

---

## **MANUAL DE FORMAÇÃO**

---

**CONTRIBUIÇÃO DA  
ANTROPOLOGIA PARA A  
SAÚDE PÚBLICA: um  
enfoque nos programas de  
maternidade segura, HIV e  
SIDA**

---

## FICHA TÉCNICA

1ª EDIÇÃO - ABRIL 2010

### ORGANIZAÇÃO

EMÍDIO GUNE (UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE-UEM)

### COLABORAÇÃO

ADRIANO BIZA (UEM)

MARIA CRISTINA ALVAREZ DEGREGORI (MEDICUS MUNDI CATALUNYA-MMC)

FAROOK ABOOBAKAR (MMC)

JOÃO NOBRE (UNIVERSIDADE PEDAGÓGICA-UP)

ESMERALDA MARIANO (UEM)

MARIA INÊS PALÁCIOS (MMC)

ESTE MANUAL FOI INICIALMENTE CONCEBIDO COMO MATERIAL DE APOIO PARA OS CURSOS DE CAPACITAÇÃO EM ANTROPOLOGIA APLICADA À SAÚDE, PARA PESSOAL DE SAÚDE DA DPS DE GAZA (DISTRITOS SANITÁRIOS DE MASSINGIR, CHÓKWÊ, MABALANE E GUIJÁ) E REALIZADOS NA CIDADE DO CHÓKWÊ. OS CURSOS FORAM REALIZADOS NO ÂMBITO DOS PROJECTOS DA MEDICUS MUNDI CATALUNYA: “STRENGTHENING THE SAFE MOTHERHOOD PROGRAMME OF THE GAZA PROVINCIAL HEALTH BOARD (MOZAMBIQUE)” E “SUPPORT THE IMPLEMENTATION OF THAT PART OF THE NATIONAL STRATEGIC STD/HIV/AIDS PLAN AIMED AT HIV VERTICAL TRANSMISSION PREVENTION MTCT IN GAZA PROVINCE” CO-FINANCIADOS PELA UNIÃO EUROPEIA E PELA AGÊNCIA CATALÃ DE COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO.

### Projectos executados por:



### Parceiro do:



República de Moçambique  
Ministério da Saúde

A FASE INICIAL 2005-2008 DESTA PROGRAMA FOI APOIADA PELA UNIÃO EUROPEIA E PELA AGÊNCIA CATALANA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO

A ELABORAÇÃO E CONDUÇÃO DOS CURSOS DE ANTROPOLOGIA APLICADA À SAÚDE E A ELABORAÇÃO DO PRESENTE MANUAL CONTARAM COM O APOIO DOS DEPARTAMENTOS DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA DA UEM E DE ANTROPOLOGIA DA UP.

IMPRESSO EM ESPANHA POR GRÁFICAS SAN SADURNÍ  
B-222247-2010

## **Agradecimentos**

À DPS de Gaza, à Dra. Noorbai Calú e a todos os profissionais da DPS de Gaza que pelo seu incansável esforço possibilitaram a realização dos cursos sobre a 'Contribuição da Antropologia para a Saúde Pública: Um Enfoque na Maternidade Segura, no HIV e no SIDA' para os quais este Manual foi elaborado.

Ao pessoal das DDS e das Unidades Sanitárias (US) da Província de Gaza, cujas experiências partilhadas ao longo dos cursos permitiram incluir no Manual exemplos do quotidiano dos profissionais de saúde. Agradecimentos específicos a Adelina Ngovene, Alda Tsambe, Alzira Maholele, Amélia Macuacua, Alice Paulo, Arlindo Moiane, Bartolomeu Matias, Belmira Machaieie, Benvinda Gonçalves Pone, Bertilde Uwimana, Boas Machaia, Carlota de Sousa, Clotilde Rafael, Constância Tivane, Difícil Mauningue, Diozília Mate, Eduardo Guambe, Eduardo Nunes, Elisa Ubisse, Emília Cau, Engrácia Mandlate, Eulália Domingos, Eunice Santos, Geralda Balate, Geraldo Norte, Graciana Niquice, Guilhermina Eugénio, Inácio Chichango, Jean Claude, Joana Manuela, Joana Sitóe, Joana Tavite, Lourenço Macamo, Lucinda Miguel, Marta Fumo, Marta Mangonhe, Marta Raúl, Melo Eugénio, Nelson João Wate, Olga Manhique, Olinda Pedro, Olívia Langa, Píner Vieira, Ricardo Nhamúxue, Sandra Pedro Tivane e Suzete Ndeve, participantes dos cursos, pela sua contribuição nos conteúdos deste manual.

Ao pessoal da Direcção Distrital de Saúde de Chókwè pelo seu apoio inestimável com realce para a preparação e organização do trabalho de campo, realizado como parte dos cursos e cujos exemplos permitiram enriquecer este Manual.

Aos utentes e à população de Chókwè pela colaboração desinteressada no fornecimento de dados, recolhidos como parte do trabalho de campo em cada curso.

Agradecimentos extensivos a todas as outras pessoas que, directa ou indirectamente, tornaram possível a realização dos cursos dos quais resultou o presente Manual.

## **Acrónimos**

AIDI – Atenção Integrada às Doenças de Infância  
ARV – Anti retrovirais  
ATS – Unidade de Aconselhamento e Testagem para a Saúde  
CNCS – Conselho Nacional de Combate ao SIDA  
COE – Cuidados Obstétricos Essenciais  
CP – Consulta do Parto  
CPN – Consulta Pré-Natal  
CPP – Consulta Pós-Parto  
DDS – Direcção Distrital de Saúde  
DPS – Direcção Provincial de Saúde  
HIV ou VIH – Vírus de Imunodeficiência Humanao  
HRC – Hospital Rural de Chókwè  
IEC – Informação, Educação e Comunicação  
ITS – Infecções de Transmissão Sexual  
MISAU – Ministério da Saúde  
MMC – Medicus Mundi Catalunya  
MS – Maternidade Segura  
ONG – Organização Não Governamental  
PESS – Plano Estratégico do Sector Saúde  
PF – Planeamento Familiar  
PI – Parto Institucional  
PT's – Parteiras Tradicionais  
PTV – Prevenção da Transmissão Vertical do HIV  
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida  
SMI – Saúde Materno Infantil  
SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva  
TARV – Tratamento Antiretroviral  
UEM – Universidade Eduardo Mondlane  
US – Unidade Sanitária  
VHB – Vírus de Hepatite B

## Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>3</b>
<b>Acrónimos</b> .....	<b>4</b>
<b>Nota introdutória</b> .....	<b>6</b>
<b>Objectivos do Manual</b> .....	<b>7</b>
<b>Para quem é dirigido o Manual</b> .....	<b>7</b>
<b>Como foi elaborado o Manual</b> .....	<b>8</b>
<b>Como está organizado o Manual</b> .....	<b>9</b>
<b>Como usar o Manual</b> .....	<b>9</b>
<b>I. Breve historial da antropologia aplicada a questões de saúde e de doença</b> .....	<b>10</b>
I.I. O surgimento da epidemiologia .....	10
I.II. O surgimento da antropologia aplicada à saúde .....	11
I.III. Alguns aspectos teóricos .....	13
I.IV. Alguns métodos e técnicas de pesquisa usados em antropologia .....	16
<b>II. A sexualidade em programas de saúde</b> .....	<b>20</b>
II.I. Os vários significados do termo sexo .....	20
II.II. A sexualidade como constructo sócio-cultural .....	20
II.III. A abordagem sócio-cultural da sexualidade no âmbito dos programas de Saúde Sexual e Reprodutiva e HIV .....	22
<b>III. Uma perspectiva de género em programas de saúde</b> .....	<b>24</b>
III.I. O conceito de género .....	24
III.II. A perspectiva de género em programas de saúde .....	26
<b>IV. Antropologia aplicada a questões de SSR, HIV e SIDA</b> .....	<b>29</b>
<b>V. A compreensão de indicadores de cobertura de serviços a partir da Antropologia</b> .....	<b>31</b>
<b>VI. Antropologia no desenho, implementação, monitoria e avaliação de IEC</b> .....	<b>33</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>37</b>
Anexo A: Programa do Curso .....	38
<b>Abertura</b> .....	<b>38</b>
<b>História da Antropologia da saúde e da doença</b> .....	<b>38</b>
<b>Papel da antropologia no desenho, implementação, monitoria e avaliação de IEC</b> .....	<b>41</b>
Anexo B: Exercícios .....	42
Anexo C: Exercício Diagnóstico .....	43
Anexo D: Pós-teste .....	43
Anexo E: A pesquisa da Medicus Mundi Catalunya nos Projectos de apoio a Maternidade Segura (MS) e ao Programa de Transmissão Vertical (PTV).....	44

## **Nota introdutória**

A morbimortalidade materna e perinatal foram problemas prioritizados, tanto a nível nacional, como no 'Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS), 2004-2008, para a Província de Gaza', documento elaborado pela Direcção Provincial de Saúde de Gaza (DPS Gaza). Este problema prevalece num cenário no qual vêm sendo implementadas diversas iniciativas que visam reduzir a morbimortalidade através do aumento do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva que a rede sanitária oferece.

Estas iniciativas, apesar de gerarem melhorias, continuam insuficientes para gerar o aumento esperado e desejável no uso dos serviços de saúde, em particular dos serviços de saúde materna. Esta situação sugere a existência de outros factores além dos estritamente sanitários, que devem ser compreendidos e considerados quando analisada a questão de acesso aos serviços de saúde.

Alguns desses factores, frequentemente esquecidos, incluem relações familiares, a interpretação da causa ou da gravidade do problema de saúde, os factores económicos e a existência de uma oferta terapêutica plural que permite diversas escolhas. Esses factores influenciam fortemente a procura dos serviços de saúde, sendo por isso bastante importantes para a compreensão integral do problema e a criação de propostas para melhoria do acesso e da qualidade dos referidos serviços.

Os serviços que não estejam ajustados nem respondam aos constrangimentos que as comunidades enfrentam e que não capitalizem as oportunidades existentes nas comunidades, que propiciariam um maior uso dos serviços oferecidos, dificilmente conseguirão aumentar a procura. Assim, os esforços adicionais para a redução da morbimortalidade materna e perinatal passam por compreender e incorporar esses factores na questão do acesso aos serviços de saúde, trazendo deste modo uma mais valia comparativa às iniciativas em curso.

O processo de compreensão desses factores visa identificar dificuldades, desafios, oportunidades e ameaças a serem tomadas em conta no desenho de estratégias de Informação, Educação e Comunicação (IEC) e de mobilização comunitária que considerem e contemplem as especificidades culturais, contribuindo deste modo para o desenvolvimento e implementação de serviços de saúde cada vez mais acessíveis e ajustados às necessidades e recursos dos utentes e comunidades.

O ajustamento cultural dos serviços de saúde traz vantagens para os utentes bem como para os provedores. Quando os utentes passam a dispor de serviços que respondem às suas preocupações, considerando as dificuldades específicas que eles enfrentam e as soluções adequadas para cada tipo de dificuldades, aumenta o nível de satisfação e confiança, gerando um aumento da procura dos serviços por parte das comunidades, tendo como consequência um melhor controlo dos problemas de saúde.

O primeiro passo para que os serviços de saúde sejam culturalmente sensíveis às necessidades e recursos das comunidades exige a capacitação dos profissionais de saúde de modo a que compreendam e saibam lidar cada vez melhor com a diversidade de necessidades, percepções, conhecimentos e recursos dos utentes dos serviços. Assim, os cursos de antropologia aplicada à saúde permitem integrar a perspectiva sócio-cultural no quotidiano dos profissionais de saúde, dotando-os de habilidades para minimizar e gerir conflitos que surgem na relação com os utentes e comunidades, contribuindo deste modo para melhorar o impacto dos serviços prestados que se traduz num aumento das coberturas e na redução da morbimortalidade.

## **Objectivos do Manual**

Este Manual foi elaborado como um instrumento de apoio para cursos de Antropologia aplicada à Saúde e visa facilitar a compreensão da relação existente entre os serviços de saúde e questões sócio-culturais da população alvo. Visa também contribuir para a adaptação desses serviços às especificidades e particularidades sócio-culturais. Como objectivos específicos o Manual visa:

- ✓ Abrir um espaço de debate e reflexão sobre as possibilidades e potencialidades de interacção e complementaridade entre Ciências Sociais e a Medicina/Saúde Pública;
- ✓ Ilustrar as limitações do enfoque biomédico exclusivo na análise, formulação e avaliação de programas de saúde;
- ✓ Ilustrar a importância dos aspectos sócio-culturais que influenciam a saúde e a doença e a tomada de decisão para utilização ou não das US;
- ✓ Fornecer instrumentos analíticos para a compreensão e integração de aspectos sócio-culturais no quotidiano dos profissionais de saúde e
- ✓ Potenciar e estimular os profissionais de saúde para a prática de investigação operacional que possa melhorar a qualidade da sua prestação quotidiana no relacionamento com o utente e as comunidades.

A informação disponibilizada neste Manual complementa as áreas de Epidemiologia, Administração Hospitalar, Saúde Pública e Cuidados de Saúde Primários, nas quais os profissionais vêm sendo capacitados como parte do aperfeiçoamento de seus conhecimentos, competências e habilidades.

## **Para quem é dirigido o Manual**

O Manual é destinado a docentes que trabalham em antropologia ou sociologia aplicadas à saúde e a profissionais que trabalham na prestação de serviços de saúde como responsáveis da área da saúde da comunidade, pessoal das US periféricas, Agentes de Medicina Preventiva e Enfermeiras de SMI (básico, elementar e médio).

## Como foi elaborado o Manual

O presente Manual foi elaborado no âmbito dos cursos de Antropologia Aplicada à Saúde, desenhados para profissionais de saúde, numa iniciativa conjunta da DPS de Gaza e da Medicus Mundi Catalunya. A sua elaboração iniciou com a identificação de capacidades, habilidades, recursos e necessidades de formação em metodologias, técnicas e abordagens de pesquisa geral e operacional com ênfase para a área das ciências sociais. Com base no resultado deste levantamento, junto das instituições de formação subordinadas ao MISAU foram identificados tópicos<sup>1</sup> a incluir nos referidos cursos.

De seguida foram listadas as principais lacunas, dificuldades e dúvidas relativas aos tópicos identificados e com os quais os profissionais de saúde se confrontam no quotidiano. Esta listagem considerou questões de conhecimento e de habilidades no uso desse conhecimento durante a prestação de serviços de saúde.

As respostas e explicações a essas lacunas, dificuldades e dúvidas bem como o reforço das oportunidades identificadas foram agrupados em módulos, que compõem cada uma das seis partes do presente Manual. O Manual foi distribuído como material de apoio aos participantes dos cursos de Antropologia Aplicada à Saúde, realizados na cidade de Chókwe<sup>2</sup>.

Esses cursos serviram para testar a relevância, consistência, clareza e acessibilidade dos conteúdos junto do grupo para o qual o Manual é destinado. Os cursos serviram ainda para colher exemplos ligados aos módulos apresentados no Manual e que os profissionais de saúde encontram no seu dia a dia de trabalho. Como resultado desse exercício o Manual foi enriquecido, tendo sido incluídos os exemplos e simplificada a linguagem, de modo a que seja acessível também ao pessoal de saúde de nível elementar.

---

<sup>1</sup> Esses tópicos têm enquadramento no âmbito dos projectos de Fortalecimento dos Programas de Maternidade Segura e Prevenção da transmissão vertical do HIV/SIDA

<sup>2</sup> Foram realizados dois cursos sobre a "Contribuição da Antropologia nos programas de Saúde Pública: Um enfoque na Maternidade Segura, no HIV e no SIDA". O primeiro foi realizado de 6 a 10, e o segundo de 13 a 17 de Dezembro de 2006.



## **Como está organizado o Manual**

O presente Manual é apresentado em seis partes, designadas por módulos, e aborda questões associadas a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), considerando o enfoque dirigido para os objectivos do programa do Projecto de Maternidade Segura (MS).

O primeiro módulo apresenta uma breve história da antropologia aplicada a questões de saúde e da doença, enquanto que o segundo módulo apresenta a importância de compreender a sexualidade como constructo<sup>3</sup> sócio-cultural, especialmente nos programas de SSR.

O terceiro módulo apresenta a importância de uma perspectiva de género em programas de saúde, e o quarto módulo apresenta uma perspectiva antropológica face a questões de SSR bem como ao Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) e ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

No quinto módulo é descrita a contribuição da antropologia na compreensão dos indicadores de cobertura dos serviços de saúde. No sexto módulo é descrita a contribuição da antropologia no desenho, implementação, monitoria e avaliação de programas de IEC para a saúde.

A seguir aos módulos são apresentados os anexos, que incluem o modelo de Programa utilizado (A), exercícios utilizados durante o curso (B), o teste diagnóstico (C) e o pós-teste (D) usados nos cursos ministrados e por último (E) o resumo da experiência de investigação sócio-sanitária e respectiva aplicação no Projecto para o 'Fortalecimento do Programa de Maternidade Segura', implementado na província de Gaza pela Medicus Mundi Catalunya.

Os anexos são apresentados como elementos indicativos da forma como foram conduzidos os cursos realizados na província de Gaza. Sendo assim, os organizadores e facilitadores que fizerem uso deste Manual deverão acrescentar a informação, métodos, dinâmicas e exemplos que julgarem mais apropriados aos contextos concretos nos quais o curso tenha lugar.

## **Como usar o Manual**

O Manual pode ser usado em cursos de capacitação nas áreas temáticas cobertas pelos módulos apresentados. O Manual pode ainda ser usado para auto aprendizagem tanto por profissionais de saúde como de outras áreas sociais para as quais os conteúdos sejam de interesse.

Os conteúdos podem ser lidos individualmente e discutidos em grupos com outros colegas ou pessoas interessadas nas temáticas aqui apresentadas.

---

<sup>3</sup> Constructo significa algo elaborado com base em dados simples ([http://www.priberam.pt/dlpo/definir\\_resultados.aspx](http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx). Data de acesso a 02.10.2008).

## **I. Breve historial da antropologia aplicada a questões de saúde e de doença**

O presente módulo tem como objectivo geral descrever a noção, abrangência e aspectos teóricos e metodológicos da Antropologia da Saúde e Doença. Especificamente, este módulo visa: a) Explicar o surgimento da epidemiologia; b) Explicar o surgimento da Antropologia aplicada à Saúde; c) Apresentar alguns aspectos teóricos; e d) Alguns métodos e técnicas utilizados na disciplina para a recolha de informação e produção do conhecimento.

