos para doenças dos menores de cinco anos.

Um dos constrangimentos enfrentados no terreno foi a falta de dados sobre os perfis sanitários à excepção da biomedicina. Ou seja, quando se fala de descrição sanitária da cidade, o Conselho Municipal local e a Direcção da Saúde dão conta de dados biomédicos, excluindo demais provedores de cuidados de saúde existentes naquele contexto. Os dados biomédicos existentes não se encontram atualizados. Outro constrangimento para o presente estudo consistiu da inacessibilidade dos provedores de saúde tradicional, nomeadamente dos curandeiros e vendedores de medicamentos, pois o secretismo inerente à sua atividade desencoraja-os de partilhar suas práticas terapêuticas. Associado a esse obstáculo está o facto de alguns entrevistados se escusarem de revelar o seu recurso a práticas terapêuticas que utilizem fármacos tradicionais. Os resultados do estudo permitiram concluir que, durante a procura de respostas para as doenças dos seus filhos num mercado farmacológico múltiplo, as mães passam por quatro etapas. Num primeiro momento, as mães recorrem a medidas caseiras e, de seguida, procuram os fármacos biomédicos. Na terceira, as mães recorrem aos fármacos tradicionais e, na quarta, utilizam os fármacos biomédicos e tradicionais de forma combinada.

O recurso à automedicação caseira é motivado pela distância no acesso ao centro de saúde ou às farmácias (biomédica e tradicional), mas também pela crença na eficácia dos tratamentos anteriormente ministrados. O recurso diferenciado a fármacos biomédicos e a fármacos tradicionais é motivado pela percepção de diferentes causalidades nosológicas, sendo que para patologias às quais são atribuídas causas físicas recorre-se aos fármacos biomédicos, enquanto para as doenças cuja causalidade é social, tal como inveja entre próximos, procuram-se os fármacos tradicionais. Porém, ao longo do tempo, a incerteza decorrente de uma ineficácia contingente fomenta as mães a desfazerem esses conjuntos e a combinarem fármacos biomédicos e tradicionais para as mesmas doenças em menores de cinco anos. O estudo mostra ainda a dissonância entre o controlo, a planificação e a programação das estruturas tais como a Organização Mundial de Saúde ou o Ministério da Saúde de Moçambique, responsáveis pelas decisões em matéria de saúde em Moçambique, e a forma como os atores sociais, neste caso as mães, agem em relação à saúde dos menores de cinco anos em Xai-Xai. Esses resultados podem ser utilizados como um contributo para os estudos etnográficos sobre trajectórias terapêuticas dos indivíduos em contextos múltiplos. Permitem igualmente

uma reflexão sobre a eficácia da programação da redução da mortalidade em menores de cinco anos como um dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

CONCLUSÃO |

Os estudos de caso aqui apresentados exprimem diferentes estratégias adotadas pelas mulheres em idade reprodutiva para fazer face ao risco em saúde que as afeta a si e aos seus filhos. No caso da Guiné-Bissau, apesar de a investigação ter sido realizada sobretudo em meio urbano, as práticas de inspiração tradicional de interajuda e apoio em situações de crise, continuam a ser prevaletentes. Os grupos de *mandjuandadi* têm uma capacidade integrativa e de apoio às famílias que é crucial em situações de risco num país onde o sector da saúde se encontra gravemente debilitado. No caso de Angola, o estudo decorreu em meio rural, demonstrando a predominância das parteiras tradicionais como interlocutoras preferenciais, mais próximas das parturientes e verdadeiras responsáveis pelos primeiros cuidados prestados à mãe e ao filho. Onde o sistema de saúde pública ainda não foi implementado, o seu papel é crucial e impõe-se a sua integração e colaboração com os cuidados institucionais.