### **I.1. O surgimento da epidemiologia**

Ao longo da história da humanidade questões de saúde e doença vêm sendo explicadas de diversas formas. A primeira, data à Grécia Antiga e pode ser descrita em dois momentos. Um primeiro momento no qual as pessoas pensavam que a doença era provocada pelos deuses que se divertiam enviando doenças para as pessoas. Sendo assim, as pessoas ficavam à espera de serem afectadas por uma doença, não havendo nenhuma estratégia de prevenção ou cura das doenças. Num segundo momento, as pessoas passaram a pensar que a doença aparecia como resultado de castigo dos deuses enviado para as pessoas. Este castigo surgiria quando as pessoas não cumpriam com as obrigações devidas aos deuses ou a outras pessoas. Como forma de prevenção as pessoas faziam ofertas e oravam e também promoviam e estabeleciam boas relações com outras pessoas, para evitar o castigo dos deuses.

A segunda fase da explicação das questões de saúde surgiu com as grandes pestes que assolaram a Europa e a América. Nesta fase as pessoas achavam que a doença surgia por contaminação devido ao contacto directo com pessoas doentes ou com outros organismos ambientais, contacto esse que podia acontecer por via da partilha de alimentos, ar, líquidos ou fluidos corporais. Como forma de controlo das doenças nasceram os sanatórios onde as pessoas doentes ficavam até à sua morte ou até à sua cura.

Na terceira fase as pessoas passaram a perceber a doença como sendo provocada por microrganismos através de uma cadeia de transmissão ou ainda pela alteração do equilíbrio interno do organismo humano. Nesta fase a doença passa a ser controlada a partir da promoção de mecanismos tidos como contribuindo para a manutenção do equilíbrio do organismo e também por intervenção nas vias de transmissão das doenças.

Esta última fase serviu de base para o surgimento da epidemiologia<sup>4</sup>, que apoiada nas Ciências Biológicas, na Estatística e na Demografia analisa a doença enquanto evento que afecta populações e não apenas as pessoas individualmente como o faz a clínica médica. Mas, se por um lado a epidemiologia vem ajudar a quantificar e compreender melhor as questões referentes ao comportamento da doença, por outro lado a ênfase da questão na racionalidade e objectividade, baseada em termos quantitativos e fundamentos biológicos, omite a forma como as pessoas inseridas em comunidades específicas percebem e explicam questões de saúde e doença, questões essas melhor compreendidas a partir de abordagens qualitativas<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> A epidemiologia estuda a distribuição e frequência das doenças nas populações, investiga através de procedimentos estatísticos comparando a distribuição da doença e o risco de adoecer, a partir da qual propõe medidas de prevenção e controlo de doenças.

<sup>5</sup> As abordagens qualitativas podem ser complementadas por estudos quantitativos que ajudam a avaliar a magnitude dos problemas.

## I.II. O surgimento da antropologia aplicada à saúde

Com a expansão Europeia nos séculos XIV e XV ocorreu um encontro entre povos com formas de vida diferentes, por um lado os 'povos europeus' e por outro, os 'povos de outros lugares do planeta'. Esses encontros foram descritos por missionários e cientistas, que apresentavam os 'outros povos' como sendo primitivos, sem língua, sem história, sem escrita e sem cultura.

A antropologia surgiu para descrever culturas e formas de comunicar-se próprias dos povos não europeus. A partir de então os primeiros antropólogos, a maioria de origem europeia, passaram a considerar que cultura refere-se apenas à maneira de viver diferente da dos 'povos europeus'. Assim e até hoje, muitas vezes quando falamos de cultura, erradamente, referimo-nos à maneira de viver que achamos ser diferente daquela que consideramos ter influência 'europeia' ou 'ocidental', quando na verdade todos os povos têm cultura, incluindo os povos 'europeus' ou 'ocidentais'.

A antropologia começa a fazer análises sobre saúde e doença em meados do século XX logo a seguir à Segunda Guerra Mundial na qual os serviços de saúde foram gravemente atingidos. Nessa altura, foi implementado na Europa um programa de reconstrução pós guerra chamado Plano Marshall.

Apesar desse programa ter permitido a reabilitação, foi notada uma fraca procura dos serviços reabilitados, por parte das comunidades locais. Para compreender esta contradição foram convidados antropólogos para estudar essa situação. Nasceram assim os primeiros estudos da antropologia aplicados à saúde e doença, com destaque para questões de acesso aos serviços de saúde.

Na década de 70 aconteceram duas iniciativas importantes na área de Saúde Pública que aumentaram a possibilidade de interacção com as ciências sociais. A primeira foi o Relatório Lalonde (1974) no qual o então Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde referiu que as condições ambientais e os estilos de vida eram mais importantes para a saúde dos canadianos do que a assistência médica. Esta afirmação<sup>6</sup> passou a ser considerada como um dos pilares fundamentais para o avanço da promoção da saúde como estratégia da Saúde Pública.

A segunda iniciativa foi a Conferência<sup>7</sup> Internacional de Alma-Ata, em 1978 no Kazaquistão, na qual representantes de 134 países e 67 organizações internacionais assinaram uma declaração conjunta que passou a reconhecer internacionalmente o conceito de "atenção primária de saúde" como uma estratégia para alcançar a meta de "saúde para todos até ao ano 2000".

Devido às suas características as duas iniciativas introduziram a dimensão social (economia, antropologia, geografia social e sociologia) nas questões da saúde pondo termo à hegemonia estritamente biomédica e clínica que até então as políticas de Saúde Pública vinham seguindo. Recentemente, em Março de 2005 e também por iniciativa da OMS, foi criada a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde destinada a reactivar os princípios das iniciativas mencionadas, uma vez que se chegou à conclusão de que as políticas de Saúde Pública recentes têm estado centradas nas doenças e respectivo tratamento e ainda, tal como reconhece a OMS, a falta da incorporação adequada de intervenções sobre as "causas das causas" tais como acções sobre a situação social. Como consequência, mantiveram-se os problemas de saúde, aumentaram-se as desigualdades em saúde e na atenção sanitária, e os resultados obtidos com

---

<sup>6</sup> Essa afirmação foi produzida por um grupo interdisciplinar formado por políticos, médicos, sociólogos, juristas e economistas.

<sup>7</sup> A conferência foi organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e agências da Organização das Nações Unidas.

essas intervenções centradas na área curativa mostraram-se insuficientes e não permitiram alcançar as metas de saúde, bem como as dos “Objectivos de Desenvolvimento do Milénio” (OMS, 2005)<sup>8</sup>.

Neste contexto já não há dúvidas de que a Epidemiologia contribui grandemente para o estudo do comportamento das doenças e sua distribuição em grupos populacionais, auxiliando a sua prevenção e controlo. No entanto, a Antropologia da Saúde e outras Ciências Sociais, no geral, ajudam a compreender questões para as quais a Epidemiologia não tem respostas.

Em suma, a Antropologia da Saúde surgiu para produzir conhecimento e para explicar a forma pela qual comunidades, profissionais de saúde e utentes definem, percebem, vivem, experimentam, gerem e relatam os fenómenos ligados a questões de saúde e doença assim como a interacção entre utentes e fornecedores de serviços, e ainda de forma adicional, com base no conhecimento produzido, contribuir para a melhoria dos programas e serviços de saúde, dando deste modo lugar para o surgimento da Antropologia Aplicada à Saúde.

## **Bibliografia**

Bodstein, R. C. A. (1992) Ciências sociais e saúde colectiva: novas questões, novas abordagens., *Cadernos de Saúde Pública*, 8 (2): 140-149.

Carrara, S. (1994) Entre Cientistas e Bruxos: ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In: Alvez, P. C. & Minayo, M. C. S., *Saúde e doença: um olhar antropológico*, Rio de Janeiro: S/E.

Charles-Sournia, J. & Ruffie, J. (1984) *As Epidemias na História do Homem*. Lisboa: Edições 70.

Czeresnia, D. (1997) *Do Contágio à transmissão: ciência e cultura na génese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz.

Dinis, D. & M. Correa (2001) Declaração de Helsínquia: relativismo e vulnerabilidade, *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (3): 679-688.

Douglas, M. (1991) *Perigo e pureza*. Lisboa: Edições 70.

Gune, E. (2001) *O papel da cultura na prevenção do HIV em Moçambique 1987-1999*, Maputo. Tese de Licenciatura em Antropologia, Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais da UEM, 2001

Haggenhougen, K. & A. Drapper (1990) *O Campo da antropologia da saúde*. London School of Hygiene and Tropical Medicine. [Tradução para português de Dr. João Falcato].

Hellman, C. (2006) Why medical anthropology matters, *Anthropology Today*, 22 (1): 3-4.

Segre, M. & F. C. Ferraz (1997) O Conceito de saúde, *Revista de Saúde Pública*, 31 (5): 538-42.

---

<sup>8</sup> [http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html). Data de acesso: 24.04.2008

### I.III. Alguns aspectos teóricos

Cultura é uma das palavras ou conceitos chave em antropologia aplicada à saúde. A palavra cultura é usada para referir a forma pela qual as pessoas de uma mesma sociedade ou comunidade descrevem, organizam, legitimam e justificam práticas que orientam a vida do grupo, por meio de normas, conhecimentos e crenças. Em cada cultura as pessoas estabelecem relações entre si, e têm uma linguagem a partir da qual se comunicam. Para além da língua, essa “linguagem” inclui um conjunto de valores e códigos que são aprendidos, compartilhados e transmitidos de geração para geração.

A linguagem e a forma como as pessoas se relacionam sofrem transformações ao longo do tempo. Essas transformações podem ser pequenas ou grandes, e podem ser provocadas por invenções ou descobertas dentro da própria cultura ou pelo contacto com outras culturas, que pode ser feito através da convivência com pessoas de outras culturas, ou através de outros meios, como por exemplo a rádio, a televisão ou os jornais.

Todos os povos têm sua própria cultura e ninguém escolhe a cultura onde quer nascer e crescer. As coisas que fazem parte da nossa cultura são verdadeiras aos nossos olhos, elas são as nossas crenças e qualquer esforço para mudá-las deve tomar isso em consideração, em todos os aspectos da vida, incluindo a saúde.

Por exemplo, em Moçambique, durante muito tempo a cloroquina foi a solução usada pelos profissionais de saúde para tratar a malária, como medicamento de primeira linha. Essa era uma verdade absoluta para qualquer profissional de saúde, que acreditava nela e agia em função dessa crença, pelo que podemos dizer que fazia parte da “cultura sanitária” desse profissional. Contudo, quando se chegou à conclusão de que a cloroquina não era mais eficaz para tratar a malária, devido à resistência do *Plasmodium* à cloroquina, essa verdade foi mudada através de um processo de explicação e justificação aos profissionais de saúde.

Exercício similar deve ser feito junto dos utentes e comunidades sempre que se pretendem introduzir mudanças. Entretanto, dependendo da cultura e das crenças envolvidas, as verdades podem mudar ou ser mudadas com maior ou menor dificuldade.

Outro conceito é o de *modelo explicativo*, que é a forma usada pelas pessoas (sejam profissionais de saúde, utentes dos serviços e comunidades) para explicar a causa de determinado problema de saúde ou doença. O *modelo explicativo* descreve as características, a etiologia, a fisiopatologia ou a maneira como a doença se manifesta no organismo, seus sinais e sintomas, sua evolução, seu prognóstico e o tratamento que consideram indicado para o problema de saúde que os preocupa, bem como a sua duração. Eles podem ser inconsistentes, apresentar erros e contradições, mas constituem a base à qual os indivíduos recorrem para explicar e dar sentido a um problema de saúde específico. Como tal, nem sempre eles são pensados de forma completamente articulada, e mesmo no caso de doenças novas, desconhecidas no passado, as pessoas buscam explicações usadas para doenças conhecidas e que achem semelhantes àquela que estejam a enfrentar no presente.

Os *modelos explicativos* definem também a interpretação da gravidade, e de acordo com a avaliação feita, indicam as medidas a tomar. Assim, se determinado *modelo explicativo* indicar que a pessoa deve ficar em

casa porque o assunto é considerado como sendo ligeiro, não grave, o mais provável é essa pessoa ficar em casa e não ir à US, mesmo que tenha recursos e possibilidades para lá ir.

Por exemplo, se o *modelo explicativo* descreve certa doença como resultado de feitiço então o mais provável é que a pessoa vá ao curandeiro ou à igreja, mas não à US.

Utilizando o exemplo da malária para ilustrar o *modelo explicativo*, poderíamos dizer que, quando ficamos doentes, procuramos identificar a causa da doença (“isto é por causa dos mosquitos” ou “foi feitiço de alguém”); analisamos o que estamos a sentir no momento (“febre, calafrios, fraqueza ou dores nas articulações”); tentamos compreender quais os mecanismos fisiopatológicos (“o corpo está muito fraco ou dolorido”); fazemos uma análise da sua gravidade (“posso morrer disto ou é uma coisa passageira?”, “devo procurar ajuda?”, “que tipo de ajuda?”); e, por fim, tentamos estabelecer um plano para que possamos retornar à situação anterior, sem a doença (“para curar esta doença só com medicamentos no hospital”, “vou procurar um curandeiro” ou “vou deixar de ficar muito tempo ao sol”).

Ainda para ilustrar o *modelo explicativo*, mas utilizando desta feita o exemplo da *shistosomíase ou bilharziose*<sup>9</sup>. Como atinge mais crianças e jovens do sexo masculino, algumas sociedades interpretam-na como “menstruação masculina”, e assim faz com que os doentes demorem a ser levados para a US, porque as pessoas pensam ser normal e só se apercebem que é grave quando a doença atinge uma fase avançada.

À semelhança da cultura ninguém escolhe o *modelo explicativo* que quer ter para determinado problema de saúde ou doença. Esses modelos são aprendidos ao longo da vida das pessoas, através de experiências, oportunidades e dificuldades, ou ainda a partir da experiência de adoecimento de outras pessoas e de *modelos explicativos* que são transmitidos de geração em geração. Outra forma de partilha de modelos explicativos é a aprendizagem em cursos de formação formais ou informais.

Em princípio, todas as pessoas terão uma forma de explicar o seu problema de saúde. Acontece porém que essas explicações podem ser diferentes daquelas apresentadas pelos profissionais de saúde e pela medicina. Quando isto acontece, chegam a ocorrer conflitos entre aquilo que é o modo de explicar apresentado pelos profissionais de saúde e a forma pela qual os utentes e comunidades no geral explicam esse mesmo problema.

Por exemplo, enquanto um profissional de saúde recomendaria a cirurgia de um hidrocelo, em algumas comunidades o hidrocelo é percebido como prova de se ser um ‘homem de verdade’ sendo portanto uma situação desejável e normal. Em outras comunidades, entretanto, o hidrocelo é considerado como resultante de contacto sexual com uma mulher menstruada e o seu tratamento exige a “purificação” da pessoa com o problema.

Nestes casos é importante passarmos para o processo de negociação entre as partes, que é um processo nem sempre consciente, no qual o profissional busca argumentos para conseguir convencer o utente a compreender o *modelo explicativo* da US, pois a prática mostra que a não compreensão dos *modelos explicativos* do utente e das comunidades torna difícil fazer com que eles sigam as propostas da US.

---

<sup>9</sup> A bilharziose é geralmente adquirida durante as brincadeiras ou banho das crianças em águas contaminadas, e afecta as vias urinárias, provocando urina com sangue.

Assim, ao compreender o *modelo explicativo* das comunidades e utentes dos serviços de saúde, os profissionais de saúde estão em melhores condições de propor medidas mais apropriadas para gerir episódios de doença ou problemas de saúde e melhorar a adesão dos utentes. Em casos de contradição entre os modelos dos utentes e dos profissionais da US, estes estarão em melhores condições para argumentar a favor da proposta que oferecem aos utentes ou comunidades. Adicionalmente à compreensão dos *modelos explicativos*, é importante perceber que pode existir uma diferença entre esses modelos e a forma como as pessoas experimentam, vivem, sentem e procuram resolver cada episódio de doença ou problema de saúde, isso porque a doença pode ser explicada a partir de aspectos biológicos ou a partir de aspectos sociais.

As explicações biológicas consideram a doença como um processo biológico ou psicológico (*disease*) que altera o normal funcionamento dos órgãos ou sistemas. Estas explicações podem ser encontradas nos manuais de formação em saúde.

Por exemplo, podemos encontrar nos manuais que a tuberculose pulmonar é uma doença provocada pelo bacilo de *Koch* que afecta os pulmões provocando lesões e cavidades.

Quanto às explicações sociais, podemos considerar a doença como percepção individual (*illness*) de ficar doente, ou a doença como experiência individual de adoecer, e que retrata a forma particular e subjectiva como a pessoa sente, vive e gere cada evento de doença, que até pode variar de episódio para episódio. Entretanto, apesar dessa possível diferença entre as experiências de episódios de doença, a comunidade irá usar um mesmo *modelo explicativo*, dominante naquela comunidade, para explicar todos os episódios da doença.

As experiências anteriores de episódios de doença ou problema de saúde que os indivíduos têm pode influenciar a preocupação dos utentes e comunidades na busca de cuidados de saúde, bem como o seguimento correcto das recomendações dadas para tratamento.

Por exemplo, alguém que tenha tido vários episódios de malária, tenha ido à US e recebido medicação, num outro episódio de malária pode automedicar-se assumindo ter domínio da doença e respectivo processo de tratamento e cura. Este cenário pode perigar a vida desse utente, porque poderá pensar que tem malária e fazer um tratamento para esta doença quando efectivamente possa estar a ser afectado por um outro problema de saúde que poderá estar a agravar-se enquanto ele faz medicação para a malária.

Por sua vez a doença como experiência colectiva (*sickness*) refere-se à maneira de explicar e interpretar a combinação da explicação biomédica, as interpretações colectivas (das comunidades) e os significados que cada sociedade atribui a determinada doença<sup>10</sup>.

Por exemplo, as crianças rapidamente aprendem a experiência colectiva de adoecer, e algumas vezes quando não querem ir à escola fazem de contas que estão doentes, repetindo todos os passos que uma pessoa doente efectivamente seguiria. A doença como experiência colectiva

---

<sup>10</sup> São usadas palavras em inglês para *illness*, *sickness* e *disease* porque permitem diferenciar essas três situações, enquanto em outras línguas uma mesma palavra pode significar essas três coisas diferentes.

permite que as pessoas de uma determinada comunidade tenham uma explicação sobre o que seja, como acontece, como tratá-la e curá-la<sup>11</sup>.

Compreender os diferentes *modelos explicativos*, bem como a forma como cada pessoa experimenta e vive episódios de doença ou problema de saúde, ajuda adequar as soluções aos problemas que podem afectar diferentemente os utentes e as comunidades.

#### **I.IV. Alguns métodos e técnicas de pesquisa usados em antropologia**

Para perceber como comunidades, e utentes, explicam e gerem fenómenos de saúde e de doença, a antropologia usa um conjunto de métodos e técnicas de recolha, tratamento e análise de dados, privilegiando métodos e aspectos qualitativos, que explicam como funcionam as coisas e porque elas funcionam do modo como funcionam.

Por exemplo, caso tenhamos baixa cobertura de crianças com vacinação completa para a idade, o método qualitativo pode ajudar-nos a compreender porque é que as mães não levam as crianças à vacinação. Essas razões podem resultar de distância da US, mau atendimento, falta de alguém para ficar a cuidar das outras crianças em casa enquanto a mãe vai para a US vacinar a criança em causa, ou ainda da proibição de vacinação pela igreja a que pertencem.

Uma das formas para aplicar esse método é ir às comunidades onde esteja a ocorrer determinado problema de saúde e descrever os relatos sobre a doença ou problema de saúde em causa. O acto de descrever directamente a partir da comunidade é chamado etnografia<sup>12</sup> ou método etnográfico.

Em relação às técnicas de recolha de dados para a pesquisa, as mais frequentemente utilizadas são a observação, a entrevista, as discussões em grupos focais e as técnicas participativas. A observação pode ser de forma directa e com auxílio de um guião de observação, sendo abordados os aspectos considerados chave para perceber o problema de saúde em causa. Esta é normalmente adoptada para verificar ou avaliar coisas que já sabemos.

Por exemplo, perante a eclosão de casos de cólera pode ser feita observação com auxílio de um guião, esse guião é aplicado em cozinhas de restaurantes ou barracas de modo a verificar se estão sendo seguidos os passos recomendados para assegurar a higiene dos alimentos.

Quando não temos nenhuma ideia dos factores que possam estar associados ao problema de saúde ou doença, podemos fazer uma observação livre e no final procurar tendências nas coisas observadas. Por fim temos a observação participante, que consiste em usar a experiência de participar na vida de determinada comunidade para conseguir obter dados sobre determinado assunto.

Por exemplo, podemos analisar questões de assepsia e biossegurança, sendo parte de uma equipe de enfermagem. Ao trabalhar como membro da mesma temos a oportunidade de compreender melhor como se processam a biossegurança e a assepsia nesse local.

Outra forma de observação poderia resultar da convivência numa determinada comunidade afectada por um problema de saúde, traduzida no acompanhamento das famílias em todas as

---

<sup>11</sup> Em muitas línguas nacionais moçambicanas é usada a mesma palavra para referir tratamento ou processo de tratamento e cura.

<sup>12</sup> A etnografia é um método qualitativo que consiste em recolher dados sobre costumes, crenças e genealogias nas comunidades em estudo.



actividades diárias, observando quem, como, onde e para que finalidade vão buscar a água, perguntando sempre a justificação (a lógica) dos procedimentos e das explicações dadas.

Entretanto, existem alguns tipos de estudos para os quais se torna difícil usar a observação participante. Tal é o caso, por exemplo, do estudo de processos de negociação do uso do preservativo nas relações sexuais, ou assistir a rituais de iniciação no caso de um observador de sexo diferente dos iniciandos. Assim sendo, o tipo de observação a fazer será seleccionado de acordo com o aspecto que queremos estudar ou compreender.

Quanto às entrevistas, estas podem ser feitas com perguntas fechadas ou com perguntas semi estruturadas. As perguntas fechadas, geralmente buscam respostas do tipo sim ou não ou de outros dados previsíveis, e são apresentadas em forma de inquérito.

Exemplos: A criança tem cartão? Durante a presente gravidez alguma vez foi à Consulta Pré Natal (CPN)? O senhor já fez o teste de HIV? A senhora recebeu capacitação em Atenção Integrada para Doenças de Infância (AIDI)?

Por sua vez as perguntas semi-estruturadas direccionam a pergunta mas deixam espaço para o entrevistado responder na direcção que mais lhe convém, permitindo ainda explorar 'o porquê' das coisas.

Por exemplo, o que é que uma mulher não deve fazer quando está grávida? Quando estão doentes onde costumam ir resolver os vossos problemas de saúde? Quando doentes de que forma se deslocam para a US?

Podem ainda ser utilizadas histórias de vida, que permitem ver como ao longo da vida os utentes ou comunidades gerem e controlam determinado problema de saúde ou determinada doença. Podem também ser utilizados estudos de caso nos quais o informante explica como foi o desenvolvimento de todo um episódio de doença.

Por exemplo, pode ser solicitado que seja contado tudo o que aconteceu desde o momento que uma mulher sentiu uma complicação obstétrica, como reconheceu o problema, quem participou, como tomaram a decisão, como a levaram até à US, quanto tempo demorou, quanto custou, quem deu o dinheiro, quem atendeu na US, como atendeu, o que aconteceu, e por aí em diante.

Durante o processo de recolha de dados é importante conversar com as pessoas ou observar as práticas ligadas ao problema de saúde ou à doença em estudo. As pessoas devem ser seleccionadas independentemente de sua filiação partidária, religiosa, orientação sexual, sexo, cor da pele, idade ou estatuto social.

Existem casos em que há necessidade de trabalhar com algum grupo especial, por exemplo mulheres nas casas de espera para mãe, ou mulheres que tiveram uma complicação obstétrica, ou ainda mulheres em PTV que estão amamentando, por aí em diante. O importante é conversar com as pessoas que são afectadas pelo problema ou que influenciam as decisões sobre o problema de saúde que esteja a acontecer.

É também importante usar a língua que os entrevistados dominam e recorrer a um intérprete sempre que necessário. Podem ainda ser consultadas outras pessoas que tenham conhecimento sobre o assunto a ser estudado, bem como outros estudos ou pesquisas sobre o assunto.

Outros métodos que podem ser utilizados são os métodos participativos, que são aqueles nos quais a pessoa que está a fazer o estudo e os utentes ou comunidades abrangidas pelo estudo participam juntos no processo de recolha e de análise dos dados. Depois de recolhidos, os dados são analisados e discutidos, para se chegar a uma conclusão conjunta, consensual entre investigadores e participantes. A conclusão deve trazer respostas para os objectivos do estudo, e caso haja recomendações, elas devem ser feitas tendo em conta os objectivos e as conclusões do estudo.

Apesar de privilegiar métodos e técnicas qualitativas, quando possível a antropologia combina-os com métodos e técnicas quantitativas. Quando isto acontece é possível quantificar o problema depois do estudo qualitativo, bem como explicar o porquê dos números resultantes de um estudo quantitativo.

Os estudos quantitativos geralmente revelam o quanto algo acontece, enquanto que os estudos qualitativos revelam o que acontece, como acontece e porquê acontece. O porquê ajuda-nos a compreender valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, a disponibilização de recursos financeiros e materiais para fazer face às questões de saúde, condições políticas e económicas que podem ser favoráveis ou desfavoráveis para o controlo de determinado problema de saúde.

Resultados de pesquisas quantitativas podem servir de base para uma pesquisa qualitativa e vice-versa. Mas os resultados de pesquisa só serão importantes se nos ajudarem a compreender o problema que nos preocupa, independentemente da pesquisa ser quantitativa ou qualitativa.

Por exemplo, no caso em que um estudo mostre que mais de 75% das mães com crianças menores de 24 meses de vida não usam redes mosquiteiras, mesmo tendo-as; enquanto não percebermos porque é que assim acontece, dificilmente poderemos fazer uma intervenção de sucesso para mudar essa prática de risco.

A saúde das pessoas é condicionada por vários aspectos tais como o meio geográfico, o clima, a economia, a política, a educação, a biologia, a genética, a cultura, só para mencionar alguns, como explicou Lalonde (1974). Sendo assim, os estudos sobre problemas de saúde, sempre que possível, devem combinar conhecimentos de diversas disciplinas científicas, o que é chamado de interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade permite perceber questões de saúde e doença a partir de vários ângulos e quando não sabemos usar um tipo de métodos ou técnicas procuramos apoio de quem saiba.

Uma boa pesquisa, seja ela quantitativa ou qualitativa, deve acrescentar algo de novo ao conhecimento que tínhamos antes de realizarmos o estudo, deve ajudar a compreender o problema que nos preocupa.

## **Bibliografia**

Gune, E. (2004) *Relatório da avaliação do impacto das actividades do Projecto Pontes na Província de Gaza: 2001-2004*. Maputo: Save the Children US.

Souza Minayo, M. C. & O. Sanchez (1993) Quantitativo – qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3): 239-262.

Souza Minayo, M. C *et al.* (2003) Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência e Saúde Colectiva*, 8 (1): 97-107.

Uchôa, E. & J. M. Vidal (1994) Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (4): 497-504.

## II. A sexualidade em programas de saúde

As questões da sexualidade ocupam um espaço bastante importante e constituem a porta de entrada para a maternidade em particular, e os serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva em geral, daí o interesse de compreendê-la um pouco melhor. Este módulo visa: a) Apresentar os vários significados do conceito sexo, b) Explicar o processo de aprendizagem sobre sexualidade e sexo, e c) Apresentar a importância da compreensão desse processo nos programas de SSR, incluindo questões sobre o HIV.

### II.I. Os vários significados do termo sexo

O conceito sexo tem vários significados, alguns dos quais são apresentados a seguir:

1. Sexo genético – designação atribuída ao par genético de cromossomas nomeadamente cromossomas XX para o sexo feminino ou fêmea e cromossomas XY para o sexo masculino ou macho<sup>13</sup>;
2. Sexo gonádico – designação atribuída às glândulas responsáveis pela diferenciação dos dois sexos - testículos que produzem espermatozóides e *testosterona* no homem e ovários que produzem óvulos, *progesterona* e *estrogéneo* nas mulheres;
3. Sexo anatómico – designação atribuída ao aspecto exterior do corpo humano que distingue o aparelho genital de cada indivíduo, visível e reconhecível como feminino ou masculino e que inclui os órgãos genitais.<sup>14</sup>
4. Sexo psicológico – também designado por identidade sexual, é a forma como cada indivíduo percebe, reconhece e manipula a sua condição sexual;<sup>15</sup>
5. Sexo social – também chamado de “papel de género”, a forma específica pela qual é esperado que a pessoa aja, em relação com seu sexo, anatómico e psicológico, de acordo com o modelo de organização de cada cultura;
6. Sexo erótico – também referido como “orientação sexual”, é o objecto para o qual o ser humano dirige o seu desejo, pode ser heterossexual, homossexual ou bissexual.

Um indivíduo pode ser genética e gonadicamente masculino e ter pénis e no entanto identificar-se e viver psicológica, social e eroticamente como mulher. O mesmo sucede para casos de pessoas genética, gonadicamente femininas, com vulva e que se identificam e vivem segundo práticas consideradas masculinas.

### II.II. A sexualidade como constructo sócio-cultural

Quando falamos de sexo pensamos muitas vezes em algo com o qual já nascemos e que não tem nada para ser explicado. No entanto, se efectivamente podemos ter nascido com um sexo, os usos que vamos fazer desse sexo, o que é que consideramos ser uma relação sexual, o que é definido como sexual, a razão para a prática de relações sexuais, com quem e onde praticar essas relações, qual o papel que cada

---

<sup>13</sup> Ainda que existam diversas variações ou alterações dos cromossomas sexuais, em número ou estrutura, que causam diversos síndromes clínicos em seu portador ou em sua portadora.

<sup>14</sup> Ainda que possam existir genitais ambíguos, difíceis de catalogar como masculino ou feminino, que resultam de diversas anomalias no processo de diferenciação genital durante a formação do feto.

<sup>15</sup> O sexo psicológico pode ser manipulado a vários níveis, desde a atribuição de funções diferenciadas para os órgãos considerados sexuais, até a alteração do tipo de genitais, que passa por uma operação para mudança de sexo.

indivíduo desempenha durante o acto sexual, irá depender da combinação entre as formas como a sociedade à qual pertencemos, entende e propõe como modelo a ser seguido e como o indivíduo aceita ou não essas propostas.

Assim, apesar de todos nascermos com um sexo anatómico/genético/gonádico, as práticas e os significados sexuais podem variar de acordo com a cultura, por isso consideramos que a sexualidade é um constructo sócio-cultural. Mesmo dentro de uma mesma comunidade, as pessoas podem ter percepções e práticas sexuais diferentes e algumas vezes até contraditórias, e serem aceites socialmente ou não, segundo as circunstâncias. A sexualidade pode ser apresentada como aquilo que as comunidades definem como sendo e que os indivíduos vão adaptando às suas particularidades.

Por exemplo, numa comunidade pode ser aceite ter um conjunto de pastores mais velhos que praticam relações sexuais anais com os pastores mais novos na pastagem. Noutra comunidade que a iniciação sexual dos mais jovens seja feita por pessoas idosas de sexo oposto. E ainda, noutra comunidade é costume que as viúvas mantenham relações sexuais com um irmão do falecido.

Entre casais heterossexuais podemos encontrar aqueles que, para além de relações sexuais vaginais, praticam relações sexuais com penetração oral e/ou anal, e outros que praticam apenas relações sexuais com penetração vaginal.

Para além do sexo com o qual nascemos, os usos que fazemos desse sexo são moldados pelas coisas que aprendemos sobre sexo, assim como pelas experiências que temos e com as quais nos sentimos confortáveis. A sexualidade é influenciada por processos não só de natureza biológica e individual, mas também social, cultural, económica e política.

Assim palavras como amor, desejo ou prazer são constructos sócio-culturais usados para dar sentido à experiência sexual dos seres humanos, não existindo em todas as culturas ou não assumindo os mesmos significados nem o mesmo valor para a satisfação sexual das pessoas.

A dimensão sócio-cultural da sexualidade é reconhecida pelo CNCS (Conselho Nacional de Combate ao SIDA) ao defini-la como “o conhecimento, as crenças, os valores, as atitudes e os comportamentos sexuais dos indivíduos. As suas dimensões incluem não apenas, anatomia, fisiologia ou genética, mas também factores como identidade, papéis, personalidade, pensamentos, sentimentos, relacionamentos. A expressão da sexualidade é influenciada por questões éticas, espirituais, culturais e morais” (2005: 11).

### **II.III. A abordagem sócio-cultural da sexualidade no âmbito dos programas de Saúde Sexual e Reprodutiva e HIV**

Os programas de SSR, na sua maioria, são fornecidos tomando apenas em conta o aspecto anatómico, fisiológico das pessoas, serviços para indivíduos de sexo masculino e serviços para indivíduos de sexo feminino, enfermaria de mulheres, enfermaria de homens. Esta forma de organização não considera que de acordo com o tipo específico de práticas sexuais que a pessoa tem, ela pode ter problemas e necessidades específicas sobre a sua SSR.

Ao entender a sexualidade como sócio-culturalmente construída, os profissionais de saúde ficam mais atentos às formas específicas pelas quais os indivíduos constroem, experimentam e expressam a sua sexualidade.

Por exemplo: Apareceu num Hospital Rural um jovem de sexo masculino que deveria ser internado. O jovem recusou-se a ficar internado na enfermaria masculina, porque disse que tinha medo de ficar com homens que o podiam violar, sabido que ele assumia que não era homem e por isso não podia ficar com outros homens e queria ficar na enfermaria feminina. Na enfermaria feminina, as senhoras ameaçaram abandonar a US caso o jovem fosse mandado para lá. Como alternativa o pessoal da US arranjou um outro local onde alojou o jovem.

A US conseguiu assim assegurar que o jovem fosse tratado da sua enfermidade, ao mesmo tempo que conseguiu assegurar a sua integridade emocional e física. A posição tomada pela US não revela uma ordem sobre como casos iguais devam ser atendidos mas, mostra como algumas vezes a questão da sexualidade das pessoas transforma-se num desafio que pode transtornar os profissionais de saúde. Esses desafios só poderão ser ultrapassados com o tempo e com uma cada vez maior sensibilidade para esse tipo de questões.

Isso passa por primeiro compreender a sexualidade e as práticas sexuais que as comunidades e indivíduos adoptam. Uma vez compreendido, procurar perceber quais os aspectos que precisam ser promovidos ou considerados, especialmente quando se trata da prevenção de ITSs ou da gravidez. Com base nessa informação torna-se possível elaborar e oferecer serviços que respondem às especificidades dos utentes e comunidades em matéria de SSR incluindo questões de HIV, como ilustram os exemplos que são apresentados a seguir:

Desenhar uma estratégia de prevenção de ITS para pastores de gado, considerando as necessidades dos pastores mais novos que precisam de estratégias de prevenção específicas para eles, bem como para os pastores mais velhos que com eles praticam sexo anal. Estes necessitariam adicionalmente de estratégias de sensibilização contra o abuso sexual de menores.

Em vez de programas que consideram apenas a necessidade de prevenir gravidez, incluir também aspectos sobre como prevenir, ultrapassar ou gerir questões de infertilidade, masculina e feminina, é uma forma de responder às especificidades das diferentes necessidades que os utentes têm, em sociedades onde a fertilidade é especialmente muito valorizada.

As pessoas que praticam sexo anal precisam de estratégias e preservativos com lubrificante adicional, uma vez que a baixa lubrificação do *canal rectal* aumenta a fricção e o risco de o preservativo romper durante o acto sexual.

Desenhar uma estratégia que estimule e forneça ferramentas às mulheres para negociar o uso do preservativo do mesmo modo que o fazem quando se trata de recusar qualquer outra prática por elas não aceite.

Homens e mulheres precisam ser consciencializados a não culparem o álcool, facto frequentemente observado, como forma de não assumirem a sua responsabilidade na necessidade de usar o preservativo durante a prática de relações sexuais.

Os homens, em situação prisional, que praticam relações sexuais ficam expostos a um risco particularmente acrescido de ITSs, incluindo o HIV, pelo que os programas de prevenção devem considerar acções adequadas para esse grupo populacional.

## **Bibliografia**

Asthana, S. & R. Oostvogels (2001) The Social construction of male “homosexuality” in India: implications for HIV transmission and prevention. *Social Science & Medicine*, 52: 707-721.