Moçambique representa um caso particular, por ser o país onde, desde 1992, o estado mais investiu na articulação dos diferentes prestadores de cuidados de saúde, desde os curandeiros tradicionais, às ONG, aos cuidados de saúde comunitários e aos serviços de saúde pública^{13,14,15}. É igualmente um dos países onde foi implementado com sucesso uma Abordagem Sectorial Ampla em Saúde (SWAP) envolvendo, desde 2004, o ministério da saúde de Moçambique e os parceiros da cooperação¹⁶. Os dois estudos de caso aqui apresentados, o primeiro realizado num sector rural inibido, e o segundo em meio rural, demonstram claramente como os utentes dos serviços de saúde combinam nas suas práticas os cuidados biomédicos e tradicionais. Estes estudos de caso apontam sobretudo para a capacidade de intervenção das mulheres em situações de vulnerabilidade e contextos deprimidos, e a necessidade de um maior diálogo entre todos os parceiros: utentes, técnicos de saúde, elementos das organizações da sociedade civil, terapeutas tradicionais. Só um verdadeiro diálogo permite obter cuidados continuados e eficazes em saúde reprodutiva e materno-infantil.

REFERÊNCIAS |

1. Castro A, Singer M, editores. Unhealthy health policy: a critical anthropological examination. Rowman: Altamira; 2004.
2. Paluzzi JE. Primary health care since Alma Ata: lost in the Bretton Woods? In: Castro A, Singer M, editores. Unhealthy health policy: a critical anthropological examination. Walnut Creek: Altamira; 2004. p. 63-78.
3. Pfeiffer J, Chapman R. Anthropological perspectives on structural adjustment and public health. *Ann Review Anthropol.* 2010; 39:149-65.
4. Turshen M. Privatizing health services in Africa. New Brunswick: Rutgers; 1999.
5. Van Dijk R, Dekker M, editores. Markets of wellbeing: navigating health and healing in Africa. Leiden: Brill; 2010.
6. Comaroff J. Beyond bare life: AIDS, (bio)politics, and the neoliberal order. *Pub Culture.* 2007; 19(1):197-219.
7. Kim JY, Millen JV, Irwin A, Gershman J. Dying for growth: global inequality and the health of the poor. Monroe: Common Courage; 2000.
8. Chapman R. Endangering safe motherhood in Mozambique: prenatal care as pregnancy risk. *Soc Sci Med.* 2003; 57(2):355-74.
9. Chapman R. A nova vida: the commoditization of reproduction in Central Mozambique. *Med Anthropol.* 2004; 23(3):229-61
10. Cliff J. The war on women in Mozambique: health consequences of South African destabilization, economic crisis, and structural adjustment. In: Turshen M, editora. Women and health in Africa. Trenton: Afr World; 1991. p. 15-34.
11. de Beyer JA, Preker AS, Feachem RG. The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership. *Soc Sci Med.* 2000; 50(2):169-76.
12. Pfeiffer J, Gimbel-Sherr K, Augusto OJ. The holy spirit in the household: pentecostalism, gender, and neoliberalism in Mozambique. *Am Anthropol.* 2007; 109(4):688-700.
13. Cliff J. Donor-dependence or donor control? The case of Mozambique. *Community Dev J.* 1993; 28:237-44.
14. Pfeiffer J, Nichter M; Critical Anthropology of Global Health Special Interest Group. What can critical medical anthropology contribute to global health? A health systems perspective. *Med Anthropol Q.* 2008; 22(4):410-15.
15. Pfeiffer J. International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Soc Sci Med.* 2003; 56(4):725-38.
16. Pita JI, editor. Nuevos instrumentos de la cooperación española: la experiencia mozambiqueña. Madrid: Fundación Carolina CeALCI; 2006.

Correspondência para/Reprint request to:

Clara Carvalho

Centro de Estudos Internacionais (CEI-IUL),

Departamento de Antropologia,

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL),

Av. das Forças Armadas,

Lisboa, Portugal, 1649-026

E-mail: caac@iscte-iul.pt

Recebido em: 14/03/2019

Aceito em: 18/06/2019