Ayres, J. R. C. *et al.* (1997) Vulnerabilidades e prevenção em tempos de AIDS In: Barbosa, R. & Parker, R. (org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. Rio de Janeiro: Editora 34.

César, J. A. *et al.* (1997) A Opinião das mulheres sobre a legalização do aborto em Município de Porte médio no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 31 (6): 566-71.

Costa, R. G. *et al.* (1995) A decisão de abortar: processos e sentimentos envolvidos. *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (1): 97-105.

Bagnol, B. (1996) *Diagnóstico da Orientação Sexual em Maputo e Nampula*. Maputo: Embaixada do Reino dos Países Baixos.

Caplan, P. (ed.). (1987) *The Social construction of sexuality*. London & New York: Tavistock Publications.

Green, E. C., Jurgen, A. & A. Dgedge (1993) Sexually-transmitted diseases, AIDS and traditional healers in Mozambique. *Medical Anthropology*, 15: 261-281.

Junod, H. (1998) *Usos e Costumes dos Bantu*. Tomo II. Maputo. pp 387-427.

Onega, L. P. (1976) *Diccionario de la vida sexual*. Barcelona: Dístein.

Manuel, S. (2005) Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique. *Culture, Health & Sexuality*, 7 (3): 293-302.

Mariano, E. & B. Bagnol (2006) Género, sexualidade e práticas vaginais em Tete. Relatório de pesquisa, WHO, UGHEMT e UNAIDS.

Medeiros, E. 1984. *A Situação da Mulher: Normas, Práticas e Tabus Respeitantes à Fecundidade, Gravidez, Parto e Primeira Infância (Cabo Delgado)*. Ministério da Saúde, Maputo.

### **III. Uma perspectiva de género em programas de saúde**

Os programas de SSR, ao privilegiarem o aspecto anatómico das pessoas para destriçar serviços para indivíduos de sexo masculino e serviços para indivíduos de sexo feminino, perdem de vista que pessoas do mesmo sexo podem ter problemas e necessidades de saúde diferentes e algumas vezes até contraditórias. Compreender questões de género ajuda a perceber como o papel social que as pessoas representam pode afectar a saúde e a utilização dos serviços de saúde. Este módulo tem como objectivos: a) Clarificar o conceito de género e b) Mostrar a importância da perspectiva de género em saúde, bem como nas políticas e nos programas.

#### **III.I. O conceito de género**

Sexo foi durante muito tempo um conceito chave para explicar e ordenar a vida e comportamento das pessoas. Com base no sexo e na sua capacidade reprodutiva era justificado que as mulheres não podiam fazer determinado tipo de trabalho ou representar determinado papel social, acontecendo o mesmo com os homens de forma oposta às mulheres.

O problema com o conceito sexo, utilizado desta forma é que este por um lado fazia crer como se fosse uma verdade biologicamente determinada, que os homens e as mulheres nascessem aptos a fazer um determinado tipo de coisas ou trabalho e estivessem impossibilitados de fazer outros. Por outro lado criava uma falsa ideia segundo a qual todas as mulheres e homens – em qualquer cultura ou lugar – são iguais, enfrentam os mesmos problemas, as mesmas necessidades, dispõem dos mesmos recursos, sonhos, desejos e vontades.

Neste contexto nasce o conceito de género para traduzir o aspecto social da divisão sexuada, o qual realça que apesar de nascermos com sexo biológico<sup>16</sup> o papel que assumimos enquanto pessoas depende mais daquilo que aprendemos na sociedade onde vivemos e da sua cultura. Assim, o conceito género vem mostrar que mesmo quando as pessoas têm sexo igual, elas têm necessidades e problemas específicos.

Género é uma identidade, que para além da forma como outras pessoas nos identificam enquanto indivíduos sexuados, inclui a forma como o indivíduo se identifica e se percebe a si próprio. A sociedade faz pressão para que os indivíduos do sexo masculino comportem-se como estipulado para os homens dessa sociedade e do mesmo modo que os do sexo feminino comportem-se como estipulado para as mulheres. Alguns dos valores atribuídos a uns ou a outros podem contribuir para o aumento da sua vulnerabilidade<sup>17</sup> face a problemas de saúde.

Apesar da sociedade pressionar homens e mulheres a assumirem determinados papéis de género, às vezes as pessoas conseguem negociar aquilo que acham servir melhor os seus interesses e necessidades

---

<sup>16</sup> Actualmente existem formas de mudar de sexo.

<sup>17</sup> A vulnerabilidade é a incapacidade de resistência face a determinada ameaça, ou ainda a incapacidade de recompor-se depois de ter sofrido um desastre ou acidente.



individuais. Na prática esta negociação pode tornar-se muito difícil quando existem desigualdades de poder.

Entretanto na convivência social, diferenças de sexo são às vezes convertidas em desigualdades, geralmente desfavoráveis às mulheres, onde argumentos como o ciclo menstrual, o ciclo hormonal ou a maternidade são utilizados para colocar as mulheres nessa posição desfavorável. Estas desigualdades trazem consequências negativas para a saúde das mulheres e às vezes também para a dos próprios homens.

Frequentemente o conceito gênero é associado ao conceito mulher, outras vezes falamos também de gênero para referir homens e mulheres. O problema com este uso do conceito é que leva a pensar que a posse de determinado tipo de genital torna as pessoas iguais com mesmos recursos, necessidades, aspirações, expectativas, desejos, medos, dúvidas e possibilidades, o que não é verdade.

Gênero é um conceito que nós percebemos na prática a partir das histórias, experiências, necessidades, desejos, anseios e recursos que pessoas concretas têm e que cada sociedade pode apresentá-lo de forma particular. O tipo de genital que a pessoa tem, por si só, não permite compreender esses elementos todos.

Por exemplo, duas mulheres dirigem-se à US. Uma tem sete filhos e quer parar de engravidar. A outra tem 35 anos de idade e não consegue engravidar. Apesar de terem o mesmo tipo de genital estas mulheres têm necessidades diferentes e ocupam posições diferentes na sociedade. Cada uma das mulheres será atendida de acordo com as suas necessidades específicas que as levaram a procurar a US. Elas não terão o mesmo tratamento só por terem o mesmo genital que as faz mulheres.

## **Bibliografia**

Alves, M. F. P. (2003) Sexualidade e prevenção de DST/AIDS representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (Supl. 2).

Hawkesworth, M. (1997) Confounding gender. *Signs*, 22 (3): 649-685.

Loforte, A. M. (2003) *Práticas culturais em relação à sexualidade e representações sobre saúde e doença*. Centro de Estudos de Pesquisa – UEM.

Malungo, J. S. R. (2001) Sexual cleansing (*Kusalazya*) and levirate marriage (*Kunjilila mung'anda*) in the Era of AIDS: changes in perceptions and practices in Zâmbia. *Social Science & Medicine*, 53: 371-382.

Matsinhe, C. (2005) *Tábula rasa-dinâmica da resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*. Maputo: Texto Editores.

Nicholson, L. (1994) Interpreting gender. *Signs*, 2 (1): 79-105.

Parker, R. *et al.* (2000) Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 16 (Supl.1).

Kisiang'ani, E. (2004) Decolonizing gender studies in Africa. In Arnfred, S. *et al.*, *Steady African Gender Scholarship: Concepts, Methodologies and Paradigms* (pp. 9-26). Dakar: CODESRIA [Gender series 1]

Lorber, J. (1993) Believing is seeing: biology as ideology. *Gender Society*, 7: 568.

Casares, A. (2006) *Antropología del género: culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Beltrán, E & V. Maquiera (eds) (2005) *Feminismos: debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial. [Ciências Sociais].

### III.II. A perspectiva de género em programas de saúde

A perspectiva de género é extremamente útil em análises de saúde, e como mostram os indicadores de uso dos serviços, os hábitos e as taxas de morbimortalidade diferem entre as pessoas devido às suas condições específicas de vida.

Por exemplo os homens, em relação às mulheres, geralmente utilizam menos os serviços de Atenção de Saúde Primária. Mas, pelo contrário, utilizam mais os serviços de emergência (excluindo as complicações obstétricas) muitas vezes por causa da violência, acidentes e mesmo por doenças muito avançadas, não consultadas a tempo por parte desses homens, por considerarem que ir à US é “coisa de mulher”.

Questões de género, poder e hierarquias sociais e familiares fazem com que os filhos sejam um meio de consolidar ou melhorar o estatuto social ou familiar, uma vez que os filhos são percebidos como necessários e não apenas como desejados.

Neste contexto, os programas de Planeamento Familiar (PF) devem combinar as necessidades de mulheres que não queiram ter filhos, das que queiram espaçar as gravidezes, das que queiram mas não conseguem ter filhos e daquelas que jamais poderão ter filhos, apesar de ser esse o seu desejo e necessidade.

Este exemplo mostra a necessidade de desenhar programas que consideram as especificidades dos utentes, mesmo que estes sejam da mesma comunidade.

Quanto às relações de poder entre as pessoas envolvidas, elas podem ocorrer até entre pessoas do mesmo sexo e não só entre pessoas de sexos diferentes.

Por exemplo, quando uma parteira manda a parturiente ir acarretar água para garantir o funcionamento da US.

Quando uma sogra não autoriza a nora a ir à US, e a obriga a ir ter o parto com apoio duma *matrona*.

Quando um parceiro que proíbe a sua parceira de levar a criança doente à US sem a sua autorização, o que faz com que, na sua ausência, a criança não possa ser levada à US mesmo que esteja gravemente doente.

A identificação das situações mencionadas permite propor mudanças para minimizar esse tipo de barreiras, tornando os serviços de saúde mais acessíveis. Algumas vezes, as desigualdades de género e poder podem derivar da dificuldade de partilha de questões relativas à saúde entre parceiros, tornando-se uma barreira para os cuidados de saúde e um desafio para os profissionais de saúde.

Por exemplo, o que fazer quando uma utente da CPN com resultado positivo para a sífilis afirma que tem medo de notificar o parceiro para fazer o tratamento de sífilis, com receio de ser violentada?

Num contexto onde geralmente é usada a sigla HIV/SIDA como se fossem a mesma coisa, e mostram pessoas que dizem estarem doentes de HIV/SIDA, o que fazer para que o parceiro compreenda que não foi a esposa que o infectou, quando foi nela que descobriram a infecção por HIV durante a Consulta Pré-natal (CPN) e ele nunca se sentiu doente?

Situações como a do segundo exemplo resultam em parte da falta de informação clara e correcta dos homens sobre a fase assintomática do HIV, e do facto das mulheres terem oportunidade de fazerem o teste HIV durante as CPN. Resultam também da percepção segundo a qual as mulheres são as que mais frequentam os serviços de saúde, concluindo que, se assim acontece é porque elas é que ficam mais vezes doentes.

A questão de género é ainda notória na própria estrutura dos serviços de saúde, onde muitas mulheres prestam serviços tidos como aptos para mulheres, tais como enfermagem, pediatria e cuidados de doentes no geral, enquanto os homens fazem actividades como cirurgiões, motoristas e guardas. Existem entretanto áreas nas quais ambos realizam as tarefas, como o caso de enfermeiros, serventes e motoristas. Algumas dessas divisões de trabalho sanitário respondem às divisões de género estabelecidas pelas próprias comunidades, e contribuem para facilitar o acesso às US.

Por exemplo, nas zonas rurais, sobretudo, algumas mulheres e respectivas famílias sentem-se desconfortáveis ao saber que serão atendidas por um enfermeiro nas consultas de ginecologia e obstetrícia. Podendo acontecer o mesmo com parturientes ao ser assistidas por parteiras que considerem ter idade de suas filhas. Em ambos os casos, chegam a recusar ir aos serviços, ou preferem gastar mais recursos e ir mais longe em busca de um serviço que não apresente essas dificuldades para elas<sup>18</sup>.

Alguns destes desafios são maioritariamente enfrentados a nível dos serviços de Saúde Materno Infantil (SMI), uma situação compreensível num país, como Moçambique, com escassez de recursos humanos onde estes devem ser priorizados e alocados em detrimento de outras áreas.

Entretanto, esse modelo que optimiza os recursos priorizando a atenção à mulher, pertinente para algumas questões, torna-se inadequado para outras porque mantém os homens afastados dos serviços de

---

<sup>18</sup> Ambos exemplos respondem à hierarquização social por sexo e idade, observados na zona do estudo no âmbito da investigação sócio-sanitária da MMC.

saúde. Assim quando eles são solicitados a comparecer na US dificilmente aparecem, e quando aparecem fazem-no na qualidade de acompanhantes das respectivas parceiras.

Compreender questões de género para além do sexo, permite analisar melhor a utilização dos serviços de saúde, e com base nessa análise contribuir para o desenho de serviços de saúde mais ajustados aos problemas, necessidades e especificidades dos utentes, aumentando deste modo a sua satisfação e promovendo o aumento da procura dos serviços.

## **Bibliografia**

Assis Simões, J. (2002) Mulheres, diferenças e desigualdades. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17 (49): 149-153.

Buss, P. M. (2002) Globalization and disease: in an inequal World, unequal health!. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6): 1783-1788.

Celia di Ciommo, R. (2003) Relações de género, meio ambiente e a teoria da complexidade. *Estudos feministas*, 11 (2): 423-443.

Giffin, K. (1994) Violência de género, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (Suplemento 1): 146-155.

Hebling, E. M. & I. R. Figueiredo (2004) Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5): 1211-1218.

Torres, N.(2005) *Sexualidade e relações de poder no contexto do HIV/SIDA: o caso da Cidade da Matola*. Tese de Licenciatura em Antropologia (não publicada). Departamento de Arqueologia e Antropologia da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da UEM, Maputo.

#### IV. Antropologia aplicada a questões de SSR, HIV e SIDA

Ao estudar práticas simbólicas, materiais e sociais que condicionam e dão sentido à vida dos indivíduos, a antropologia fornece elementos que ajudam a perceber e explicar factores sócio-culturais que condicionam o acesso aos serviços de saúde. No que respeita aos programas de SSR, a antropologia aplicada à saúde mostra a importância da abordagem de género e da sexualidade como constructos sócio-culturais e também levanta questões que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde prestados.

Este módulo sistematiza a abordagem da antropologia para algumas das áreas da SSR, nas quais vem trabalhando e incluindo temas do HIV e do SIDA. De entre elas contam-se a análise da gravidez e as complicações obstétricas ou a questão do espaçamento de filhos (PF), os quais incluem o acesso a serviços de saúde, especialmente aos serviços de Aconselhamento e Testagem para Saúde (ATS), Consulta Pré- Natal (CPN), Consulta Post-Parto (CPP), Parto Institucional (PI) e ainda questões como os abortos induzidos devido a motivações sociais, a educação reprodutiva e sexual e o uso do preservativo (feminino e masculino).

A antropologia contribui também para a análise de questões ligadas a cuidados domiciliários ou comunitários a pessoas com problemas de saúde, questões como estigma e discriminação, rituais de iniciação reprodutiva e/ou sexual, adesão aos programas de prevenção do HIV e do tratamento do SIDA, questões de aleitamento e alimentação em contexto de HIV e de SIDA, bem como questões sobre comunicação para saúde.

Na sua maioria, os estudos feitos pela antropologia procuram compreender as formas pelas quais as pessoas e comunidades entendem as questões de saúde bem como os recursos com os quais enfrentam os problemas de saúde, SSR neste caso. A antropologia aborda ainda os conflitos que surgem no encontro de *modelos explicativos* diferentes e também aponta possíveis estratégias para minimizar esses conflitos.

A participação dos antropólogos na área da SSR contribui para que instituições governamentais e não governamentais possam melhorar cada vez mais a qualidade e quantidade de informação que têm para a população alvo dos programas. A antropologia colabora, assim, para melhorar os serviços prestados, tornando-os sensíveis às especificidades dos utentes.

A antropologia fornece também recursos para obter informação etnográfica sobre como as pessoas percebem, explicam, ordenam a fisiologia sexual e reprodutiva e as normas e comportamentos que cada sociedade estabelece para esta parte importante da vida dos seres humanos.

Por exemplo, se o *modelo explicativo* usado para explicar o crescimento e desenvolvimento de um feto exige que haja um depósito constante de sêmen do progenitor para garantir que a gravidez seja bem sucedida, dificilmente as pessoas irão adoptar proposta de uso de preservativo durante a prática de relações sexuais, mesmo que ambos sejam HIV positivos..

Se a esterilidade é percebida como sendo resultante da intervenção de espíritos, antepassados ou outros, será difícil que as utentes consultem a US antes de consultar um *curandeiro*, um *nhamussoro* ou ainda um líder religioso.

Outra situação surge quando o parto obstruído é algumas vezes interpretado e explicado de tal forma que pode levar a demora na tomada de decisão de procurar Cuidados Obstétricos Essenciais (COE), situação que pode colocar em risco a vida do bebê e da mãe.

Todas essas situações exigem um processo de diálogo com as utentes, bem como com as pessoas que influenciam as decisões das mesmas, como sogras, cunhadas, mães e maridos de modo a encontrar uma solução benéfica e que contribua para a resolução do problema de saúde em causa.

## V. A compreensão de indicadores de cobertura de serviços a partir da Antropologia

Os indicadores de cobertura de saúde são o rosto mais visível do acesso aos serviços de saúde. Taxas elevadas revelam que os utentes utilizam os serviços, enquanto que taxas baixas indicam o contrário, o que significa por um lado que a capacidade dos serviços é pouco utilizada e por outro que, provavelmente, muitos problemas de saúde das comunidades ficam por resolver a nível da US. A questão do acesso é condicionada por um conjunto de factores que podem favorecer ou dificultar a utilização dos serviços prestados.

O presente módulo tem como objectivos: a) Apresentar a contribuição da antropologia para uma melhor compreensão dos indicadores de cobertura dos serviços de saúde e b) Explicar o processo da procura de serviços e cuidados de saúde.

Um dos pressupostos básicos que orienta a discussão sobre acesso a serviços de saúde é aquele que defende que basta colocar as US lá e as comunidades farão uso delas. Contudo, uma análise dos dados de cobertura permite-nos perceber que inúmeras vezes a existência de US ou serviços, como brigadas móveis, não são necessariamente traduzidas numa cobertura elevada.

A análise da acessibilidade cultural dos serviços ajuda a compreender e explicar, diante das opções e dos recursos existentes, as dificuldades e as oportunidades que os utentes têm de combinar no processo de decisão sobre se, como e onde procurar serviços de saúde. Estudos sobre a utilização dos serviços de saúde ajudam a perceber as causas que levam algumas vezes as pessoas a não utilizarem as US próximas ou nem sequer as utilizarem.

É preciso lembrar primeiro que as comunidades dispõem de diversos provedores de serviços de saúde, de entre eles médicos/outros profissionais de saúde, *curandeiros*, religiosos, *matronas*, parteiras tradicionais (PT's), orientadores de ritos de iniciação, só para mencionar alguns. Esta situação leva-nos a identificar dois grupos na comunidade, um composto pela maioria das pessoas e um outro composto por uma minoria cuja profissão é resolver problemas de saúde.

Face a um problema de saúde os utentes recorrem ao *modelo explicativo* que têm, para entender e enfrentar esse problema. Esse *modelo explicativo* irá influenciar se o tratamento é procurado no *curandeiro*, na US, na *matrona* ou num outro provedor de serviços para a saúde.

Algumas vezes um mesmo utente pode combinar *modelos explicativos* diferentes, assim ele pode ir ao *curandeiro* primeiro para tratar determinado problema de saúde e a seguir ir à US ou vice-versa. Ou até podem usar diferentes provedores para enfrentar de forma complementar o mesmo problema de saúde.

Existem contudo certos *modelos explicativos* que excluem a ida à US, por ser considerado assunto para recorrer ao *curandeiro* ou ao pastor de sua religião. Existem ainda casos de pessoas que nalgum momento frequentaram curandeiros, onde iam buscar soluções para os seus problemas de saúde, mas deixaram de ir porque se converteram a uma religião que proíbe isso, e passam a utilizar exclusivamente a igreja e a US para resolver seus problemas de saúde.

Estas situações mostram como as percepções, crenças, acções, experiências e expectativas dos indivíduos são heterogéneas, complexas e podem mudar com o tempo e as circunstâncias. Essa mudança

é influenciada por familiares influentes, amigos, vizinhos, provedores de serviços de saúde, mas também pelos meios de comunicação social. Este cenário constitui uma oportunidade que pode ser utilizada para promover mudanças de comportamento que levem à promoção da saúde.

A utilização de determinado serviço de saúde pela mulher é fortemente influenciada pelo *modelo explicativo* dela ou das pessoas responsáveis por tomarem esta decisão. Mas para além do *modelo explicativo* existem outros factores que condicionam o acesso aos serviços de saúde, tais como disponibilidade de recursos financeiros, vias de acesso, distância das US's ao domicílio e disponibilidade de meios de transporte.

O acesso aos serviços de saúde é também condicionado pelas percepções do tipo de atendimento prestado, e pelas relações de hierarquia nas quais a mulher está envolvida, como nos casos em que a mulher depende da autorização de uma outra pessoa para deslocar-se à US ou ainda de alguém que cuide das crianças que ficam em casa enquanto ela vai à consulta.

Ao ajudar a detectar, analisar e compreender melhor todas as variáveis que influenciam o processo de tomada de decisão para ir à US, a antropologia da saúde torna possível a elaboração de estratégias que ajudem a melhorar o acesso aos serviços de saúde e os respectivos indicadores.

## **Bibliografia**

Alves, P. C. (1993) A experiência da enfermidade. Considerações teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 9 (3): 263-271.

Caprara, A. & J. Rodrigues (2004) A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Colectiva*, 9 (1): 139-146.

Gune, E. (2001) *O papel da cultura na prevenção do VIH em Moçambique 1987-1999*, Tese de Licenciatura em Antropologia, (não publicada). Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais da UEM, Maputo.

Kleinman, A. (1980) Patients and healers in the context of culture. In: Kleinman, A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. California: California Press Ltd. Capítulo 6. pp.179 – 202.

Kleinman, A. (1980) Culture, health care systems and clinical reality. In: Kleinman. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Califórnia: Califórnia Press Ltd.

Nordstorm, C. (1991) *Formalizando a medicina tradicional*. Maputo: MISAU.

Queiroz, M. S. (1991) Perspectivas teóricas sobre medicina e profissão médica: uma proposta de enfoque antropológico. *Revista de Saúde Pública*, 25 (4): 318-25.

Unglert, C. V. S. *et al* (1987) Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em Saúde Pública. *Revista de Saúde Pública*, 21 (5): 439-46.



## **VI. Antropologia no desenho, implementação, monitoria e avaliação de IEC**

A comunicação é um processo através do qual as pessoas transmitem informação. A comunicação, desempenha um papel chave na área da saúde, tanto entre os profissionais de saúde entre si, como entre estes e os utentes dos serviços de saúde.

Devido a problemas na comunicação é frequente ouvir utentes insatisfeitos com os serviços prestados, alegando mau atendimento por não terem recebido explicações satisfatórias sobre o seu problema de saúde ou sobre como resolvê-lo. É também comum encontrar profissionais de saúde preocupados pelo facto dos utentes ou comunidades não seguirem as recomendações de prevenção e cuidados de saúde que vêm sendo divulgadas e disponibilizadas através dos programas e campanhas educativas ou informativas. Essas dificuldades resultam, muitas vezes, de problemas na comunicação.

O sucesso da comunicação depende da qualidade da mensagem transmitida e da forma como a mensagem é transmitida. As mensagens devem ser escutadas ou lidas e compreendidas.

O presente módulo tem como objectivo geral, explicar o papel da antropologia no desenho, implementação e avaliação de programas e mensagens de IEC.

A comunicação em saúde refere-se ao estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades para prevenir e promoverem a sua saúde ou utilizarem os serviços disponíveis na rede sanitária.

A comunicação em saúde é feita por meio de mensagens para promover a saúde e educar para a saúde, para evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde, para recomendar medidas preventivas ou ainda métodos de cuidar de pessoas doentes. A comunicação serve ainda para propor e recomendar mudanças de comportamento, informar sobre a saúde e sobre as doenças, sobre exames médicos necessários e interpretação dos respectivos resultados bem como sobre a toma correcta dos medicamentos.

A comunicação para saúde pode ser directa ou indirecta. No primeiro caso pode ser levada a cabo por profissionais de saúde ou activistas capacitados para o efeito. Ela pode ser feita nas US, nos agregados familiares, nas escolas, nos locais de trabalho, em espaços de diversão e na comunidade em geral. O mais importante é que a comunicação seja feita junto dos grupos que pretendemos atingir com as nossas mensagens. No segundo caso as mensagens podem ser difundidas através dos meios de comunicação (como a rádio, a televisão, jornais, revistas) ou através de cartazes, folhetos, teatro, música, debates ou filmes.

Algumas vezes o grupo sobre o qual recai o nosso objectivo não tem condição para perceber a mensagem ou para fazer o que é proposto. Nesses casos procuramos as pessoas que cuidam ou influenciam as acções da pessoa que queremos influenciar.

Por exemplo, se nós desenharmos um programa de reforço nutricional para crianças menores de 24 meses, deveremos comunicar-nos com as mães ou encarregados dos cuidados a essas crianças.

Noutros casos podemos combinar os destinatários da nossa mensagem, por exemplo as pessoas que queremos atingir com as pessoas que suportam ou aprovam as decisões dessas pessoas que queremos atingir.

Mais concretamente, se nós quisermos promover o aumento da utilização das CPN, poderemos envolver as mulheres em idade fértil que são a nossa população alvo, os respectivos parceiros e sogras, porque estas são as pessoas que desempenham um papel influente na tomada de decisões sobre se essa mulher deve ou não utilizar os serviços da CPN.

A comunicação em saúde tem influência importante a nível individual e a nível comunitário. A nível da comunidade pode promover mudanças positivas ajudando a melhorar aspectos sociais e económicos, melhorar a acessibilidade física dos serviços de saúde e a facilitar a adopção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida. Ao nível individual a comunicação ajuda a tomar consciência das ameaças para a saúde, pode influenciar a motivação para a mudança que visa reduzir os riscos, reforça atitudes favoráveis aos comportamentos protectores da saúde e pode ajudar a adequar os serviços de saúde e os recursos aos utilizadores desses serviços.

É preciso ter em conta que no processo de informação e comunicação, utentes e pessoal de saúde podem ter *modelos explicativos* diferentes, o que pode provocar dificuldades ou problemas de comunicação. Nestes casos torna-se necessário aproximar os *modelos explicativos*. Sem abdicar do seu saber técnico-científico, o profissional de saúde pode procurar articular esse conhecimento com o conhecimento que as comunidades têm sobre os problemas de saúde.

Uma boa comunicação entre profissionais de saúde e utente ou comunidades começa por compreender a percepção do utente sobre o seu problema de saúde, as causas do mesmo e os passos que já deu para o tentar resolver ou minimizar. Uma boa comunicação é aquela que consegue propor ao utente e comunidades alternativas melhores para a busca de cuidados de saúde ou de medidas de prevenção e controlo de doenças e problemas de saúde, fazendo melhor proveito dos seus recursos. É importante tratar com amabilidade, cordialidade e compreensão.

Por exemplo: Apesar de legítima a preocupação pelo facto dos utentes terem demorado a dirigir-se à US, sobretudo no caso de terem primeiro ido a outros provedores de saúde, de nada adiantará culpabilizar o utente ou a comunidade pelo facto de ter surgido uma complicação de saúde que poderia ter sido prevenida caso tivessem decidido recorrer à US mais cedo. A consequência mais provável dessa atitude seria que os utentes, por medo, evitassem no futuro utilizar os serviços dessa US quando tivessem necessidade.

Contudo, um bom plano de comunicação, que facilite a compreensão dos utentes sobre um problema de saúde e a respectiva urgência pode melhorar a procura e o acesso atempado dos mesmos. Caso o profissional de saúde identifique um problema de saúde poderá procurar percebê-lo melhor na comunidade, procurando saber das causas do mesmo e depois desenhar um plano de comunicação no qual procurará incentivar e promover a necessidade da utilização atempada da US.

Mais do que julgar valores com os quais não concorda o papel do profissional de saúde é o de fornecer alternativas técnicas viáveis e que concorrem para manter ou repor o estado de saúde do utente e das comunidades.

Por exemplo, independentemente dos seus valores religiosos, se um jovem do sexo masculino homossexual com uma ITS vier à consulta, cabe ao profissional de saúde tratá-lo e propor as medidas preventivas considerando a particularidade da sua orientação sexual, em vez de o julgar ou de o condenar pela sua orientação sexual dizendo que é pecado o que ele faz. O mesmo pode ser dito de uma rapariga solteira que apareça na US com uma ITS. Cabe ao profissional de saúde tratá-la, propor-lhe medidas preventivas e fazer um aconselhamento com base técnica, em vez de julgá-la de irresponsável e sem vergonha por ter praticado relações sexuais sem se ter casado.

Os profissionais de saúde devem fornecer informação simples e clara, responder aos anseios, receios e dúvidas do utente e das comunidades, bem como explicitar os passos a seguir até ao restabelecimento do estado de saúde do utente. É importante encorajar o utente e as comunidades a perguntarem as coisas que não compreenderam, que não sabem ou sobre as quais têm dúvidas.

Para desenhar mensagens compreensíveis, que respondam às preocupações, dúvidas e receios dos utentes e das comunidades, que os clarifiquem que possam ser adoptadas por cada tipo particular de utente ou de comunidade é necessário compreender a forma como as pessoas se comunicam, os significados das palavras usadas, bem como identificar as pessoas chave no processo de circulação, aceitação e promoção da comunicação. Com base nesses elementos é possível elaborarmos mensagens de IEC aceitáveis, factíveis, sustentáveis e que propiciem mudanças de comportamento.

As estratégias de comunicação devem ter objectivos gerais e específicos, grupos alvo a alcançar, ferramentas e recursos para alcançar esses grupos alvos, desenho das actividades a realizar, parceiros de implementação dentro da US, ONG's e outras instituições achadas relevantes e ao nível da comunidade. Como parceiros a nível comunitário, independentemente dos nossos valores políticos e religiosos, devemos trabalhar em estreita colaboração e coordenação com as autoridades locais e sobretudo com líderes locais<sup>19</sup>. A estratégia deve ter também prazos e metas a alcançar.

Ao longo do processo de implementação de um programa IEC deve ser feito um acompanhamento das actividades de comunicação (monitoria). Este irá ajudar a perceber as coisas que não estão a andar como planificado e corrigi-las em tempo útil. Findos os prazos, deverá ser feita uma avaliação de modo a verificar se os objectivos propostos foram alcançados.

Uma das maiores preocupações dos profissionais de saúde que trabalham em comunicação para saúde, é o facto do utente e das comunidades não mudarem de comportamento imediatamente após o fim da intervenção. Se por um lado essa situação pode ser desgastante por outro, convém recordar que a mudança de comportamento é um processo que leva o seu tempo e precisa de ser feito com consistência e insistência, e ainda que nem todos aderem à mudança.

Numa primeira fase, o mais importante é que o utente e as comunidades tenham informação clara, correcta e útil sobre os problemas de saúde e as vantagens de adoptar a proposta que lhes é feita. Num segundo momento consciencializar sobre a importância da proposta avançada pelo pessoal da US e esperar que num terceiro momento possa ocorrer a mudança desejada.

---

<sup>19</sup> A diferença entre autoridade e líder é que a autoridade é nomeada por via formal enquanto que os líderes podem nem sequer constar das listas de autoridades. Os líderes são-no pela sua capacidade de mobilização, pela sua capacidade de ser "ouvido" pela comunidade. Um *curandeiro* pode ser um líder e não ser uma autoridade, o mesmo pode suceder com uma *matrona*, ou um jovem que organiza espectáculos ou outro tipo de sessões de diversão. Isso significa que nem todas as autoridades são líderes locais, e que há líderes que não são autoridades.

## Bibliografia

Aboobakar, F. (2006) *Representações sociais e experiências de prevenção da malária com referência a pulverização. Uma Análise a partir do bairro de Chingussura, na cidade da Beira*. Tese de Licenciatura em Antropologia, (não publicada). Departamento de Arqueologia e Antropologia da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da UEM, Maputo.

Anneliese, D. A. (2004) *Acerca de la comunicacion medico-paciente desde una perspectiva historica y antropologica*. *Revista Medica do Chile*, 132:1431-1436.

Gazzinelli, M. F. *et al* (2005) *Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença*. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (1): 200-206.

Graeff, J. A., Elder, J. P. & E. M. Booth (1993) *Communication for Health and Behaviour Change: A Developing Country Perspective from Developing Countries*. San Francisco: Jossey Bass Publishers (pp. 19-27).

Nobre, J. (2006) *Representações sobre saúde e doença: ajustes e desajustes entre lógicas comunicacionais na prevenção e controlo do VIH e do SIDA em Lamego*. Tese de Licenciatura em Antropologia, (não publicada). Departamento de Arqueologia e Antropologia da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da UEM, Maputo.

Teixeira, R. R. & A. P. Cyrino (2003) *As ciências sociais, a comunicação e a saúde*. *Ciência & Saúde Colectiva*, 8 (1): 151-172.

## **Anexos**

## Anexo A: Programa do Curso

Hora	Módulo I	Conteúdo	Facilitador
8:00	Abertura	Abertura	
8:30		Aspectos administrativos, logísticos	
8:45	Introdução	Objectivos, metodologias e “quebra-gelo”	
9:00		Pré-teste	
9:30	Intervalo		
10:00	História da Antropologia da saúde e da doença	O percurso da Epidemiologia à Antropologia da Saúde	
10:20		Métodos em antropologia da saúde Complementaridade e interdisciplinaridade <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etnografia, História, Fenomenologia e Métodos participativos (DRP, ARP)</li> </ul>	
10:50		Técnicas e instrumentos de recolha de dados Técnicas <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Histórias de vida, observação participante, directa, entrevistas (individuais e em grupo de discussão focal) e conversas informais</li> </ul> Instrumentos <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guiões de observação, Guiões de entrevista e Inquéritos</li> </ul>	
11:15		Técnicas de processamento e tratamento de dados <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fenomenografia, notas manuais, grelhas de análise e bases de dados.</li> </ul>	
11:30		Técnicas de análise de dados <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Análise de conteúdo, triangulação, interpretação e explicação</li> </ul>	
11:45		Sumário e consolidação do módulo I	
12:30		Almoço	
14:00	A sexualidade como construção sociocultural	Exercício em grupo	
15:00		Apresentação dos exercícios e discussão	
15:30	Intervalo		
16:00	Continuação	Continuação da apresentação e discussão	
16:15		A construção sociocultural da sexualidade humana	
16:30		Importância da perspectiva nos programas de saúde	
17:00	Fim do dia		

Hora	Módulo	Conteúdo	Facilitador
8:00	Início da Sessão	Avaliação do dia anterior Apresentação da avaliação do dia anterior Aspectos logísticos e administrativos	Participantes
8:30	Continuação	Exercício em grupo	
9:15		Apresentação e discussão do exercício em grupo	
10:30	Intervalo		
10:45	Continuação	Continuação	
11:15		Exercício em grupo	
11:40	A perspectiva de género em programas saúde	Apresentação e discussão do exercício	
12:00		Exercício em plenária	
12:45	Almoço		
13:45	Continuação	Exercício individual	
13:55mn		Discussão	
14:15		O conceito de género e a sua importância em programas	
14:45		Exercício de grupo	
15:15	Intervalo		
15:30	Continuação	Apresentação e discussão do exercício	
16:00		Sumário e consolidação do módulo II	
16:15	Fim do dia	Avaliação do dia	Participantes

Hora	Módulo	Conteúdo	Facilitador
8:00	Início da Sessão	Apresentação da avaliação do dia anterior Aspectos logísticos e administrativos	Participantes
8:15	Antropologia, SSR, HIV e SIDA	Antropologia e SSR	
8:30		Alguns estudos sobre Moçambique Sexualidade e PF	
9:00		Discussão	
9:45	Intervalo		
10:00	Pesquisa nos Projectos da MMC	Antropologia e HIV/SIDA: Aspectos de Prevenção geral	
11:15		Apresentação e discussão	
12:00	Almoço		
13:00	Continuação	Sumário e consolidação do módulo III	
13:15	Trabalho de curso	Apresentação da estrutura do trabalho do curso e Trabalhos em grupo (Identificação de temas, definição de problemas e objectivos para trabalho)	
14:00	Intervalo		
14:15		Apresentação, discussão e aprovação dos temas, problemas e objectivos para trabalho	
15:15	Fim do dia	Avaliação do dia	Participantes

Hora	Módulo III	Conteúdo	Facilitador
8:00	Início da Sessão	Apresentação da avaliação do dia anterior Aspectos logísticos e administrativos	Participantes
8:15	Continuação do trabalho de curso	Pequeno trabalho exploratório na comunidade	
10:00	Intervalo		
10:15	Continuação do trabalho de curso	Trabalhos em grupo (Definição de objectivos de intervenção)	
11:15		Apresentação e discussão	
12:30	Almoço		
13:30	Continuação do trabalho de curso	Trabalho em grupo (Definição de intervenções)	
14:30		Apresentação e discussão	
15:00	Intervalo		
15:15	Modulo IV	Análise de modelos explicativos	
	Antropologia e indicadores	Processo de tomada de decisões e condutas de busca de itinerários terapêuticos e serviços de saúde	
16:15	Fim do dia	Avaliação do dia	Participantes



Hora		Conteúdo	Facilitador
8:00	Início da Sessão	Apresentação da avaliação do dia anterior Aspectos logísticos e administrativos	Participantes
8:15	Continuação do módulo IV	Os sectores profissionais, popular e “folclóricos”	
8:35		Trabalhos em grupo	
9:05	Intervalo		
9:20		Apresentação, discussão, Sumário e consolidação do módulo IV	
	Modulo V		
10:35	Papel da antropologia no desenho, implementação, monitoria e avaliação de IEC	Desenho e implementação de IEC	
10:55		Monitoria e avaliação de programas de IEC	
11:15		Exercício em grupo	
12:15	Almoço		
13:15	Continuação	Apresentação, discussão, sumário e consolidação	
14:15	Pesquisa socio-sanitária da MMC no Projecto	Alguns estudos sobre Moçambique Maternidade segura, PTV e TARV	
15:15	Intervalo		
15:30	Continuação	Discussão sobre utilização de resultados na melhoria dos serviços	
15:45	Trabalhos de curso	Revisão dos trabalhos, notas sobre implementação e monitoria	
16:00	Sumário do curso		
16:15	Avaliação do dia e do curso		Participantes
16:20	Sessão de encerramento	Encerramento	

## **Anexo B: Exercícios**

1. Apresentação: Em pares os participantes apresentam-se um ao outro (nome, profissão, local de trabalho). De seguida, cada um apresenta o seu par aos restantes participantes, em plenária.
2. Teste diagnóstico (veja Anexo C): Para além das questões apresentar no verso da folha o que espera do curso ou gostaria de aprender ou partilhar durante o curso.

### **Sexualidade**

3. Sexualidade: Listar problemas na área da sexualidade, seleccionar o que considerem mais relevante e procurar possíveis causas e soluções.
4. Com base nas discussões sobre sexualidade de ontem à tarde refazer os trabalhos e voltar a apresentar.

### **Papéis sociais**

Listar separadamente as actividades realizadas por indivíduos de sexo masculino e pelos indivíduos do sexo feminino, destrinçando também por idades.

5. Procurar apresentar motivos que levam as pessoas a separar as referidas actividades ou a realizá-las em conjunto.
6. Diferença de sexo e género: Voluntariamente cada participante apresenta o seu ponto de vista.
7. Exercício individual: Definição de problema, causas e soluções.

### **Trabalho de curso: Pesquisa operacional**

8. Identificação de temas, definição de problemas, objectivos, métodos e instrumentos de recolha de dados a usar durante o trabalho: Em grupos eleger um problema de saúde que precise de ser estudado.
9. Pequeno trabalho exploratório na comunidade: Recolher dados, fazer os resumos dos resultados, produzir conclusões e recomendações.

### **Intervenção**

10. Definição de objectivos de intervenção: Com base nas conclusões do trabalho de campo, definir objectivos que permitirão resolver ou minimizar os problemas identificados.
11. Definição de intervenções: Definir que intervenções precisam ser feitas para resolver ou minimizar o problema estudado.
12. Modelos explicativos: Voluntariamente cada participante apresenta experiências de processos de busca de cuidados de saúde. Podem ser suas ou de pessoas conhecidas.

### **IEC**

13. IEC: Seleccionar nas intervenções (10 e 11), as que estão associadas a IEC. De seguida definir objectivos das mensagens, grupos alvos, resultados esperados por grupo alvo, estratégias, actividades, locais onde serão realizadas as actividades, duração das actividades, parceiros, duração, recursos necessários.

### **Avaliação**

14. Pós-teste e avaliação do curso: Para avaliar o curso os facilitadores comparam as percentagens do Teste Diagnóstico com a percentagem do pós-teste.

## **Anexo C: Exercício Diagnóstico**

“Contribuição da Antropologia para os programas de Saúde Pública: Um enfoque para a Maternidade Segura, HIV e o SIDA”  
Exercício Diagnóstico

1. Por favor escreva no verso da folha as suas expectativas em relação ao curso.
2. Das afirmações abaixo apresentadas, assinale com a letra ‘c’ onde concorde e com a letra ‘d’ onde discorde:
  - a) A diferença entre crença e conhecimento é que a primeira está sempre errada enquanto que o segundo está sempre certo ( ).
  - b) Os profissionais de saúde não têm crenças, apenas conhecimento ( ).
  - c) Na promoção da saúde, todas as crenças devem ser ‘combatidas’ e substituídas por conhecimentos ( ).
  - d) Algumas pessoas têm cultura enquanto que outras não têm ( ).
  - e) Na promoção da saúde a cultura é uma barreira que deve ser ultrapassada ( ).
  - f) Basta dar informação correcta às pessoas sobre saúde, elas irão mudar a sua cultura, promovendo a sua saúde ( ).
  - g) Na promoção da saúde apenas a ‘comunidade’ deve mudar, não necessitando os profissionais de saúde de mudar ( ).

Obrigado por partilhar as suas ideias

## **Anexo D: Pós-teste**

“Contribuição da Antropologia nos programas de Saúde Pública: Um enfoque para a Maternidade Segura, HIV e o SIDA”  
Pós-teste

1. Por favor escreva no verso da folha as suas expectativas em relação ao curso.
2. Das afirmações abaixo apresentadas, assinale com a letra ‘c’ onde concorde e com a letra ‘d’ onde discorde:
  - a) A diferença entre crença e conhecimento é que a primeira está sempre errada enquanto que o segundo está sempre certo ( ).
  - b) Os profissionais de saúde não têm crenças, apenas conhecimento ( ).
  - c) Na promoção da saúde todas as crenças devem ser ‘combatidas’ e substituídas por conhecimentos ( ).
  - d) Algumas pessoas têm cultura enquanto que outras não têm ( ).
  - e) Na promoção da saúde, a cultura é uma barreira que deve ser ultrapassada ( ).
  - f) Basta dar informação correcta às pessoas sobre saúde, elas irão mudar a sua cultura, promovendo a sua saúde ( ).
  - g) Na promoção da saúde apenas a ‘comunidade’ deve mudar, não necessitando os profissionais de saúde de mudar ( ).

Obrigado por partilhar as suas ideias

## **Anexo E: A pesquisa da *Medicus Mundi Catalunya* nos Projectos de apoio a Maternidade Segura (MS) e ao Programa de Transmissão Vertical (PTV)<sup>20</sup>**

### **Coordenação**

M<sup>a</sup> Cristina Álvarez Degregori

### **Colaboração<sup>21</sup>**

Dalila Bene, Aida Parrruque, Paulo Siteo, Sergio Galan, Ana Jiménez, Maria Ines Palacios

A *Medicus Mundi Catalunya* (MMC)<sup>22</sup> fez parte duma pesquisa nas áreas de saúde e ciências sociais integrada no projecto para o Fortalecimento do Programa de Maternidade Segura, para o período 2005-2008<sup>23</sup>. O referido projecto incluía ainda a construção de infra-estruturas (centro de saúde com maternidades e casas de espera para mães), bem como equipamento de transportes e comunicação (viaturas de apoio, ambulâncias e rádios de comunicação), o apetrechamento de laboratórios e unidades sanitarias e apoio na formação e contratação de recursos humanos.

O projecto responde às linhas orientadoras do Plano Estratégico Nacional do Ministério da Saúde (MISAU) e à sua Estratégia para a Redução da Morbimortalidade Materna e Perinatal formulada em 1999; considera ainda os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, as prioridades do Plano Estratégico do Sector de Saúde de Gaza (PESS) e está também alinhado, mais recentemente, com a iniciativa Presidencial para a área da Saúde Materna, do HIV e do SIDA.

O projecto combinou análises da Saúde Pública e das Ciências Sociais, em particular da Antropologia tendo em vista compreender melhor as questões relativas ao acesso e uso dos serviços de saúde materna e tendo em consideração o sistema de saúde (*supply factors*) bem como os padrões de procura desses serviços por parte das comunidades (*health-seeking behaviour-demand factors*).

Este módulo apresenta de forma resumida a pesquisa socio-sanitária levada a cabo nos Projectos de MS e de PTV implementados pela MMC na província de Gaza. Ilustra ainda como alguns dos resultados foram usados para programas de IEC e de melhoria dos serviços de saúde prestados.

A maternidade é um dos fenómenos que apesar de ser biológico tem significados que variam de acordo com a cultura onde ela acontece. Assim, cada cultura tem seus valores, normas e regulamentos sociais que visam controlar e proteger a gravidez, o que torna possível a existência de diversos sistemas de regulação que variam com o momento histórico e com a área cultural ou geográfica em análise. É por essa

---

<sup>20</sup> "STRENGTHENING THE SAFE MOTHERHOOD PROGRAMME OF THE GAZA PROVINCIAL HEALTH BOARD (MOZAMBIQUE)" E "SUPPORT THE IMPLEMENTATION OF THAT PART OF THE NATIONAL STRATEGIC STD/HIV/AIDS PLAN AIMED AT HIV VERTICAL TRANSMISSION PREVENTION MTCT IN GAZA PROVINCE" FINANCIADOS PELA UNIÃO EUROPEIA, CO-FINANCIADO PELA AGÊNCIA CATALÃ DE COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO.

<sup>21</sup> Trabajo de campo: *Anna Fabregat, Adriano Biza, Maria Ines Palacios, Faruk Aboobakar, Teresa Miret, Aida Parrruque, Dalila Bene, Francisco Lisboa, Gregorio Tabares, Sergio Galan, Paulo Siteo, Zeferino Sauguene, Ana Jiménez, M<sup>a</sup> Cristina Álvarez Degregori, Heitor Mondlane*

<sup>22</sup> MMC colabora com o MISAU desde o ano de 1994 em projectos de apoio ao desenvolvimento sanitário em diferentes regiões do país. Trabalhou na área de emergência pós cheias, na província de Gaza em 2000, na recuperação e fortalecimento do sector saúde tendo como prioridade os distritos localizados na zona centro da Província, o Centro de Formação de Saúde de Chicumbane e as áreas de planificação e manutenção da DPS. A MMC participou ainda activamente do processo de elaboração do PESS da Província de Gaza 2004-2008.

<sup>23</sup> Para cuja condução obteve aprovação do Comité de Bioética do MISAU.

razão que podemos dizer que no caso da gravidez estamos perante um dos processos bio-sócio-culturais mais ricos da história da humanidade.

No início das civilizações, a capacidade exclusiva que as mulheres têm de dar à luz um ser humano foi interpretada como um fenómeno sagrado. Entretanto, devido ao interesse de controlar a filiação, a força de trabalho, o reforço da família, a sobrevivência do grupo, a questão da maternidade tornou-se uma questão também política.

A filiação e os modelos de parentesco, geralmente, atribuem a pertença dos filhos a uma linhagem que pode ser materna ou paterna<sup>24</sup>.

Por exemplo, no sul de Moçambique a filiação é maioritariamente atribuída à linhagem paterna, enquanto que no norte é maioritariamente atribuída à linhagem materna. Essas diferentes formas de filiação definem a linhagem que tem poder sobre a filiação, o que mostra a dimensão política da maternidade.

Dado que sempre existe a certeza de quem é a mãe de determinada criança, não acontecendo o mesmo com o pai, de modo a controlar a “legitimidade” parental de seus filhos a maioria das sociedades construiu formas de controlo da sexualidade, especialmente da mulher, com finalidade de controlar a sua capacidade e ‘legitimidade’ parental da sua descendência.

Em algumas sociedades esse controlo sobre as mulheres limita a sua liberdade, reduzindo muitas vezes o seu papel a meras reprodutoras e cuidadoras de filhos. Esta situação desfavorável à mulher, põe em causa os seus direitos humanos e limita a possibilidade de as mesmas mulheres desenvolverem outras actividades e serem valorizadas por isso.

As relações sociais são diversas e influenciadas por diversos factores que formam a matriz a partir da qual cada sociedade cria seu próprio constructo<sup>25</sup> sobre a maternidade. Por isso, analisar a forma como as diversas sociedades constroem, percebem e vivem a maternidade, ajuda a identificar e a compreender questões básicas para programas de Saúde Pública, tais como a utilização ou não dos serviços de saúde materna disponíveis na rede sanitária, a utilização, recrutamento ou a adesão a outros programas voltados para questões de SSR (PF, PTV, controlo de ITS de entre outros).

Neste contexto cabe realçar que o acesso aos serviços de assistência à maternidade é uma das condições chave para a redução da morbimortalidade materno e perinatal, sendo a utilização desses serviços - medida em termos de cobertura - uma expressão indirecta do acesso, que nos ajuda a perceber se os serviços estão a cumprir os seus objectivos ou não. Um indicador sem dúvida útil porque nos indica o que acontece mas que é insuficiente para explicar porquê ou como acontece.

De acordo com a OMS (2007)<sup>26</sup>, estima-se que no ano 2005 tenham morrido 536.000 mulheres por causas associadas a gravidez, ao parto e ao pós-parto. A maioria dessas mortes poderia ter sido evitada caso essas mulheres tivessem tido acesso a cuidados médicos básicos e de qualidade.

---

<sup>24</sup> Embora algumas vezes a filiação seja indiferenciada ou noutras vezes seja pertença de ambas linhagens.

<sup>26</sup> World Health Organization (2007) *Maternal Mortality in 2005-Estimates developed*. Genève: WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank.

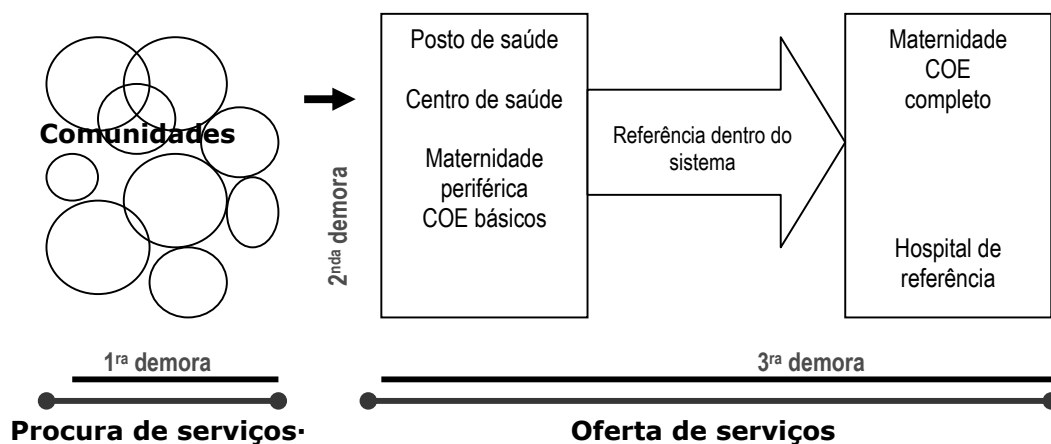
Do total dessas mortes maternas 99% ocorreram em países economicamente mais desfavorecidos, tendo metade delas ocorrido na África Sub-Sahariana, onde o risco de problemas relacionados com a maternidade ao longo da vida das mulheres é de 1/26 comparado com 1/7300 nos países economicamente mais favorecidos.

Segundo o IDH de 2003, a taxa de mortalidade materna em Moçambique é de 480 por cada 100.000 nados vivos, um dado que ilustra o muito que ainda deverá ser feito se o comparamos com o de outros países como a Espanha por exemplo, onde a taxa de mortalidade materna é de 4 por cada 100.000 nados vivos, ou a Irlanda onde é de 1/100.000 nados vivos.

Adicionando a isso, o facto de 40% de todas as gravidezes apresentarem algum tipo de complicação obstétrica e 15% apresentarem complicações que põem em risco a vida da mãe e/ou do bebé, tornam a maternidade, do ponto de vista da Saúde Pública, um “risco” cuja redução é uma prioridade.

Em 1994 Thaddeus e Maine<sup>27</sup> publicaram um estudo no qual se analisa o tempo que decorre entre o início de uma complicação obstétrica e a morte materna. Nesse estudo eles detalharam os factores que contribuem para a mortalidade materna e perinatal dentre os quais: 1) A demora na tomada da decisão de procurar assistência; 2) A demora na chegada aos serviços de saúde e 3) Demora no fornecimento de assistência adequada, já na US.

**Figura 1. As três demoras**



Fonte: Adaptado de Thaddeus & Maine (1994).

Como pode ser visto na Figura 1, a primeira demora acontece na comunidade, a segunda a caminho da US mais próxima, e a terceira demora ocorre em qualquer um dos passos que deveriam ocorrer dentro do sistema de saúde, visando atender adequadamente a mulher após a sua chegada à primeira US.

Ainda com base na Figura 1, podemos identificar as demoras que resultam por causa de dificuldades no processo de procura de serviços e aquelas que surgem por causa das dificuldades em oferecer serviços

<sup>27</sup> Thaddeus, S. & M. Deborah (1994) Too far to walk: maternal mortality in context, *Social Science and Medicine*, 38 (8): 1091-1110.

de boa qualidade em tempo útil, nomeadamente a disponibilidade, a distribuição e o perfil dos cuidados obstétricos desse serviço.

Esta análise mostra como a qualidade dos serviços prestados pode influenciar a sua procura. A utilização dos serviços de saúde irá depender da forma como a procura e a oferta dos referidos serviços interagem entre si. Considerando que a utilização ou não dos serviços de saúde depende da decisão do utente em procurar os serviços, torna-se importante compreender a interacção entre questões de procura e de oferta de serviços.

Uma das primeiras condições para que as pessoas procurem e usem determinados serviços de saúde oferecidos em determinada US é saberem da sua existência. Elas devem também compreender a sua importância, de modo a perceber e acreditar na necessidade e vantagens desses serviços, saber se podem e conseguem chegar a eles, se serão bem ou mal atendidos e ainda, se neles o seu problema poderá ser ou não resolvido.

Por esta razão, quando se trata de analisar os motivos de baixas coberturas de PI<sup>28</sup>, torna-se necessário compreender os factores que condicionam a oferta de serviços, factores que condicionam a procura de serviços, bem como a forma como os factores da oferta e da procura interagem entre si.

No caso deste estudo foi utilizada uma abordagem qualitativa, tendo sido cobertas 41 US<sup>29</sup> e 11 aldeias, amostra seleccionada entre as 124 aldeias, tendo sido entrevistado pessoal de saúde, utentes (nas salas de espera das US, nas casas de mãe espera, utentes hospitalizadas por complicação obstétrica e acompanhantes), bem como pessoas a nível comunitário (população em geral, líderes comunitários, sogras, parteiras tradicionais, matronas, terapeutas tradicionais e líderes religiosos).

Para a realização deste estudo foram usadas entrevistas individuais, semi-estruturadas em profundidade com apoio de guiões de entrevistas. Foram ainda realizados grupos focais e realizada observação directa. Todas as entrevistas e discussões foram gravadas e depois transcritas. Os dados foram analisados e foram comparados os indicadores de saúde e de oferta de serviços.

Foi mapeada a proveniência das utentes, com base nos registos disponíveis nas US (tanto na consulta geral como na de partos). O mapeamento foi feito com recurso ao SIG (Sistema de Informação Geográfica) e permitiu obter a distribuição física dos serviços por perfil e infra-estrutura, bem como a distribuição da população com referência aos serviços de saúde, incluindo a utilização dos mesmos. A utilização dos serviços foi comparada com a distância e outras variáveis significativas para o acesso, como estradas e rios ou meios de transporte, só para mencionar algumas.

A pesquisa foi realizada por uma equipa multidisciplinar composta por antropólogos, médicos e um geógrafo que trabalharam em conjunto para procurar explicações sobre:

- Razões da percentagem elevada de mulheres que não recebem assistência adequada durante o parto nas US disponíveis para tal fim;
- Razões que levam as potenciais utentes do serviço a tomarem ou não a decisão de se dirigirem à US para receber assistência prestada por pessoal qualificado.

---

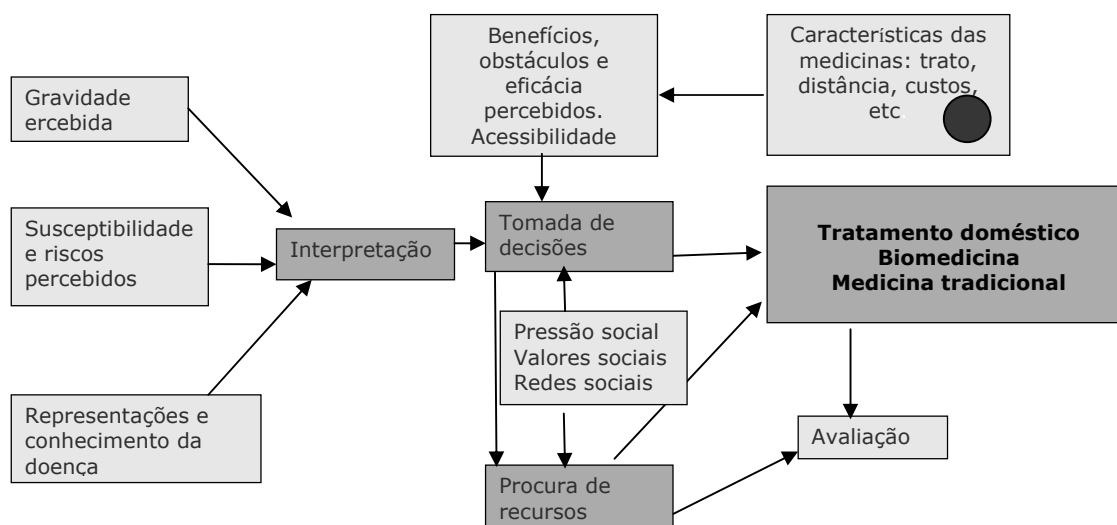
<sup>28</sup> A taxa de cobertura de PI é um indicador da utilização dos serviços de saúde, e segundo esses indicadores alguns dos distritos da província de Gaza tinham taxas inferiores a 35% (No início do estudo em 2005).

<sup>29</sup> Num total de 41 unidades localizadas nos Distritos de Chókhwè, Massingir, Mabalane e Guijá (DPS de Gaza).

As respostas às perguntas colocadas permitiram adequar os materiais de IEC à realidade da província de Gaza. Adicionalmente, essas respostas permitiram compreender dados importantes para a formulação de uma análise e avaliação dos programas destinados à redução da morbimortalidade materna e perinatal.

Uma das preocupações apresentadas a respeito do exercício profissional, durante as entrevistas com pessoal de saúde, foi a falta de cumprimento das recomendações dadas aos utentes dos serviços de saúde. O estudo visava ainda melhorar a compreensão do pessoal de saúde sobre as condutas da população relativas à saúde e as múltiplas razões pelas quais ela se dirige ou não aos serviços de saúde, incluindo as dimensões sócio-culturais e económicas – tão importantes em Saúde Pública – de modo a facilitar a empatia entre o profissional de saúde e os utentes, o que contribui para criar uma oferta de cuidados de saúde “amigável”.

A possibilidade de utilização ou não dos serviços de saúde, quer no caso de CPN quer no de CPP, a possibilidade ou não de dirigir-se à maternidade de referência para ter o parto ou em caso de uma complicação obstétrica, resulta de um processo de tomada de decisões que depende dos valores que as pessoas atribuem ao estado de gravidez, aos serviços onde se dirigem, às pessoas que influenciam o que fazer ou onde buscar cuidados, aos recursos que as pessoas têm, bem como às condições das vias de acesso e transporte, como ilustra a Figura 2.



Fonte: Muela Ribera (2007)<sup>30</sup>.

● posição Sistema de Saúde

A interpretação do problema de saúde dependerá dos *modelos explicativos* que os utentes e comunidades tenham sobre o mesmo problema (Ver pp. 12-15 e 27-28). Assim a interpretação de situações de risco dependerá do que as pessoas percebem e sabem sobre esses riscos.

<sup>30</sup> Ribera, J. M. (2007) Pluralismo médico em África In *Mulher, SIDA e o Acesso à Saúde na África Sub-Sahariana, sob a perspectiva das Ciências Sociais*. MEDICUS MUNDI CATALUNYA. [www.sidafrica.net](http://www.sidafrica.net). Data de acesso: 12-4-2008



Em Gaza, área de estudo do Projecto, entre a população Changane o parto obstruído é apresentado como resultado de factores espirituais, enquanto que a hemorragia é considerada um problema relacionado com questões da natureza. Assim no caso do parto obstruído é mais provável que as pessoas procurem primeiro um *Nyamussoro*, enquanto que no caso de hemorragia é provável que procurem primeiro a US mais próxima.

A compreensão da maneira pela qual determinada sociedade interpreta a fisiologia reprodutiva, assim como os ritos e as práticas que acompanham estes conhecimentos, ajuda a entender soluções adoptadas para os problemas associados nas diferentes etapas do ciclo reprodutivo. Os entrevistados no estudo, por exemplo, identificaram oito ‘tipos’ de esterilidade, dos quais só um tipo é que era apresentado como tendo tratamento na US. Os restantes eram atribuídos a causas espirituais<sup>31</sup> cuja solução exigia a utilização de recursos ‘tradicionais’.

Neste contexto cultural a esterilidade constitui um problema social e familiar mas é sobretudo um problema pessoal para as mulheres que passam a ser identificadas como não estando a cumprir o seu papel de procriadoras, que lhes daria o reconhecimento social pela sua capacidade de ter filhos. Ao sofrerem pressões, essas mulheres ficam mais vulneráveis e passam a enfrentar barreiras para aceder aos programas de saúde, como o PF, ou para cumprir recomendações médicas, como as do PTV.

Durante o estudo, os entrevistados identificaram as seguintes causas<sup>32</sup> ou mecanismos de transmissão de doenças ou problemas que afectam a saúde e que são relacionados com o ciclo reprodutivo:

- ITSs (apenas referentes aos homens mas relacionadas com as mulheres consideradas “transmissoras ou vectores” das mesmas). Estas são apresentadas como sendo tratadas tradicionalmente ou na US;
- Doenças por *poluição*, percebidas como resultantes de ter havido contaminação de elementos, coisas ou pessoas por terem estado em contacto ou em relação com a morte, por terem estado em contacto com sangue menstrual ou do parto ou ainda com produtos do aborto e ainda por terem estado em contacto com pessoa submetida ou que tenha sofrido um aborto durante o tempo de isolamento ou antes de ter feito os ritos de purificação necessários. Estas são apresentadas como sendo tratadas tradicionalmente;
- Doenças naturais, apresentadas como aquelas que geralmente não têm uma explicação sobre a sua causa. Este tipo de doenças ou problemas podem ser tratados tradicionalmente ou na US;
- Doenças de Deus trazidas pelo vento, que geralmente incluem doenças contagiosas de infância, tais como sarampo, varicela e coqueluche. Estas doenças têm uma taxa de ataque elevada e são reconhecidas como tornando imunes as pessoas que as sofreram. São apresentadas como tendo paliativos tradicionais e
- Doenças atribuídas a espíritos, que são tratadas tradicionalmente.

Essas formas de classificar as doenças mostram que as pessoas criam formas de explicar e ordenar as doenças e outros problemas de saúde que acontecem com elas próprias e com as outras pessoas do seu grupo. Assim, qualquer explicação diferente sobre uma doença ou problema de saúde para o qual as pessoas já tinham outra explicação anterior encontrará dificuldades de ser aceite de imediato.

---

<sup>31</sup> Algumas foram atribuídas a dívidas de *lobolo* e aos espíritos dos antepassados insatisfeitos, outras atribuídas a dívidas não saldadas de trocas em negócios com espíritos e outras ainda ao feitiço.

<sup>32</sup> Foi solicitado aos participantes do estudo para que indicassem doenças próprias de mulheres. Com base nas respostas foi feita uma lista de doenças.

Adicionalmente, quando as pessoas recebem informação sobre uma doença desconhecida, a primeira coisa que irão fazer é tentar encaixar a nova doença em alguma explicação que eles já tinham para outra doença ou problema de saúde, e se existir algo similar o tratamento seguido será o mesmo usado para as doenças ou problemas que já conheciam. Esta situação coloca sérias implicações nos processos de escolha da conduta a adoptar.

Compreender essas situações é bastante importante para elaborar programas de IEC ou avaliar programas de saúde, porque permite negociar a melhoria do que a comunidade vem fazendo. Uma negociação que, realizada com o devido respeito, tem maiores possibilidades de ter sucesso e levar pessoas e comunidades a mudar conhecimentos, atitudes e comportamentos de forma mais eficaz, comparativamente à atribuição de juízos de valor sobre as práticas das comunidades que sejam prejudiciais à saúde.

Em Moçambique, e não só, para além das US a população conta com vários provedores de serviços, tais como ervanários, mediadores espirituais, curandeiros, só para mencionar alguns. Nas onze aldeias onde o estudo foi realizado foram identificados um total de 49 terapeutas tradicionais e numerosos praticantes da igreja Zione que além das questões religiosas realizam rituais de cura. Estes terapeutas, para além de estarem mais próximos da população em termos geográficos, encontram-se também em número maior, comparativamente aos profissionais de saúde disponíveis na rede sanitária.

A interpretação do problema de saúde pelo utente ou comunidade tem um papel importante no comportamento que dita a procura de cuidados de saúde. As pessoas escolhem serviços de saúde de acordo com a interpretação atribuída à doença, mas também de acordo com a expectativa que têm sobre onde será mais eficaz buscar o tratamento ou receber melhor atenção. Algumas vezes as pessoas combinam recursos de provedores diferentes, atendendo à lógica de “dupla causalidade”, como ilustram os exemplos a seguir.

*“Quando eu estou doente tenho que começar pelo curandeiro e depois é que vou ao hospital”  
[Chinhacanine, Grupo focal (GF) com homens adultos]*

*“Essa doença não pede hospital, pede curandeiro”*

*“No hospital não curam problemas tradicionais, mas é bom ir ao hospital também”.  
(Chalucwane, GF. Mulheres jovens)*

Para além dos factores que foram apresentados existem outros factores que contribuem para o processo de procura e no acesso atempado aos serviços de saúde, especialmente quando tratamos de complicações obstétricas. Um destes factores é a proximidade física.

No entanto, analisadas as consultas espontâneas nos registos das US de referência por parte da população por aldeia<sup>33</sup>, os dados mostram que nem sempre a distância constitui um factor decisivo no acesso aos serviços de saúde. Tal é o caso de aldeias com uma média elevada de consultas por habitante/ano apesar de estarem localizadas longe de US, comparativamente a outras aldeias que estando próximas da US têm menos consultas. Analisados os dados com detalhe foi possível notar que,

---

<sup>33</sup> Número de consultas por habitante/ano.

apesar de estarem longe, essas aldeias estavam localizadas próximo de estradas com muito movimento e transporte, o que facilitava a deslocação à US.

Contudo a situação muda em casos de complicações obstétricas ou mesmo no caso de partos normais. A distância e a falta de transporte dificultam o acesso aos serviços de saúde, sobretudo quando a US mais próxima não tem recursos para resolver o problema, como expressa o testemunho a seguir:

*.....quando começaram as dores eu não tinha dinheiro, pedi emprestado 400,00 MT à irmã da mãe dela. Consegui os quatrocentos contos fui meter combustível no carro do Sr. Sum..., depois de pôr o combustível o dono do carro exigiu dinheiro para óleo de motor e como eu não tinha, ele recusou-se a levá-la ao hospital. No dia seguinte consegui outro dinheiro (700,00 MT) que me foi emprestado pela irmã dela, dinheiro que serviu para pôr combustível noutra carro, do Sr. Maca..., porque aquele primeiro já não queria assumir com as responsabilidades de levá-la ao hospital. Foi-me emprestado mais 1000,00 MT pela irmã dela, também para ajudar nas despesas. Antes tinha pedido emprestado à prima dela, mas não tinha dinheiro. Só procurei familiares dela porque os meus estão fora, lá em Inhambane e outros no Maputo... Quando saímos de casa fomos para o hospital de Mpelane, demorou cerca de uma hora, transportamo-la num carrinho de mão. Lá no hospital de Mpelane aplicaram-lhe soro, e ficamos até o dia seguinte, muito cedo partimos para aqui (HRC) e chegamos antes das 12 horas, era eu, ela, a prima dela e o meu filho, pagamos o carro do Sr. Macon... 250,00 MT. Quando chegamos fomos atendidos por uma enfermeira e, ela foi submetida a análises, operaram e tiraram o bebé, mas já morto. Levei-o de chapa e fui enterrar com familiares em casa... <sup>34</sup>*

Este testemunho mostra uma série de factores presentes na Figura 1 sobre as três demoras. Na entrevista apresentada a dívida contraída foi de 1350,00 MT só para transportar a parturiente até à US de referência, numa situação onde todos os entrevistados mencionaram o problema da falta de dinheiro efectivo<sup>35</sup>. Tendo em conta que ao longo do ano as famílias têm vários problemas de saúde, elas vão acumulando dívidas na tentativa de resolver esses problemas, o que aumenta a sua vulnerabilidade<sup>36</sup> (ver Muela<sup>37</sup>) e diminui a possibilidade das comunidades ou os indivíduos resistirem ou de recuperarem as suas condições de vida depois de serem atingidos por uma crise ou uma doença importante.

A parturiente e a família decidiram ir ao hospital rapidamente, mas a demora surgiu no momento de levar a parturiente para a US mais próxima, problemas com transporte fizeram com que ela demorasse a chegar a essa US. Depois de terem chegado à US mais próxima tiveram outra demora, antes da parturiente ser transferida para a US de referência e, apesar de estarem dentro do sistema de saúde, tiveram que arranjar por si transporte para chegar ao HRC. Uma situação que pode ter ocorrido por indisponibilidade da ambulância ou dificuldades de comunicação com a sede do distrito.

<sup>34</sup> Testemunho do marido de uma utente internada no Hospital Rural de Chókwe (HCR).

<sup>35</sup> As pessoas muitas vezes possuem cabritos ou outros bens que podem vender para obter dinheiro, mas a escassez de dinheiro “vivo” torna a sua venda demorada.

<sup>36</sup> A vulnerabilidade é a incapacidade de resistência face a um fenómeno que ameaça os indivíduos ou comunidades.

<sup>37</sup> Ribera, J. M. (2007) Pluralismo médico em África. In Mulher, SIDA e o Acesso à Saúde na África Sub-Sahariana, sob a perspectiva das Ciências Sociais. MEDICUS MUNDI CATALUNYA. [www.sidafrica.net](http://www.sidafrica.net). Data de acesso: 12-4-2008

Assim, e apesar da família ter decidido de imediato levar a parturiente à US, ela acabou levando 48h para percorrer cerca de 120 km até receber tratamento definitivo. As barreiras económicas e geográficas que esta família enfrentou culminaram com uma morte fetal e com uma experiência pessoal que será partilhada, positiva ou negativamente, com outros membros da família e da comunidade.

Mesmo nos casos de ter sido reconhecida a necessidade de ir à maternidade existem questões que contribuem para a efectivação dessa decisão, dentre elas a percepção da gravidade e urgência da situação, a hora na qual a situação ocorre, saber se a US mais próxima está aberta, se será atendida, a distância entre a casa e a US, transitabilidade das vias de acesso, existência de meios de transporte, capacidade de pagar o transporte e outros custos, seja com fundos próprios ou emprestados, bem como as experiências anteriores da comunidade sobre o tratamento e respectiva eficácia na US.

A capacidade de tomada de decisões por parte das mulheres tem sido considerada como um dos indicadores de progresso para programas como o de educação para a saúde, sem ter em conta outros actores chave cujo papel é, às vezes, decisivo.

Nas zonas abrangidas pelo estudo a hierarquia por idade é um factor importante. Adicionalmente, e uma vez que os filhos são atribuídos à família paterna, o casal fixa residência geralmente no quintal da família do marido. O marido e a sogra são as pessoas que gerem os recursos, sendo a capacidade de decisão da jovem mulher casada bastante limitada.

Assim, em caso de emergência obstétrica, a decisão é em primeiro lugar tomada pelo marido ou pela sogra. Na sua ausência é tomada pela irmã mais velha do marido, pela mulher do irmão mais velho, ou ainda pela primeira esposa. Neste contexto a sensibilização para a redução da morbimortalidade materno e perinatal, para além das mulheres jovens, deve incluir parentes influentes (homens e mulheres), bem como lideranças comunitárias que dalgum modo podem apoiar ou dificultar a vontade dessa jovem mulher. Como mostra um exemplo de cooperação que ocorre no caso da mulher ter que ficar na casa de mãe espera:

*P: Quanto tempo ficou na casa de mãe espera?*

*R: Fiquei dois meses à espera de nascer.*

*P: Esses dois meses quem dava de comer?*

*R: O marido e a sogra.*

*P: Como faziam?*

*R: A irmã do marido moía o milho, o marido pedia emprestado a bicicleta para vir deixar comida.*

*P: Que horas chegava?*

*R: Saía de casa às 7 horas e chegava às 10 horas todos os dias.*

Noutros casos nos quais as mulheres ficam internadas em US muito distantes da sua residência por períodos longos, levam consigo uma acompanhante que terá de gastar uma soma considerável de dinheiro, como o caso que apresentamos a seguir e que foi captado no HRC:

*P: Quem fica com ela fazendo companhia?*

*R: É a sogra.*

*P: Onde dorme e come o quê?*

*R: Durmo aí fora com mulheres grávidas, a comida que como compro.*

*P: Onde arranja dinheiro?*

*R: Trouxe de casa, do dinheiro que manda o meu marido de Africa de Sul.*

*P: Quanto dinheiro trouxe para esses todos os dias que está aqui?*

*R: Levei dois mil.*

*P: Como vão voltar para casa?*

*R: Ainda não sei quando voltamos porque ainda tenho um pouco de dinheiro, mas todos os dias gasto dinheiro para comprar comida e o dinheiro vai acabando.*

---

Em territórios extensos com uma baixa densidade populacional e grandes distâncias a separar as aldeias das US, bem como as US entre si como acontece em alguns distritos da província de Gaza, o sistema de saúde deve contemplar a acompanhante do utente, que desempenha um papel muito importante na prestação de alguns cuidados assim como no apoio emocional à parturiente.

Os factores que condicionam o acesso aos serviços de saúde materno infantil variam de acordo com situações concretas. Assim sendo, os factores apresentados nos exemplos do Manual podem ser diferentes de situações que acontecem em outros lugares.

Perguntar porque o utente veio à US; como veio; quais as dificuldades que encontrou; como as resolveu; quem apoiou; mas também explorar o porquê de algumas mulheres não virem à US, são algumas questões que podem ajudar o provedor do serviço a compreender cada vez melhor a situação dos utentes e respectivos familiares. O mais importante é que os profissionais consigam compreender as razões dos utentes e seus familiares, e em função disso definir quais os ajustes que precisam de ser feitos nos serviços prestados, de modo a contribuir para uma maternidade segura, reduzindo a morbimortalidade materno e perinatal.

As análises feitas para “maternidade segura” servem para PTV, uma vez que este se apoia no primeiro. Se as mulheres grávidas não se dirigem à CPN não saberão se estão ou não infectadas, a não ser que se dirijam a uma ATS<sup>38</sup>. Não sabendo o seu estado não terão oportunidade de acesso ao PTV caso sejam seropositivas.

O modelo apresentado na Figura 1 é útil ainda para analisar problemas de recrutamento e adesão das mulheres ao Programa PTV. Na questão da oferta do PTV é preciso lembrar que, apesar de ser uma pessoa a participar do programa, as suas decisões dependem de um complexo processo de negociações que envolve outros familiares além do próprio parceiro.

A nível dos serviços é preciso analisar os factores que influenciam a tomada de decisões das utentes. Assim para além da existência do serviço de PTV, da sua boa qualidade técnica, também é necessário considerar as seguintes questões:

- A capacidade pedagógica do pessoal de saúde para explicar o PTV;
- A existência de materiais educativos e informativos claros, fáceis de utilizar, simples e acessíveis aos utentes;

---

<sup>38</sup> Entretanto os dados indicam que na maior parte das mulheres é detectado o HIV nas CPN e não nas ATS, antes GATV.

- Se o pessoal de saúde comunica-se na língua predominante na região da população que utiliza a US, considerando que geralmente nas zonas rurais a população, as mulheres em particular, não dominam o português;
- A existência de capacidade para garantir confidencialidade do resultado do diagnóstico;
- Eficácia na colheita de amostras para o laboratório e na entrega dos resultados;
- A existência de capacidade e empatia do pessoal de saúde para explicar a necessidade do teste; de como é feito; para informar o resultado sobretudo nos casos que seja positivo; para explicar as opções e possibilidades e para dar apoio e inspirar confiança à utente;
- Minimizar o tempo de espera para as consultas e assegurar a disponibilidade de medicamentos sem ruptura de *stock*.

A família desempenha um papel bastante importante desde o recrutamento até à continuidade no programa. Assim, as estratégias devem considerar a necessidade de envolver pessoas influentes da família da mulher de modo a facilitarem e apoiarem o recrutamento e a continuidade no PTV.

Um dos problemas que a sociedade enfrenta com o HIV e o SIDA é o estigma, mas pouco é sabido sobre o porquê das pessoas serem estigmatizadas. Em alguns países, como o Haiti, a melhoria no acesso aos medicamentos bem como na qualidade de vida dos utentes reduziram muito o estigma (Castro & Farmer, 2005)<sup>39</sup>. Mas em Moçambique o estigma constitui uma das maiores barreiras que bloqueia o acesso aos medicamentos, mesmo quando estes estão disponíveis.

Quanto mais compreendermos porque as pessoas optam pelo silêncio, em melhores condições estaremos para iniciar um diálogo com todas as partes relevantes (pessoal de saúde, utentes do serviço, familiares e comunidades) para que consigamos reduzir esta barreira. E com base nessas experiências encontrar estratégias para facilitar a comunicação, a solidariedade e o apoio mútuo entre os casais, na família e na sociedade.

A mensagem que apresenta as mulheres como as mais infectadas pelo HIV, apesar de correcta, ganha novos significados<sup>40</sup> e as comunidades podem culpabilizar as mulheres pela transmissão do vírus. Desta maneira as mulheres, sobretudo as que estão infectadas ou doentes, acabam sendo estigmatizadas. Uma situação que aumenta a necessidade de manter o silêncio sobre o seu *serostatus* e diminui o acesso a opções de prevenção e tratamento, como expressa Sontag. (1978, citada por Castro & Farmer)

*A doença torna-se punitiva quando lhe é atribuído um significado, sobretudo quando esse significado é moralista. Qualquer doença importante cuja causa se torne obscura e o tratamento ineficaz tende a inundar-se de significados.*

Por esta razão entendemos que quando as mensagens não sejam sensíveis à realidade cultural podem gerar resultados contrários aos pretendidos, fazendo com que os homens se afastem das estratégias de prevenção e controlo do HIV e do SIDA ao mesmo tempo que reforça a culpabilização das mulheres.

Uma das consequências práticas é que alguns homens ao culpabilizarem as mulheres, não assumem a responsabilidade de prevenção da infecção pelo HIV. Outra consequência ainda, torna-se evidente na

<sup>39</sup> Castro, A & P. Farmer. (2005) El estigma del sida y su evolución social: Una visión desde Haití, *Revista de Antropología Social*, (14):127-146.

<sup>40</sup> Dar-lhe sentido e valores adaptados à interpretação feitos a partir dos conhecimentos e percepções sociais, dos quais pode resultar um significado diferente do original.

dificuldade que as mulheres têm para comunicar aos maridos ou parceiros o resultado de um diagnóstico positivo, uma situação que dificulta o recrutamento e a adesão ao PTV, em todas as US onde o programa está sendo implementado, como mostra o testemunho que se segue:

*Essa doença é difícil de falar para outras pessoas porque **vem de uma maneira que mete medo de falar**, que é através da prática de relações sexuais sem camisinha. Se a pessoa disser a alguém que tem HIV/SIDA **podem pensar que andou a praticar sexo com muitas pessoas**. Por essa razão principalmente a mulher prefere ficar calada e só depois de descobrirem no homem é que ela fala. Mas quando se descobre no casal a melhor coisa é o casal fazer o tratamento. Para acabar com que as mulheres tenham medo de dizer aos esposos é difícil porque a **“nós, mulheres, não foi dada a sorte de falar à vontade qualquer coisa, ou problema”** (grupo focal mulheres idosas).*

---

Para ultrapassar a dificuldade em falar abertamente das barreiras e dos dilemas que as mulheres, e não só, enfrentam perante um resultado positivo durante a gravidez, foi produzido um filme cujo título é: “Silêncio da Mulher”, e que tem como objectivo estimular o debate e a reflexão comunitária<sup>41</sup>.

O facto do filme retratar experiências, sentimentos, receios e opiniões relativas a comunidades e suas experiências concretas, permitiu que as pessoas falassem com mais franqueza, liberdade e apresentassem as suas experiências pessoais com exemplos para os debates, uma situação que facilitou uma reflexão colectiva<sup>42</sup> bem como reflexões a nível individual<sup>43</sup>.

Durante um dos debates, realizados depois da projecção do filme, foram levantadas questões que revelam medos e constrangimentos relacionados com vários dos temas anteriormente apresentados ao longo deste manual, como ilustra o seguinte depoimento:

*Para se saber que alguém tem HIV a pessoa não tem medo da doença, tem medo que duas ou três pessoas saibam e **espalham a notícia** e daí essa pessoa pode ser **desprezada e marginalizada** na zona onde vive. Na nossa região não há segredo sobre nossas vidas mesmo da parte do hospital a informação escapa através da enfermeira porque ela pode dizer a uma enfermeira da sua confiança e essa por sua vez falar com uma outra da confiança dela, propagando-se assim a referida informação. É disso que as pessoas têm medo, as pessoas não têm medo da doença porque já consideram essa doença como outras que não têm cura, posso dar exemplo de cancro e outras. Muita gente **costuma meter na mente que esta doença se apanha através de relações sexuais** e acabam pensando que se outras pessoas souberem que tem essa doença podem pensar que apanhou através de relações sexuais com pessoas diferentes (grupo focal com mulheres idosas).*

---

<sup>41</sup> Uma experiência apreendida da República da África do Sul na qual são usados filmes para iniciar debate e encontrar soluções junto das comunidades. Levine, S. (2007) Os Média como meios de Intervenção Médica: O HIV/SIDA e a Luta pelos Cuidados de Saúde Reprodutiva da Mulher na África do Sul, in *SIDA e o Acesso à Saúde na África Subsaariana, sob a perspectiva das Ciências Sociais*. Medicus Mundi Catalunya ([www.sidafrica.net](http://www.sidafrica.net)). Data de acesso: 12. 04. 2008

<sup>42</sup> Gerada em debates nos Grupos de Discussão Focal após a projecção do filme.

<sup>43</sup> Reflectida nas entrevistas em profundidade realizadas com alguns espectadores do filme, no dia a seguir à projecção.

O controlo familiar e social sobre a vida reprodutiva das mulheres é alargado à fase de aleitamento materno do bebé durante o primeiro período da infância. O aleitamento materno exclusivo e o desmame radical aos seis meses de idade, tal como é actualmente recomendado em Moçambique e em outros países africanos, para as mães HIV positivas, traz alguns desafios para a sua implementação.

À semelhança da maternidade, o aleitamento materno pode ter diversos significados, que podem variar com as culturas e com as sociedades. Esta situação torna a questão da prevenção da transmissão do HIV por via do aleitamento numa situação complexa por ter de combinar medidas que diminuem o risco de infecção com práticas sócio-culturais enraizadas.

Em Moçambique a proposta de aleitamento materno exclusivo durante seis meses, para parte considerável da população, vai contra o hábito<sup>44</sup> de administração do *remédio da lua* ou *panelinha*, geralmente preparado, trazido ou administrado pela avó paterna ou materna. Entretanto, algumas pessoas entrevistadas durante o estudo mostraram-se dispostas a aceitar o adiamento da toma do *remédio da lua* ou da *panelinha* e a poder iniciá-la depois do sexto mês.

Para essas pessoas a administração do “xarope” ao bebé, como indicado no programa PTV, poderia ser aceite como substituto do *remédio da lua* ou da *panelinha*. Esta situação ilustra como por meio de uma negociação pode ser possível promover mudanças de comportamentos a nível das comunidades, como referiu um dos participantes de um dos GF:

*Na nossa tradição foi sempre assim, bastava nascer a criança tinha que se dar remédio de panelinha mas agora com a mudança do tempo, com a evolução, se for possível mudar remédio tradicional com xarope a gente pode mudar mas na nossa tradição foi sempre assim (grupo focal líderes comunitários Guijá).*

Entretanto, alguns dos participantes questionavam o facto de por um lado estar a ser proposto o atraso da toma do *remédio da panelinha* ou da *lua*, em nome da exclusividade do aleitamento e por outro, ao mesmo tempo é recomendada a toma de xarope que não respeita a exclusividade de aleitamento.

*Esse remédio de panelinha não se dava a uma criança por saber que está doente, dava-se por prevenção, é como o xarope que dão a uma criança de mãe seropositiva; não se dá por saber que está doente, dá-se por prevenção (grupo focal com líderes comunitários. Guijá).*

---

Quanto à proposta de desmame precoce radical, os entrevistados mostravam menos ou quase nenhuma disponibilidade para aderir à mesma. Os entrevistados explicaram não terem condições para introduzir alimentos leves que permitam a transição gradual do aleitamento materno para alimentos sólidos.

*O leite cria a criança até todos os meses que nós quisermos mas fica difícil para nós por causa das condições, vamos deixar de amamentar para dar o quê? Não temos condições de comprar comidas leves que possam fazer crescer a criança.*

*Para desmamentar um filho é muito difícil porque mesmo quando a Mãe não está ou está doente não é fácil desmamentar a criança mas isso tudo obrigam-nos a fazer, aceitamos*

---

<sup>44</sup> Essa prática vem sendo praticada e transmitida entre várias gerações.



*desmamentar mas para salvar o nosso filho, podemos sofrer mas sabendo que vai sobreviver. Se houvesse um apoio para financiar um pouco de comida seria bom.*

---

A partir do estudo etnográfico realizado, foi constatado que o desmame radical na zona sul do país é uma realidade. De um dia para outro o bebé é enviado para a casa dos avós, coloca-se piri-piri sobre o mamilo ou uma fita adesiva para que a criança desista de querer ser amamentada. Mas esse desmame radical é feito quando o bebé tem pelo menos um ano de idade<sup>45</sup> e já vinha comendo alimentos complementares ao leite materno há muito tempo, evitando uma crise alimentar para a criança.

Assim, enquanto que o desmame que ocorre quando o bebé sobreviveu a uma das fases mais críticas do seu ciclo de vida, o desmame radical aos seis meses oferece sérios riscos para a sobrevivência das crianças. Nessas situações o mais provável é que as avós impeçam esse desmame radical aos seis meses, depois de uma amamentação exclusiva.

A situação torna-se particularmente grave no caso da mãe não ter revelado ao seu parceiro, sogra e mãe, que é seropositiva, porque será muito mais difícil obter apoio para seguir as recomendações e compreensão da família bem como da comunidade.<sup>46</sup>

Uma das formas de minimizar esse problema requer que as mães recebam uma explicação bem clara e simples<sup>47</sup> sobre o porquê da amamentação exclusiva e do desmame radical e que lhes sejam apresentadas soluções concretas para garantir uma transição suave entre a amamentação exclusiva e a introdução de alimentos sólidos.

O acesso aos serviços de saúde e a sua utilização correcta dependem de vários factores que actuam de forma combinada. Entre esses factores constam os *modelos explicativos* sobre problemas de saúde, questões económicas, pessoas que influenciam as decisões sobre saúde nas famílias e comunidades e também o conhecimento da existência da unidade sanitária, a disponibilidade e a qualidade dos serviços prestados, a confiança que as comunidades neles depositam, e ainda do estado das vias de acesso e da existência e acessibilidade de transporte.

Com base nas premissas antropológicas apresentadas ao longo deste manual o pessoal de saúde passa a ter um instrumento útil para compreender problemas que dificultam o acesso e utilização dos serviços e também passa a estar informada sobre as oportunidades que existem para melhorar os serviços prestados e o seu acesso aos utentes.

Este instrumento complementa a visão clínica e contribui para ajustar os serviços de saúde às necessidades e particularidades das comunidades e utentes. Um enfoque que contribui para encontrar respostas, alternativas, propostas e estratégias, sensíveis à perspectiva dos utentes e que facilitem o encontro efectivo entre a oferta de serviços e as necessidades dos utentes.

---

<sup>45</sup> Fase na qual já foi ultrapassada uma das fases que os indicadores mostram ser onde ocorrem mais mortes entre as crianças.

<sup>46</sup> Informações obtidas a partir das entrevistas e conversas a nível das comunidades.

<sup>47</sup> Um "modelo explicativo" evidentemente muito mais simples que o complexo modelo biomédico (especialmente neste casos).

## Bibliografia

Castro, A & P. Farmer. (2005) El estigma del sida y su evolución social: Una visión desde Haití, *Revista de Antropología Social*, (14):127-146.

Levine, S. (2007) Os *Media* como meios de Intervenção Médica: O HIV/SIDA e a Luta pelos Cuidados de Saúde Reprodutiva da Mulher na África do Sul, in *SIDA e o Acesso à Saúde na África Subsaariana, sob a perspectiva das Ciências Sociais*. Medicus Mundi Catalunya ([www.sidafrica.net](http://www.sidafrica.net)). Data de acesso: 12. 04. 2008.

Ribera, J. M. (2007) Pluralismo médico em África In *Mulher, SIDA e o Acesso à Saúde na África Sub-Sahariana, sob a perspectiva das Ciências Sociais*. MEDICUS MUNDI CATALUNYA. [www.sidafrica.net](http://www.sidafrica.net). Data de acesso: 12-4-2008.

Thaddeus, S. & M. Deborah (1994) Too far to walk: maternal mortality in context, *Social Science and Medicine*, 38 (8): 1091-1110.

World Health Organization (2007) *Maternal Mortality in 2005-Estimates developed*. Genève: WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank.