



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA
CURSO DE LICENCIATURA EM ANTROPOLOGIA

Experiências de pacientes com tuberculose no tratamento hospitalar durante a pandemia
de Covid-19: um estudo no Centro de Saúde 1º de Maio, Maputo

Candidata: Ana Paula Sumbane

Supervisor: Adriano Mateus Biza

Maputo, Outubro de 2025

Experiências de pacientes com tuberculose no tratamento hospitalar durante a pandemia
de Covid-19: um estudo no Centro de Saúde 1º de Maio, Maputo

Candidata

(Ana Paula Sumbane)

Trabalho de Culminação de Estudos do Curso de Antropologia da Faculdade de Letras e
Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane

Supervisora

Presidente

Oponente

Maputo, Outubro de 2025

Declaração de originalidade

Declaro que este documento de pesquisa é original e foi produzido através da minha própria pesquisa. Todas as fontes utilizadas na elaboração da pesquisa foram devidamente citadas ao longo do texto e na bibliografia. Este relatório não foi submetido a qualquer outra instituição e não foi utilizado para a obtenção de qualquer outro grau académico.

Assinatura

(Ana Paula Sumbane)

Maputo, Outubro de 2025

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, que sempre foram meu maior exemplo de amor, força e determinação. Mesmo não estando mais fisicamente comigo, suas lições e valores continuam a me guiar em cada passo da minha jornada. Este trabalho é uma homenagem à sua memória e ao legado que deixaram em meu coração.

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus, por ser minha luz e guia em todos os momentos. Sua presença constante me deu força e coragem para enfrentar os desafios que surgiram ao longo desta jornada. Sou imensamente grata ao meu supervisor, Adriano Biza, cuja orientação e apoio incondicional foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho, sua dedicação ao ensino e à formação de seus alunos é verdadeiramente inspiradora.

Aos meus pais, Daniel Sumbane e Carolina Chauque, que sempre acreditaram em mim e me ensinaram o valor da perseverança, mesmo não estando mais fisicamente comigo, suas lições e amor permanecem vivos em meu coração, me motivando a seguir em frente com determinação. À minha irmã, Inocência Sumbane, que sempre foi uma companheira incondicional em todos os momentos da minha vida, sua força e apoio significam o mundo para mim, e sou eternamente grata por tê-la ao meu lado. A minha melhor amiga, Roquia Hassane, merece um agradecimento especial por estar presente em cada passo desta jornada. Sua amizade é um presente precioso que valorizo imensamente e que tornou essa experiência muito mais rica. Ao meu parceiro de longas jornadas, Laércio Muhai, agradeço pela parceria nas dificuldades e pelas alegrias compartilhadas. Sua presença fez toda a diferença em minha trajetória acadêmica.

A turma de 2019 foi um pilar importante nesta caminhada. Agradeço a cada um de vocês pelo companheirismo e pelas memórias que construímos juntos. Um agradecimento especial a Cristina Luchato, Maria Cuamba e Fidelia Manhiça, que tornaram essa experiência ainda mais especial com suas amizades sinceras.

Por fim, não posso deixar de reconhecer o papel do chefe da turma, Alberto Chimoio. Sua liderança exemplar e comprometimento em nos ajudar a alcançar nossos objetivos coletivos foram inspiradores para todos nós. A cada um, meu mais sincero obrigado. Cada contribuição foi essencial nesta jornada e sou eternamente grata por ter tido vocês ao meu lado.

Resumo

Este trabalho analisou as experiências de pacientes com tuberculose no contexto da pandemia de Covid-19, no Centro de Saúde 1.º de Maio, em Maputo. A pesquisa, de carácter etnográfico, baseou-se em entrevistas semi-estruturadas, observação directa e conversas informais, procurando compreender como os pacientes viveram o processo de tratamento num contexto de restrições no funcionamento dos serviços de saúde e as alternativas que encontraram para cuidar da doença.

Foram entrevistadas 12 pacientes (8 mulheres e 4 homens), com idades entre 20 e 70 anos, na sua maioria residentes em bairros periféricos da cidade de Maputo, com baixa escolaridade e inseridos no sector informal. Estas condições socioeconómicas influenciaram o modo como enfrentaram a doença, o diagnóstico e a adesão ao tratamento. Os relatos revelam sentimentos de surpresa, medo e estigma após o diagnóstico, dificuldades em conciliar o tratamento com a vida quotidiana e reações adversas à medicação.

Este trabalho é relevante tanto social como teoricamente. Do ponto de vista social, ajuda a compreender como os pacientes enfrentam a doença, lidam com as limitações dos serviços de saúde e recorrem a diferentes formas de cuidado, especialmente em tempos de crise como a pandemia da Covid-19. Do ponto de vista teórico, insere-se no debate da Antropologia da Saúde sobre o pluralismo médico, destacando, a partir de autores como Arthur Kleinman (1988) e Cecil Helman (2007), que os doentes circulam entre vários sistemas de cuidado, não de forma exclusiva, mas complementar, moldados por contextos culturais específicos.

Palavras-chave: Tuberculose; Covid-19; experiências e percepções; pluralismo médico;

Índice

Declaração de originalidade	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
1. Introdução	1
1.1. Formulação do problema	3
2. Revisão de Literatura	6
3. Enquadramento teórico e conceptual.....	9
3.1. Quadro teórico	9
4. Descrição metodológica	11
4.2. Instrumentos de recolha de dados	11
4.2.1. Observação directa	11
4.2.2. Entrevistas semi-estruturadas	12
4.3. Considerações éticas e participativas	12
4.5. Constrangimentos e superação	13
5. Análise de dados	15
5.1. Perfil e identidade dos pacientes	15
5.2. As Experiências de ser paciente de tuberculose	19
5.3. A Organização dos Serviços de Cuidados de TB e as Mudanças Ocorridas com a Covid-19	23
5.4. Itinerários terapêuticos e alternativas ao tratamento hospitalar durante a pandemia.....	25
6. Considerações finais	28
Referências bibliográficas	30

1. Introdução

A chegada da pandemia de COVID-19 ao mundo provocou transformações significativas, com impactos em todas as vertentes da sociedade, e com particular destaque na área da saúde. Em Março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 como uma pandemia. Esse evento teve impacto em milhões de famílias, gerando repercussões sociais, especialmente no agravamento da desigualdade social e nos desafios globais da saúde pública (OMS 2021 e Hino *et al.* 2021).

Apesar das medidas de restrições, a disseminação da pandemia ocorreu rapidamente, atingindo a Europa, provocando uma crise sanitária em diversos países, com muitos casos graves e mortes, causando esgotamento de recursos nos sistemas de saúde. A situação acelerou a adoção de medidas de controle, que, ao longo do tempo, foram sendo ampliadas e intensificadas de acordo com os contextos (Marques et al, 2020). Como era de se esperar, os serviços públicos de saúde, foram afetados de uma forma gigantesca a nível global, em todos os seus níveis e das mais diversas formas possíveis (Lima & Paes-Sousa, 2020)

Em Moçambique, o primeiro caso confirmado de COVID-19 foi registrado em 22 de Março de 2020. Desde então, o número de casos aumentou, colocando Moçambique entre os países afetados pela doença. A situação exigiu medidas rigorosas das autoridades para conter a propagação do vírus e proteger a população, resultando na declaração do Estado de Emergência em 1º de Abril de 2020, isso incluiu medidas como o uso obrigatório de máscaras, lavagem frequente das mãos com água e sabão e em casos uso de cinza, distanciamento interpessoal e proibição da partilha de utensílios pessoais para evitar a propagação e aumento de caso (MISAU, 2020).

Posteriormente, em 7 de Setembro de 2020, foi declarado o Estado de Calamidade Pública para lidar com a persistência da ameaça da COVID-19, mantendo as medidas preventivas e ajustando-as conforme necessário. Especificamente, foram feitas actualizações nas restrições de viagens, gestão de recursos de saúde e desenvolvidas iniciativas de comunicação pública. Novas diretrizes de distanciamento social e apoio económico e social foram implementadas para enfrentar os desafios em curso. Essas acções visavam proteger a saúde pública, minimizar a propagação do vírus e mitigar os impactos socioeconómicos da COVID-19. No sector de saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu o Plano Nacional de Preparação e Resposta à Pandemia de COVID-19, com o objectivo

de garantir a provisão de medicamentos, insumos laboratoriais, vacinas e equipamentos de protecção individual, além de fortalecer os laboratórios nacionais e melhorar o sistema de vigilância (MISAU, 2020).

O surto da pandemia de COVID-19 teve implicações na oferta de cuidados de saúde e tratamentos para a tuberculose em Moçambique. Com a atenção e os recursos de saúde direcionados para o combate à COVID-19, os serviços de diagnóstico, tratamento e prevenção da tuberculose no país foram afetados, resultando em atrasos nos serviços, interrupções nos cuidados e tratamentos, e diminuição no acesso aos serviços de saúde para pacientes com tuberculose, o que levou a um aumento no número de casos não diagnosticados e não tratados (MISAU, 2020). Em contextos mais amplos, como observado em estudos internacionais, mudanças na prestação de cuidados e tratamento, juntamente com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, também contribuíram para o abandono do tratamento hospitalar por parte de alguns pacientes, que buscaram outras formas de tratamento, como os curandeiros (Pai & Kasaeva, 2022).

Com as medidas implementadas pelo Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT), houve uma limitação do número de pacientes atendidos diariamente nas Unidades Sanitárias de Moçambique, com o objetivo de evitar aglomerações. Os primeiros relatórios pós-pandemia do PNCT documentaram preocupações sobre como a COVID-19 estava prejudicando os avanços na resposta à tuberculose. Em 2020, o PNCT descreveu o ano como muito desafiador na prestação de cuidados de saúde aos pacientes de tuberculose devido à pandemia. A reorganização das atividades, tanto nas Unidades Sanitárias quanto na comunidade, para garantir o distanciamento social, resultou na redução da procura por atendimento e na interrupção das atividades de rastreamento de tuberculose no segundo trimestre, conforme observado pelo PNCT (2020).

Em 2020, Moçambique notificou 97.093 casos de tuberculose, correspondendo a uma taxa de notificação de cerca de 323 casos por 100.000 habitantes, dos quais 30% foram provenientes da comunidade. Em comparação com o ano de 2021, o relatório do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT) descreve uma redução na notificação de casos de tuberculose, devido às restrições adotadas para mitigar a pandemia de COVID-19 no país. Em 2021, foram notificados 98.485 casos, representando uma taxa de notificação de 319 casos por 100.000 habitantes, o que representa uma diminuição de 3% em relação a 2020. Esta queda reflete os desafios enfrentados na detecção e

notificação de casos durante o contexto da pandemia (Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, 2021).

Neste sentido, no caso particular dos pacientes com tuberculose que frequentam o Centro de Saúde 1º de Maio, na cidade de Maputo, relataram antes da pandemia, o regime de observação direta (DOT) para pacientes com tuberculose, consistia na administração dos medicamentos três vezes por semana, com supervisão direta. Essa prática visava garantir a adesão ao tratamento e reduzir o abandono terapêutico. No entanto, durante a pandemia, houve uma redução para apenas um dia por semana, às quartas-feiras, o que impactou negativamente na continuidade do tratamento para alguns pacientes. A irregularidade na frequência de atendimento pode ser atribuída tanto a fatores relacionados aos pacientes quanto aos profissionais de saúde. Os pacientes enfrentaram desafios como medo de contaminação pela COVID-19, dificuldades de transporte e falta de informação, enquanto os profissionais de saúde lidaram com sobrecarga de trabalho, reestruturação dos serviços e escassez de recursos. Esses fatores combinados contribuíram para a diminuição da adesão ao tratamento.

O protocolo de tratamento da tuberculose no país, antes da pandemia, seguia as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde de Moçambique. Em caso de falta do paciente, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) entrava em contacto via telefone com o líder comunitário da área residencial do paciente para localizá-lo e garantir a continuidade do tratamento Pires et al. (2021). Essa abordagem visava minimizar o abandono do tratamento e assegurar a adesão dos pacientes. Antes da Covid-19, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) era responsável por entrar em contacto com os pacientes faltosos. Através da colaboração com líderes comunitários, o SNS buscava localizar os pacientes e incentivá-los a retomar o tratamento, garantindo a continuidade do cuidado e a redução do abandono terapêutico. Pires *et al.* (2021).

1.1. Formulação do Problema

A pandemia de COVID-19 provocou mudanças na prestação de cuidados de saúde em todo o mundo, com impactos particulares nos sistemas de saúde em países de baixa e média renda, como Moçambique (OMS, 2021). No contexto da tuberculose, a necessidade de priorizar o atendimento de casos de COVID-19 levou a alterações na frequência e na forma de fornecimento de medicamentos em regime de observação direta, comprometendo a adesão ao tratamento e a continuidade dos cuidados (PNCT, 2021).

Em Moçambique, especialmente na cidade de Maputo, estas alterações aumentaram os problemas que já existiam, como longos tempos de espera, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e limitações no acompanhamento dos pacientes. Tais alterações potencialmente levaram alguns doentes a recorrer a alternativas fora do sistema biomédico, incluindo práticas tradicionais de cura, para assegurar a continuidade do tratamento.

Diante deste cenário, surge a necessidade de compreender como a pandemia afetou a experiência de tratamento da tuberculose, quais estratégias os pacientes adotaram para lidar com as interrupções nos serviços de saúde e de que forma essas mudanças refletem limitações e desafios do sistema de saúde durante crises sanitárias.

1.2. Objectivos do estudo

1.2.1. Objetivo Geral:

Analisar as experiências de tratamento hospitalar de pacientes com tuberculose durante a pandemia de COVID-19, com enfoque no Centro de Saúde 1º de Maio, na cidade de Maputo.

1.2.3. Objetivos específicos:

- Descrever o perfil e identidade dos pacientes;
- Identificar a organização dos serviços de cuidados de TB e as mudanças ocorridas com a Covid-19;
- Identificar os itinerários terapêuticos e alternativas ao tratamento hospitalar durante a pandemia;
- Analisar as experiências de ser paciente de tuberculose e os significados atribuídos a doença.

Este trabalho tem relevância do ponto de vista social quanto teórico. Do ponto de vista social, contribui para compreender como os pacientes vivem e enfrentam a doença, revelando as dificuldades no acesso aos serviços de saúde e as estratégias criadas para lidar com essas limitações. Mostra ainda como, em tempos de crise como a pandemia da Covid-19, as pessoas procuram diferentes formas de cuidado, valorizando não apenas a medicina oficial, mas também práticas religiosas e tradicionais.

Na antropologia, a pesquisa é relevante na medida em que quer actualizar um debate clássico na Antropologia da Saúde sobre o Pluralismo Médico. No meio deste debate, Kleinman (1980) destacou que as pessoas não recorrem apenas um único sistema de saúde, mas circulam entre diferentes esferas de cuidado, escolhendo aquelas que melhor respondem às suas necessidades. Para Kleinman, esta dinâmica é culturalmente moldada e, por isso, os sistemas médicos não competem apenas, mas também dialogam entre si (Moela, 2007; Alves, 1993; Vidal, 1994).

Neste estudo procuro ampliar esse debate através da análise das experiências dos pacientes com tuberculose durante a pandemia da Covid-19, no Centro de Saúde 1.º de Maio, na cidade de Maputo. Mostro que, nesse período de crise, o sistema nacional de saúde enfrentou dificuldades para responder à procura, os doentes não se limitaram ao tratamento hospitalar. Muitos recorreram a líderes religiosos, curandeiros, combinando diferentes saberes e formas de cuidado.

2. Revisão de Literatura

Na presente secção faço a revisão da literatura sobre o impacto da pandemia de COVID-19 nos serviços de tuberculose (TB). Os estudos consultados incidem sobretudo em contextos africanos, incluindo Moçambique, que partilham semelhanças sociais, culturais e estruturais na organização dos sistemas de saúde.

De forma geral, a literatura evidencia que a pandemia afectou os serviços de TB através de interrupções no funcionamento das unidades sanitárias, reduções nas notificações de novos casos e aumento da mortalidade. Uma grande tendência observada é a predominância de estudos de carácter epidemiológico no campo da saúde pública. Estes trabalhos procuram quantificar a prevalência da doença, identificar factores de risco e medir o impacto da COVID-19 sobre a TB. Assim, têm desempenhado um papel importante na orientação de políticas de prevenção, estratégias de diagnóstico e planos de intervenção comunitária (Manhiça et al., 2020; Alene et al, 2020; Kant e Tyag 2021; Andom et al., 2023; Ciccacci et al., 2024).

No contexto africano, diferentes investigações chegam a conclusões semelhantes. Em Malawi, por exemplo, Surya Kant e Richa Tyag (2021) realizaram um estudo com o objetivo de analisar as implicações da COVID-19 na tuberculose (TB). O estudo que consistiu na revisão sistemática de literatura sobre os impactos da pandemia nos sistemas de saúde e nos parâmetros socioeconómicos, bem como nas cadeias de gestão da TB constatou que as medidas administrativas para conter o SARS-CoV-2 interromperam a gestão da TB, resultando numa regressão nos avanços previamente alcançados. No entanto, o estudo concluiu que, a consciência aumentada em relação à higiene também contribuiu para a redução da propagação do bacilo da TB (Kant e Tyag 2021).

Um estudo similar realizado na África do Sul, que visou analisar como a pandemia de COVID-19 pode prejudicar os programas de prevenção e controlo da tuberculose (TB), focando-se nos efeitos da COVID-19 na transmissão da TB, bem como nos serviços de tratamento e diagnóstico, revelou que a pandemia de COVID-19 afetou significativamente a transmissão da tuberculose e os serviços de diagnóstico e tratamento devido à crise económica e às medidas de saúde pública, comprometendo assim os programas de controle da doença (Alene et al, 2020).

No Uganda e no Lesoto foram realizados estudos epidemiológicos com o mesmo propósito, chegando a conclusões similares. Em Lesoto, *The Impact of COVID-19 on Tuberculosis Program Performance in the Kingdom of Lesotho* (Andom et al., 2023) avaliou o impacto da pandemia de COVID-19 na detecção e tratamento da tuberculose. Para tal, os autores utilizaram dados dos programas de rotina provenientes de 78 unidades de saúde, criando modelos de séries temporais entre Julho de 2018 e Março de 2021 para quantificar as interrupções nos indicadores do programa de tuberculose, incluindo consultas em regime ambulatorio e casos diagnosticados. O estudo observou que a pandemia provocou uma diminuição significativa nas consultas em regime ambulatorio e nos casos novos diagnosticados, reflectindo o menor acesso dos doentes aos serviços de saúde. Além disso, os casos de coinfeção tuberculose-HIV caíram de forma acentuada. Apesar destas interrupções, verificou-se que a taxa de sucesso de tratamento permaneceu relativamente estável, o que sugere que o sistema de saúde conseguiu manter os tratamentos essenciais mesmo em tempo de crise (Andom et al., 2023).

Para o caso do Uganda, um estudo conduzido por Jackson et al. (2023) investigou os fatores de risco a nível do paciente para a interrupção dos cuidados de tuberculose durante a pandemia de COVID-19, envolvendo seis clínicas de tuberculose e 672 pacientes. Os resultados mostraram que 57% dos pacientes apresentaram alguma interrupção nos cuidados. Observou-se ainda um aumento na procura de cuidados por pacientes urbanos após o levantamento do bloqueio, indicando que muitos haviam adiado o tratamento devido às restrições. O estudo conclui que a interrupção nos cuidados afetou amplamente todos os pacientes, independentemente de suas características individuais, sugerindo que os efeitos da COVID-19 sobre o sistema de saúde foram generalizados (Jackson, 2023).

No contexto moçambicano, o estudo realizado por Ivan Manhiça et al (2020) mostrou que em 2020 foram reportados 96.182 casos de TB, com uma estimativa de 17.147 novos casos potencialmente perdidos nos nove meses após o início da pandemia, resultando numa perda relativa de 15,1%. O estudo concluiu que, embora a pandemia tenha causado um impacto significativo na detecção de casos de TB, foram observados sinais de recuperação do sistema de saúde até ao final de 2020 (Manhiça et al, 2020).

Embora estes estudos sejam importantes, têm limitações. A maioria foca-se em dados estatísticos, como o número de casos notificados, as interrupções do tratamento e as tendências da doença, mas deixa de lado a experiência vivida pelos doentes. Falta investigação etnográfica que mostre como as pessoas com tuberculose sentiram as

restrições impostas pela COVID-19, os significados que atribuem à doença e as estratégias que encontraram para lidar com as dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Uma análise mais próxima das suas vivências ajudaria a perceber como recorrem a alternativas, desde os cuidados tradicionais até à redefinição das suas prioridades de tratamento, o que este estudo pretende analisar.

3. Enquadramento teórico e conceptual

3.1. Quadro teórico

Este trabalho inspira-se na perspectiva socioantropológica dos itinerários terapêuticos proposta por Cecil Helman (2007). Para o autor, o itinerário terapêutico é o conjunto de decisões, escolhas e percursos feitos por indivíduos ou grupos sociais na procura de tratamento e cura para os seus problemas de saúde. Estas decisões são influenciadas não apenas por factores médicos, mas também por elementos sociais, culturais, familiares, económicos e simbólicos.

Segundo Helman (2007), os pacientes não se limitam a um único sector de cuidados. Em vez disso, movimentam-se entre o sector popular (familiares, vizinhos, amigos), o sector tradicional (curandeiros, espiritualistas, pastores) e o sector profissional (clínicas, hospitais), de forma simultânea, alternada ou complementar. Este movimento forma uma rede terapêutica complexa, onde as pessoas fazem escolhas com base naquilo que consideram mais eficaz, acessível ou significativo para o seu sofrimento. Como reforça o autor, as decisões terapêuticas envolvem também a escolha do diagnóstico que mais se aproxima da sua experiência pessoal, e não apenas a indicação do profissional de saúde.

Com base neste quadro teórico, analisaremos as múltiplas interpretações sociais da doença, os sentidos atribuídos à tuberculose e à Covid-19, bem como os caminhos terapêuticos construídos pelos doentes para lidar com o seu sofrimento e com as falhas do sistema biomédico. Ao articular os conceitos de itinerário terapêutico, experiência e percepção, pretendemos compreender as estratégias de cuidado adoptadas num contexto de crise sanitária, e valorizar as vozes dos doentes enquanto sujeitos activos das suas próprias trajectórias de tratamento.

Além do conceito de itinerário terapêutico, este trabalho utilizará o conceito de experiência. Por experiência entendo, segundo Arthur Kleinman (1988), o modo como os indivíduos vivem, sentem e dão sentido às suas condições de saúde e doença, a partir das suas histórias de vida, relações sociais e contextos culturais. A experiência da doença envolve dimensões físicas, emocionais, sociais e simbólicas — ou seja, não se limita aos sintomas clínicos, mas inclui sentimentos como o medo, o estigma, a solidão, a esperança e a fé.

Neste estudo, ao analisar as experiências dos pacientes com tuberculose, procuro compreender como eles viveram o processo de adoecer e tratar-se durante a pandemia da Covid-19, quais os obstáculos encontrados no percurso de cuidado, e de que forma reformularam as suas práticas e expectativas em função das limitações do sistema de saúde.

4. Descrição metodológica

Este estudo resulta de uma pesquisa etnográfica que buscou compreender as experiências sobre o processo de tratamento hospitalar de pessoas com tuberculose no contexto de COVID-19.

A etnografia se destaca como um método fundamental para a produção de conhecimento na antropologia. Este método é marcado pela ênfase na observação participante e na imersão no cotidiano dos grupos estudados. Bronislaw Malinowski (1976) é frequentemente apontado como uma figura central na transformação deste método. Malinowski ensina-nos que um trabalho etnográfico,

"só terá valor científico irrefutável se nos permitir distinguir claramente, de um lado, os resultados da observação direta e das declarações e interpretações nativas e, de outro lado, as inferências do autor, baseadas em seu próprio bom senso e intuição psicológica" (Malinowski 1976: 22).

O carácter etnográfico desta pesquisa revela-se na tentativa de descrever as experiências e os significados que os pacientes atribuem ao tratamento hospitalar da tuberculose no Centro de Saúde 1º de Maio, em Maputo. Procurou-se compreender também as alterações que ocorreram no sistema nacional de tratamento da tuberculose durante o período de crise provocada pela COVID-19. Esta abordagem permitiu compreender de que forma as práticas de cuidado, as relações sociais e os relatos sobre a doença foram moldados pelas condições impostas pela pandemia, revelando os significados atribuídos ao tratamento e os impactos do contexto pandémico na vida dos pacientes e na dinâmica do centro de saúde.

4.2. Instrumentos de recolha de dados

Para a recolha de dados, utilizei técnicas de observação directa, entrevistas semi-estruturadas e conversas informais com pessoas que padeciam de tuberculose, no contexto da pandemia de Covid-19. A pesquisa apoiou-se na observação direta e em entrevistas, possibilitando captar tanto as práticas quotidianas dos pacientes quanto as mudanças na organização dos serviços de cuidados de TB e os desafios enfrentados no contexto hospitalar.

4.2.1. Observação directa

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), a observação directa é um método de investigação social que permite captar aspectos da realidade tal como ocorrem, sem a mediação de documentos ou testemunhos, sendo o próprio investigador a recolher directamente as informações.

No âmbito desta pesquisa, observei os seguintes aspectos específicos: (i) A dinâmica das interações entre os pacientes e os profissionais de saúde no Centro de Saúde 1.º de Maio; (ii) As práticas associadas ao cumprimento do tratamento, com atenção à adesão à medicação e às dificuldades enfrentadas devido às restrições da pandemia; (iii) O impacto das medidas de prevenção da Covid-19 nas rotinas de atendimento, incluindo as limitações no acesso aos serviços de saúde e as adaptações feitas para garantir a continuidade dos tratamentos; (iv) Os procedimentos e protocolos adoptados durante a pandemia, e de que forma foram ajustados às necessidades dos pacientes com tuberculose;

4.2.2. Entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas foram também uma técnica importante nesta pesquisa. De acordo com Gil (1987), a entrevista semi-estruturada baseia-se numa lista de perguntas pré-definidas, mas permite flexibilidade para o investigador adaptar ou acrescentar questões conforme o andamento da conversa, de modo a obter respostas mais completas.

Para além das entrevistas, foram utilizados o diário de campo e o telemóvel para o registo contínuo das informações, o que permitiu acompanhar a pesquisa de forma mais detalhada. Os principais tópicos abordados nas entrevistas com os participantes foram:

- As suas experiências pessoais no tratamento da tuberculose, incluindo percepções sobre o cuidado recebido, dificuldades enfrentadas e estratégias usadas para ultrapassar os obstáculos no atendimento, especialmente durante a pandemia;
- As suas opiniões sobre o impacto da Covid-19 no tratamento, incluindo o efeito das restrições e medidas preventivas na adesão à medicação;
- O apoio familiar recebido e o papel da rede de apoio no processo de recuperação;
- Os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no cuidado aos doentes com tuberculose em plena pandemia.

4.3. Considerações éticas e participativas

Durante todo o processo de investigação, os participantes foram tratados como colaboradores activos, cujas experiências e opiniões foram essenciais para a construção do conhecimento. A ética foi respeitada em todas as etapas, com atenção à privacidade, confidencialidade e consentimento informado de cada pessoa envolvida. Todas as interações foram guiadas pelo respeito mútuo, garantindo que os participantes se sentissem confortáveis e seguros para partilhar as suas histórias. Esta abordagem ética e participativa permitiu realizar uma pesquisa mais humana, sensível e completa sobre a realidade vivida pelos doentes com tuberculose durante a pandemia. Todos os nomes utilizados nesta pesquisa são fictícios, garantindo a privacidade dos entrevistados.

4.4. Etapas da realização da pesquisa

A pesquisa foi realizada em três etapas complementares. Na primeira etapa, realizei a revisão da literatura, entre os meses de Janeiro e Abril de 2021. Para tal, consultei materiais nas bibliotecas do Departamento de Arqueologia, na Biblioteca Nacional, na Biblioteca Central Brazão Mazula, no Centro de Estudos Africanos e também em bibliotecas virtuais. Os documentos analisados abordavam temas relacionados com o tratamento da tuberculose no contexto da pandemia de Covid-19.

Na segunda etapa, procedi à recolha de dados exploratórios. Para isso, observei o ambiente, conversei com funcionários do hospital e com doentes de tuberculose que vivem nos diferentes bairros da cidade de Maputo. Esta fase decorreu entre os meses de Julho e Outubro de 2021 e de Março e Outubro de 2022. Por fim, na terceira etapa, organizei e analisei os dados recolhidos nas fases anteriores, com o objectivo de compreender melhor as experiências dos doentes e os impactos da pandemia nos cuidados de saúde prestados.

4.5. Constrangimentos e superação

Durante a realização do trabalho de campo, surgiram vários constrangimentos que exigiram adaptação e paciência. Um dos principais desafios foi localizar os entrevistados. Muitos pacientes com tuberculose não residem nos mesmos bairros onde realizam o tratamento, e o contacto com eles depende da autorização e colaboração de profissionais de saúde, o que nem sempre foi fácil de obter.

Também houve momentos em que os entrevistados demonstraram desconfiança em partilhar das experiências. Por exemplo, dois dos participantes demonstraram receio de

serem julgados por terem recorrido a curandeiros ou líderes religiosos. Para criar um ambiente de confiança, procurei sempre explicar os objectivos do estudo, o uso académico das informações recolhidas e garantir que nenhuma opinião seria julgada ou exposta de forma negativa.

Além disso, dois entrevistados desistiram da participação após o primeiro contacto, afirmando que não se sentiam confortáveis em continuar a conversa sobre a doença. Diante disso, procurei outras pessoas que estavam em tratamento e que se mostraram disponíveis para colaborar com a pesquisa.

Por fim, a pandemia ainda gerava um certo clima de medo e tensão nos serviços de saúde, o que limitou observação directa durante as consultas dos pacientes na unidade hospitalar. Apesar de todos esses constrangimentos, foi possível recolher dados relevantes para compreender as múltiplas formas como os doentes enfrentaram o tratamento da tuberculose durante a crise sanitária.

5. Análise de dados

Este capítulo apresenta a análise de dados desta pesquisa exploratória. Estes dados foram obtidos via entrevistas realizadas com os pacientes de tuberculose e profissionais de saúde. O processo de análise seguiu três etapas: na primeira foi feita a transcrição das informações fornecidas pelos participantes; na segunda estas informações foram organizadas em categorias relacionadas com os objectivos específicos e pergunta de partida da pesquisa o que ajudou a identificar as informações mais importantes para a pesquisa; por fim, foi feita a análise redação do relatório de pesquisa.

A análise dos dados foi organizada em quatro secções. A primeira apresenta o perfil social e económico dos pacientes, evidenciando as suas condições de vida e como estas influenciam o acesso aos cuidados de saúde. A segunda secção discute as experiências de ser paciente de tuberculose e dos significados atribuídos a doença. A terceira secção trata das mudanças no funcionamento dos serviços hospitalares durante a pandemia de Covid-19 e os efeitos dessas mudanças no acesso e no seguimento do tratamento e cuidados. Por fim, a quarta secção analisa os itinerários terapêuticos percorridos pelos pacientes durante a vigência do Covid-19.

5.1. Perfil e identidade dos pacientes

Dos 12 participantes seleccionados, 8 são mulheres e 4 são homens. A maior presença de mulheres deve-se a dois factores principais. Em primeiro lugar, o facto de eu também ser mulher facilitou a criação de um ambiente de maior confiança, o que incentivou as participantes a partilharem as suas histórias, contrariamente aos homens que mostraram resistências e desistências de participar no estudo. Em segundo lugar, muitas destas mulheres já convivem, no seu quotidiano, com situações de estigma e discriminação, o que as torna mais disponíveis para falar sobre as suas experiências e contribuir para que outras pessoas em condições semelhantes se sintam apoiadas. Um estudo conduzido por Blaydes e Gillum (2010: 459) com 1.200 mulheres no Egito demonstrou que o género do entrevistador afeta significativamente a disposição das participantes em responder abertamente.

Entre os pacientes entrevistados, observa-se uma variação etária entre 20 e 70 anos, incluindo estudantes, adultos em idade ativa e idosos. Esta distribuição reflete o perfil nacional: de acordo com dados do Ministério da Saúde de Moçambique, a maioria dos

casos de TB ocorre em adultos com mais de 15 anos, embora haja uma presença da população mais jovem, com cerca de 11–12 % dos casos em crianças (MISAU, 2020). Destaca-se que alguns entrevistados, como Inácio (65 anos) e Carlos (70 anos), representam a faixa etária mais avançada, que tende a ter maior vulnerabilidade e formas de TB mais complexas, enquanto outros, como Luísa (20 anos) e Laércia (24 anos), correspondem ao grupo jovem-adulto, mostrando como a doença afeta diferentes faixas da população.

Ao comparar os dados obtidos com os pacientes entrevistados em Maputo com outras regiões da África, observa-se padrões semelhantes e algumas variações. Em Guiné-Bissau, por exemplo, a faixa etária de maior incidência de tuberculose está entre 25 e 34 anos, especialmente entre homens, refletindo a população economicamente activa (Seng et al., 2002). De maneira similar, em Luanda, Angola, a maior proporção de casos foi observada na mesma faixa etária, com uma média de idade de 41,3 anos (Sebastião et al., 2022). Esses dados corroboram a tendência observada em Maputo, onde a maioria dos casos ocorre em adultos com mais de 15 anos, com uma média de idade de 36,4 anos (García-Basteiro et al., 2016). Esses dados ressaltam a complexidade da epidemiologia da tuberculose na África e a necessidade de estratégias de controle adaptadas às características demográficas e sociais de cada região.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, a maioria dos pacientes possui escolaridade básica, sendo que 6 frequentaram o primeiro ciclo do ensino primário, 3 terminaram o segundo ciclo do ensino primário. 2 finalizaram o ensino secundário. Uma paciente frequenta o ensino superior. Este dado é relevante para a nossa análise, pois o nível de escolaridade pode influenciar a forma como os pacientes compreendem a doença e aderem ao tratamento. Tal como indicam estudos anteriores, em determinados contextos, pessoas com menor escolaridade podem enfrentar dificuldades em interpretar correctamente as orientações médicas, o que pode afetar negativamente o seguimento terapêutico.

Em termos de ocupação, os entrevistados estão entre estudantes e trabalhadores informais, como comerciantes, empregadas domésticas, praticantes da agricultura e ajudantes de obras de construção civil. Os pacientes são moradoras dos bairros Polana Caniço A e B, Maxaquene A e C, Aeroporto B, Hulene A e B, Magoanine, Chamanculo e Laulane. No que diz respeito à zona de origem, a maior parte dos pacientes é originária de diferentes províncias do país. Alguns nasceram mesmo em Maputo, enquanto outros

vieram de fora, principalmente das zonas rurais à procura de melhores condições de vida e acesso à serviços de saúde. Este é o caso da Raquel, de 61 anos que vive atualmente no bairro do Laulane, na cidade de Maputo. Natural de Xai-Xai, mudou-se para a capital por causa do tratamento da tuberculose. Foi o filho, que trabalha como funcionário num dos hospitais de Maputo, quem a chamou para vir morar consigo. Seguindo o conselho do filho, Maria passou a viver na casa dele, para que pudesse acompanhá-la de perto no processo de tratamento. Para além disso, Raquel trabalha como vendedora de roupa usada no mercado do Xiquelene, atividade que lhe garante algum rendimento para ajudar nas despesas da casa.

Pedro, outro paciente entrevistado, nasceu no distrito de Moamba e mudou-se para Maputo em busca de melhores oportunidades de trabalho. Tem 45 anos e reside no bairro da Polana Caniço A. Ao longo da vida exerceu várias atividades, como pedreiro de obras e guarda num estabelecimento comercial, mas nunca teve um emprego formal com contrato de trabalho. Pedro frequentou a escola até à quinta classe, no antigo Sistema Nacional de Educação, mas não conseguiu prosseguir os estudos. Atualmente, o sustento da família vem da venda de hortaliças no mercado Compone, atividade que lhe permite garantir a alimentação e as necessidades mais básicas. Conta que passou a ser paciente de tuberculose a partir de 2016.

A história de Pedro é semelhante à de muitas outras pessoas que vivem em bairros periféricos de Maputo, onde o trabalho informal é a única forma de gerar rendimento e garantir alguma estabilidade familiar. Este é o caso de Célia, uma mulher de 51 anos que vive no bairro de Maxaquene-C. Nascida na cidade de Maputo, é casada e mãe de cinco filhos. Contou que trabalha como empregada doméstica há mais de vinte anos e que nunca teve um contrato formal de trabalho. Também vende bolinhos e amendoim torrado na rua, depois de sair do trabalho. Célia estudou até à quarta classe, mas precisou de abandonar a escola para ajudar a mãe a cuidar dos irmãos mais novos. Tornou-se paciente de tuberculose aos 37 anos, o que marcou a sua vida e a forma como passou a cuidar da saúde.

Carlos, de 70 anos, mudou-se do distrito de Chibuto, na província de Gaza, para Maputo à procura de melhores condições de vida. Chegou à cidade em 1989 e trabalhou como pedreiro na construção civil; em 1999 trabalhou como ajudante na agricultura em Boane, permanecendo lá até 2001. Entre 2002 e 2015 trabalhou nas minas da África do Sul.

Atualmente vive no bairro de Magoanine, sustentando-se com pequenos *biscates* e com a ajuda dos filhos. É casado e mora com quatro dois filhos e um sobrinho.

A paciente Joana tem 43 anos e vive no bairro de Hulene-B, na cidade de Maputo. Nasceu no distrito de Magude e veio para a capital depois de casar com o marido, que já vivia em Maputo. O trabalho dela está ligado à agricultura. Junto com seu marido têm uma machamba em Boane, onde cultivam produtos como alface, tomate, cenoura e couve. Parte da colheita é vendida numa banca que o casal mantém no mercado do Xipamanine, garantindo assim o sustento da família. Joana e o marido têm dois filhos. Em 2015 descobriu que era paciente de tuberculose, a mesma doença que também afeta o marido. Desde então, tem procurado cuidar-se, seguir os tratamentos e continuar a trabalhar na machamba e na banca, pois é disso que depende o dia a dia da sua família.

Os restantes participantes deste estudo apresentam experiências de vida que se assemelham às de outros pacientes, sobretudo no que diz respeito ao trabalho informal e à proveniência de diferentes regiões do país. Victor, de 46 anos, residente no bairro de Maxaquene-A, e Juliana, de 29 anos, do bairro de Hulene-A, assim como Marieta, de 29 anos, do bairro Aeroporto-B, exercem atividades informais para garantir o sustento familiar. Maria, de 45 anos, vive no bairro do Chamanculo, e Inácio, de 65 anos, no bairro do Maxaquene B, são originárias de outras províncias e mudaram-se para Maputo em busca de melhores condições de vida. Estes relatos mostram um padrão comum: a dependência de trabalhos informais e a migração das zonas rurais ou de outras províncias para a capital, refletindo a realidade de muitos pacientes de tuberculose em Maputo.

Duas pacientes mais jovens apresentam trajetórias diferentes. Luísa, de 20 anos, nasceu em Maputo e é estudante universitária. Não trabalha e depende do sustento dos pais, vivendo com eles, três irmãos e a avó. Laércia, de 24 anos, vive com a mãe, a avó e o irmão mais velho, concluiu apenas a 8.^a classe e não frequenta atualmente estudos formais, e também depende dos seus pais para a sua substância.

Em resumo, esta secção apresentou as características socioeconómicas dos pacientes, destacando padrões comuns de trabalho informal e migração de outras províncias para Maputo. Estes perfis ajudam a compreender melhor as condições de vida e os desafios enfrentados por quem convive com a tuberculose na cidade. As dificuldades económicas e o nível de escolaridade influenciam a forma como os pacientes lidam com a doença. Estas histórias evidenciam a diversidade de experiências e a relação entre origem,

trabalho e acesso aos cuidados de saúde. Na próxima secção analiso as experiências de ser paciente com tuberculose, apresentando os desafios enfrentados pelos pacientes.

5.2. As Experiências de ser paciente de tuberculose

Os dados mostram que ser paciente de tuberculose envolve muitos desafios e mudanças tanto físicos assim como sociais. Desde os primeiros sintomas até ao tratamento, os doentes explicaram enfrentar dificuldades que afetam as suas vidas de várias formas, destacando-se a surpresa e a negação do diagnóstico, o impacto do estigma e do isolamento, e as dificuldades com o tratamento.

As experiências partilhadas começam antes mesmo do diagnóstico, quando a pessoa sente dores de cabeça, emagrecimento e outros sintomas, até ao momento em que descobre ter tuberculose, ficando surpreendida com a doença. Alguns pensaram que tinham apenas uma gripe ou estavam apenas cansados, pela novidade dos sintomas. Quando receberam o diagnóstico, sentiram grande surpresa e dificuldade em aceitar a situação. Este é o caso de Juliana que contou que começou a perder peso sem motivo e a ter tosse e cansaço extremo. No início achou que era uma gripe, mas os sintomas pioraram. Foi só depois de conversar com uma prima que decidiu ir ao hospital. Quando recebeu o diagnóstico, ficou em choque.

“Pensei que tuberculose era para pessoas que vivem na rua ou que não se cuidam, mas com aquele resultado que o médico me informou mudou a minha percepção sobre a doença. Nunca me passou pela cabeça que eu podia ter.”
(Juliana, 29 anos, Maputo, 2025).

A declaração da Juliana mostra como ideias preconcebidas sobre a tuberculose podem influenciar a forma como as pessoas percebem o próprio risco.

Para além da Juliana, esse sentimento de surpresa ao diagnóstico, foram experimentados por outros pacientes. É o caso de Maria que narra ter vivido experiência parecida. Durante várias semanas teve febres, tosse seca e fraqueza, mas achava que era apenas cansaço ou *stress*. Quando foi ao hospital e aceitar testar recebeu o diagnóstico e daí ficou sabendo da condição, passando a seguir com os tratamentos.

“No começo foi difícil aceitar. Tinha de parar algumas tarefas em casa porque me cansava muito. Aprendi a dividir melhor o tempo entre cuidar de mim e das minhas coisas. Também passei a prestar mais atenção à

alimentação e a seguir direitinho os horários dos remédios. Foi um processo de aprendizagem, perceber que precisava de cuidar mais da minha saúde” (Maria, 45 anos, Maputo, 2025).

Já a Marieta partilhou sua experiência de surpresa com o diagnóstico e a consequente dificuldade em aceitar a situação. Quando começou a sentir dores no peito e tinha dificuldade em respirar pensou que tratava-se de mero cansaço. Contou ter sido a irmã que aconselhou-a para ela ir ao hospital. Quando fez os exames, descobriu que tinha tuberculose. Marieta ficou muito surpreendida e com medo. Nunca pensou que podia ter esta doença, porque sempre cuidou da sua saúde e achava-se forte. No início, tinha medo do tratamento, porque é longo, e também receava o que as outras pessoas iam pensar dela. Pensava que a tuberculose era só para pessoas muito pobres ou doentes. Mas, aos poucos, os médicos explicaram-lhe sobre a doença. A partir disso, começou a tomar os medicamentos e seguir com o tratamento.

Carlos também relatou ter ficado surpreso ao saber que estava com tuberculose. Contou que trabalhou maior parte da sua vida nas minas da África do Sul e nunca esteve doente. Por isso, quando começou a sentir cansaço e tosse, pensou que fosse apenas por causa da idade ou resultado tempo frio. Foi ao hospital por insistência de um familiar, mas não esperava receber um diagnóstico grave. Quando o médico lhe disse que tinha tuberculose, Carlos ficou em choque. Nunca pensou que isso pudesse acontecer com ele, pois sempre se viu como uma pessoa forte, saudável e cuidadosa.

Para alguns, ser paciente de tuberculose trouxe angústia, sobretudo por terem de seguir uma rotina diferente, ligada à procura de medicamentos e à dificuldade de manter o dia a dia normal durante o tratamento. Luísa partilhou que os medicamentos eram muito fortes e que, no início, passou por várias experiências de tonturas, náuseas e cansaço extremo.

“Havia dias em que me sentia tão fraca que nem conseguia levantar-me, mas sabia que tinha de continuar. Nunca gostei de tomar comprimidos, por isso no início tentei resistir, mas tive que ter a coragem porque é a única solução para continuar viva” (Luísa, 20 anos, Maputo, 2022).

A paciente Juliana partilhou uma experiência que ficou marcada por dificuldades de conciliar os estudos, o trabalho junto com as consultas de toma dos medicamentos. Juliana refere que as dificuldades com a toma de medicamentos e suas reações adversas ainda não passou.

“Mesmo agora há dias em que não consigo ir buscar os medicamentos ou marcar consultas, devido à experiência complicada com a injeção. Às vezes sinto medo de sentir dor ou de me sentir mal novamente. Mas tento não desistir, porque sei que é importante para a minha saúde e para recuperar a força que perdi” (Juliana, 29 anos, Maputo, 2022).

Outro aspecto relatado pelos pacientes é o estigma e preconceitos que sentiram após familiares, colegas de trabalho e amigos ficarem a saber da sua condição de paciente da tuberculose. Muitos referiram que depois do diagnóstico, passaram a ser evitados ou tratados com receio, o que trouxe sentimentos de isolamento e constrangimento no dia a dia. Este é o caso da Maria, que contou ter chorado sozinha no quarto depois de receber o diagnóstico e preferiu, de imediato, esconder a sua condição. Ela disse que teve medo de que as pessoas se afastassem dela, porque já tinha ouvido comentários negativos sobre pessoas com tuberculose, sem imaginar que também passaria a ser vista dessa forma. Maria relata que, depois que familiares, amigos e vizinhos souberam da sua condição, começaram a evitá-la, não partilhando os mesmos espaços e objetos que ela utilizava.

“Quando contei à minha família, eles não me trataram mal, mas senti que estavam a ser demasiado simpáticos. Será que estavam apenas a fingir que aceitaram? Será que tinham medo de estar perto de mim? (...) são questões que me deixaram muito angustiada e não conseguia viver nessa situação (Maria, 45 anos, Maputo, 2022).

Maria contou que hoje consegue lidar melhor com a doença, seguindo as orientações médicas no Centro de Saúde 1º de Maio, mas também recorrendo a outras alternativas de cuidados, como curandeiros e plantas medicinais, recomendadas por amigos e familiares. Esta fala de Maria evidencia o impacto do estigma social sobre a vida de pacientes com tuberculose, mostrando como a rejeição pode influenciar a forma como lidam com a doença e com o convívio social.

Carlos contou a sua experiência, dizendo que algumas pessoas o rejeitavam por ser doente de tuberculose. Ele afirmou:

“O que percebo é a pena nos olhares das pessoas. Muitas vezes, isso pode estar ligado à falta de compreensão sobre a doença e o medo do desconhecido. A pena pode vir de um lugar de compaixão, mas também reforça uma sensação de fraqueza... já passei por situações em que, ao mencionar meu tratamento,

algumas pessoas mudaram rapidamente de assunto ou até mesmo se afastaram. Isso machuca e me faz sentir isolado. É como se a minha condição fosse um tabu” (Carlos, 70 anos, Maputo, 2022).

Marieta partilhou também a sua experiência, afirmando que:

“Passei a ficar deprimida, sabendo que as pessoas estavam a evitar-me, era como se me tornasse uma pessoa invisível. Já não frequentava alguns lugares que frequentava antes, como salões de beleza aqui do bairro, porque sempre que chegava, sentia olhares de desprezo, sabe como é, né? É muito difícil. Até dentro de casa senti diferença, algumas pessoas começaram a ser mais distantes, a falar menos comigo, e isso magoava. Sentia-me sozinha e com medo de que a minha doença mudasse completamente a forma como todos me viam.” (Marieta, 29 anos, Maputo, 2022).

Inácio foi outro paciente que vivenciou o estigma resultante de ser paciente. Ele contou que trabalhava como vendedor e quando os outros souberam da sua condição, afastaram-se. Alguns disseram que ele devia ficar em casa para não contaminar os clientes. A dor de ser rejeitado fez com que se sentisse completamente só.

“Quando os outros vendedores souberam que eu tinha tuberculose, afastaram-se. Isso magoou-me muito. Ouve até momento que queria me suicidar. Imagina ser odiado por causa da doença, você quer estar perto das pessoas e conversar, mas você entende pelo olhar que as pessoas não querem.” (Inácio, 65 anos, Maputo, 2022).

Raquel testemunhou que o marido começou a dormir na sala depois de saber que ela estava com tuberculose. Raquel partilhou que entendia que o marido tivesse medo de contrair a doença, mas relata que a experiência de ser abandonada por ele no quarto fez-lhe sentir pior. Como ela própria refere:

“Para mim era como se eu não existisse. Assim que sou jovem ainda quero estar ao lado do meu marido e viver bons momentos, mas com esta doença passei a me isolar dentro de casa. “Entendo que ele tenha medo, mas isso fez-me sentir ainda pior. Era como se eu não existisse.” (Raquel, 35 anos, Maputo, 2022).

Nas experiências de outros pacientes, houve casos de pessoas que receberam apoio e compreensão. Laércia, contou que a mãe foi a primeira pessoa a quem contou.

“A minha mãe foi a primeira pessoa a quem contei. Ela disse-me: ‘Não te preocupes, vais ficar bem. O importante é começares o tratamento. Isso deu-me forças para continuar. Quando a família nos apoia isso dá mais coragem de enfrentar a doença e ter um orgulho de viver, mesmo pelo fato de ter que suportar todo o processo de tratamento’” (Laércia, 24 anos, Maputo, 2022).

As experiências relatadas dos diferentes pacientes com os quais interagi mostram que a tuberculose não é somente uma doença física e biológica, mas também social, sobretudo pelas implicações que ela tem na forma como a pessoa interage com o mundo social ao seu redor. O diagnóstico traz medo e vergonha, os medicamentos causam reações fortes, e o preconceito faz com que muitos doentes se sintam rejeitados. Alguns recebem apoio e compreensão, o que ajuda muito. Mas outros enfrentam discriminação e isolamento, o que os leva a esconder a doença ou a atrasar o início do tratamento.

Na próxima secção, descrevo e analiso sobre a organização e estrutura dos serviços de cuidados à tuberculose antes da pandemia de COVID-19 e as mudanças que se seguiram.

5.3. A Organização dos Serviços de Cuidados de TB e as Mudanças Ocorridas com a Covid-19

Os serviços de cuidados à tuberculose (TB) em Moçambique estão organizados dentro do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT), coordenado pelo Ministério da Saúde (MISAU), através da Direção Nacional de Saúde Pública. Esses cuidados são prestados de forma integrada nas unidades sanitárias, em conjunto com outros serviços de doenças transmissíveis, como o HIV/SIDA — com o qual a TB partilha uma elevada taxa de coinfeção. Em algumas unidades sanitárias maiores e com mais capacidade, existem espaços específicos ou equipas dedicadas exclusivamente ao atendimento da tuberculose, para assegurar maior eficiência e especialização (MISAU, 2018; PNCT, 2020).

O atendimento ao doente com suspeita de TB segue um fluxo definido pelo PNCT. Quando um paciente apresenta sintomas sugestivos, como tosse prolongada, febre, sudorese noturna e perda de peso, é encaminhado para triagem clínica. Seguem-se os exames laboratoriais, como a baciloscopia do escarro e, quando disponível, o teste molecular GeneXpert — que também detecta resistência à *rifampicina*. Pode ainda ser solicitada uma radiografia torácica para apoiar o diagnóstico. Após confirmação, o caso

é registado e notificado ao PNCT para efeitos de vigilância epidemiológica (PNCT, 2020).

O tratamento é gratuito e segue o esquema padronizado do tratamento diretamente observado (DOT), o que significa que o paciente toma a medicação sob supervisão, seja nas unidades de saúde ou através do DOT comunitário — onde ativistas de saúde visitam os doentes nas suas casas para acompanhar a toma dos medicamentos. A fase intensiva dura cerca de dois meses, seguida de uma fase de continuação de quatro meses, com acompanhamento regular. Durante o tratamento, há também visitas domiciliárias de ativistas ou agentes de saúde comunitários, com o objetivo de reforçar a adesão, prestar apoio e reduzir a taxa de abandono. Segundo as normas e protocolos dos serviços de saúde. As unidades devem dispor de condições adequadas, como consultórios com privacidade, laboratórios equipados e medidas de biossegurança, além de uma farmácia com stock contínuo de medicamentos. Os profissionais recebem formação inicial e contínua (MISAU, 2021; OMS, 2021).

Com a pandemia de Covid-19, o funcionamento dos serviços de saúde para tuberculose foi profundamente alterado. Os profissionais do Centro de Saúde 1.º de Maio, em Maputo, relataram que, perante as novas exigências sanitárias, foi necessário reorganizar os fluxos de atendimento, alterar rotinas de trabalho e adotar estratégias fora dos protocolos oficiais estabelecidos pelo MISAU e pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Uma das primeiras consequências da pandemia foi a redução significativa na procura dos serviços de saúde por parte dos pacientes, por medo de contágio, o que provocou uma queda acentuada no rastreio e nos diagnósticos de tuberculose. Entre o segundo trimestre de 2019 e o mesmo período em 2020, o número de casos diagnosticados caiu de 27 000 para 24 000 (MISAU, 2020).

O diagnóstico tornou-se mais difícil, pois os serviços estavam sobrecarregados com casos de Covid-19 e os fluxos de atendimento foram reorganizados para separar pacientes com sintomas respiratórios. Carlos, enfermeiro especializado em controlo de infeções, explicou que foram criadas zonas distintas dentro das unidades para evitar o contacto entre pacientes com TB e Covid-19, com aplicação de medidas rigorosas de controlo.

Apesar das mudanças, o medo de contágio afastou muitos doentes, prejudicando a deteção precoce da tuberculose. Entre abril e junho de 2020, o número de novos casos de TB foi significativamente inferior ao esperado — registaram-se somente 96 182 casos no ano,

em vez de cerca de 113 329 previstos, o que representa uma perda de detecção de 15,1% (cerca de 17 147 casos não identificados), especialmente na região sul e em Maputo, com quedas relativas de até 56,6% (Ciccacci et al., 2022)

A toma da medicação sob observação também foi afetada. Com menos pessoal disponível e com restrições nos horários de funcionamento das unidades, muitos doentes passaram a receber a medicação com menor frequência. Em alguns casos, familiares eram autorizados a levantar os medicamentos. Noutros, os profissionais organizavam entregas pontuais fora das rotinas habituais. Estas soluções, embora úteis, dificultaram o controlo da adesão ao tratamento e aumentaram o risco de interrupções (MISAU).

Outra dificuldade enfrentada pelos profissionais foi a falta de equipamentos de proteção individual (EPIs), fundamentais para garantir a segurança de todos. Esta escassez aumentou os riscos de contágio e provocou grande pressão sobre as equipas de saúde, que já enfrentavam desafios estruturais antes da pandemia, como filas longas, falta de recursos humanos e limitações nos equipamentos. Com a Covid-19, esses problemas agravaram-se, afetando a qualidade e continuidade do acompanhamento dos doentes com TB.

As mudanças registadas mostram que, não só na experiência dos pacientes, mas também na organização e funcionamento interno dos serviços. Apesar de todas as dificuldades, os profissionais procuraram adaptar-se, adotando estratégias práticas como a reorganização de espaços, o uso de telemedicina, o reforço comunitário e a flexibilização da entrega de medicamentos. Estas soluções, embora muitas vezes improvisadas, revelam um esforço coletivo para garantir que os cuidados à TB não fossem totalmente interrompidos.

5.4. Itinerários terapêuticos e alternativas ao tratamento hospitalar durante a pandemia

Durante a pandemia de COVID-19, os meus entrevistados explicaram ter enfrentado dificuldades de acesso ao sistema nacional de saúde. Neste contexto, surgiram diferentes itinerários terapêuticos que refletiram escolhas individuais e coletivas, muitas vezes baseadas em crenças, experiências anteriores e relações de confiança. Inspirando-me em Helman (2007), entendo os itinerários terapêuticos como os caminhos percorridos pelos doentes em busca de alívio ou cura, que podem envolver diferentes sistemas de cuidado — desde o hospital até curandeiros, igrejas ou familiares. Como destacam Muela (2007) e Uchoa & Vidal (1994), trata-se de uma abordagem pluralista, onde o tratamento

combina múltiplos recursos que fazem sentido para o paciente, mesmo que não estejam coordenados entre si.

Um ponto importante é que alguns pacientes já procuravam outros sistemas de saúde para o tratamento da tuberculose antes da COVID-19, como ficou evidente nas conversas com Marieta, Joana e Victor. Para outros, essa procura só começou depois da pandemia, devido às limitações do atendimento hospitalar. Isso mostra a complexidade da experiência vivida durante a pandemia: embora esta tenha alterado os modos de atendimento hospitalar para todos os entrevistados, não mudou a forma como cada paciente buscava cuidados. Alguns continuaram a recorrer a múltiplos sistemas de atendimento, enquanto outros, diante da crise sanitária, passaram a recorrer a alternativas como curandeiros e igrejas.

Segundo Marieta, ela sempre recorreu a curandeiros, pois acredita que a doença também faz parte da tradição. Apesar de seguir o tratamento no hospital, os cuidados com o curandeiro faziam parte da sua rotina. Contou que recebia banhos com folhas, acreditando que este ritual ajudava a garantir o sucesso do tratamento hospitalar. A narrativa de Marieta ilustra como, em contextos africanos, existe uma coexistência dos sistemas de saúde biomédico e tradicional, prática frequentemente referida como pluralismo médico. Este conceito descreve a convivência e interação de diferentes sistemas de saúde, como a medicina tradicional e a biomédica, sendo uma característica comum em várias sociedades africanas. Segundo Muela (2007), as crenças e práticas da medicina tradicional podem impactar o acesso aos serviços de saúde biomédicos, influenciando as escolhas dos pacientes em relação aos tratamentos.

Para alguns pacientes, a procura por outras alternativas só começou quando a COVID-19 dificultou o seguimento normal do tratamento no hospital. Este é o caso da paciente Maria, onde contou que, após duas semanas sem conseguir levantar os seus medicamentos devido a complicações nos transportes e as longas filas no hospital, procurou ajuda junto ao pastor da sua igreja evangélica. Segundo ela, o pastor afirmou que a doença tinha origem espiritual, recomendando jejum e oração durante sete dias. Maria diz que “talvez fosse fé, talvez fosse o jejum”, mas sentiu alguma melhoria. Só voltou ao hospital quando a sua condição piorou, ao começar a tossir sangue.

Outro exemplo foi o de Inácio, de 65 anos, que se sentia isolado e rejeitado pelos colegas de trabalho. Ele abandonou temporariamente o tratamento no hospital e passou a

frequentar sessões de cura espiritual numa igreja no bairro Chamanculo, onde recebia orações e unções com óleo. O caso mostra que, para além de dificuldades materiais, há também rupturas simbólicas com o sistema de saúde, e que a igreja pode oferecer um espaço de escuta e apoio emocional. Neste caso, a fé não foi entendida como substituição ao tratamento médico, mas como um elemento essencial do processo de cura — a oração fortalece o espírito, enquanto os medicamentos tratam o corpo.

As decisões sobre o tratamento não foram sempre individuais, envolvendo muitas vezes os familiares. Carlos relatou que deixou de se sentir bem acompanhado no Centro de Saúde 1.º de Maio e, por sugestão da filha, recorreu a um curandeiro local. Este gesto representou a tentativa de buscar cuidado num espaço onde se sentisse valorizado, ouvido e acolhido.

Juliana, que já enfrentava dificuldades para conciliar o tratamento com a sua rotina de trabalho e estudos, referiu ter recebido apoio da tia, que lhe indicou chás e banhos com ervas como forma de aliviar os sintomas. Esses saberes familiares, transmitidos oralmente, surgem como alternativas práticas num contexto de incerteza e dificuldades no acesso aos serviços formais.

Laércia continuou a tomar os medicamentos fornecidos pelo centro de saúde, mas também passou a beber um chá amargo feito com folhas recomendado pela sua avó. Para ela, essa combinação ajudava a reforçar a força do corpo. Os banhos com ervas, comuns em bairros de Maputo, também foram mencionados por alguns pacientes, que os realizavam com plantas compradas em mercados locais ou recolhidas em terrenos baldios. Embora estas práticas não substituam os medicamentos, elas dão ao paciente um sentimento de envolvimento ativo no seu processo de cura.

Estes dados evidenciam a pluralidade de cuidados que as pessoas procuram quando estão doentes. O caso da tuberculose assemelha-se a outras experiências de enfermidade, em que os pacientes tentam conciliar diferentes sistemas de cuidado. No contexto deste estudo, observa-se que alguns já recorriam a outros sistemas antes da pandemia, enquanto para outros essa procura só se intensificou com o agravamento da situação causada pela COVID-19.

6. Considerações finais

Este trabalho analisou as experiências de pacientes com tuberculose no contexto da pandemia de Covid-19, a partir de uma abordagem etnográfica desenvolvida no Centro de Saúde 1.º de Maio, na cidade de Maputo. O principal objectivo foi compreender como os pacientes viveram o processo de tratamento num momento em que os serviços hospitalares enfrentavam limitações e desafios.

Os resultados da pesquisa mostram que a maioria dos pacientes entrevistados são mulheres, com baixos rendimentos e baixa escolaridade. Vivem em bairros periféricos de Maputo e, muitas vezes, trabalham de forma informal. Estas condições influenciam a forma como enfrentam a doença, o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento.

As experiências de ser paciente de tuberculose revelam sentimentos de surpresa, medo, vergonha e estigma após o diagnóstico. Muitos doentes partilharam que foram discriminados pelos vizinhos, colegas de trabalho ou até mesmo pelos familiares. Este estigma agravou o sofrimento emocional e, em alguns casos, contribuiu para o abandono temporário do tratamento. Ainda assim, houve também relatos de apoio familiar, que ajudou na continuidade do tratamento e no fortalecimento emocional dos pacientes.

Durante a pandemia, os serviços hospitalares passaram por mudanças. Houve redução nas consultas, dificuldades de acesso aos medicamentos, diminuição do contacto com os profissionais de saúde e escassez de equipamentos de protecção. Estas alterações provocaram sentimentos de desamparo e abandono entre os pacientes. A confiança no sistema de saúde foi abalada e muitos doentes sentiram-se deixados para trás.

Face a estas dificuldades, os pacientes construíram diferentes itinerários terapêuticos. Alguns recorreram a curandeiros, igrejas ou líderes espirituais, enquanto outros combinaram o tratamento hospitalar com práticas tradicionais e religiosas, como chás, banhos, rezas e jejuns. Estas estratégias são formas complementares de cuidado, orientadas pelas crenças, redes de apoio e experiências anteriores dos próprios doentes.

Este estudo mostra que, em contextos de crise, os pacientes não seguem apenas as normas do sistema de saúde. Eles criam alternativas com base no que conhecem, confiam e conseguem aceder.

Este trabalho contribui para a reflexão sobre a articulação entre o Sistema Nacional de Saúde e os sistemas tradicionais de cuidado em Moçambique. Embora ao longo das últimas décadas, houve importantes avanços institucionais, como a cooperação entre o SNS e curandeiros, e a criação de estruturas no Ministério da Saúde voltadas à medicina tradicional, a etnografia realizada mostra que no quotidiano dos pacientes, esse encontro entre diferentes formas de cuidado de TB é vivido de maneira prática e criativa, muitas vezes sem mediação institucional. Assim, mais do que defender uma abertura que já existe em termos formais, este trabalho sugere a importância de compreender como essa abertura é apropriada, reinventada e traduzida pelos próprios doentes nas suas trajetórias terapêuticas.

Para além de reforçar o valor de uma abordagem antropológica nas questões de saúde, este trabalho aponta caminhos para futuras investigações. Seria importante, por exemplo, aprofundar o papel das redes familiares e comunitárias na adesão ao tratamento, ou explorar com mais detalhe o impacto da espiritualidade nas decisões terapêuticas.

Referências bibliográficas

Alene KA, Wangdi K, Clements ACA. Impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis control: an overview. *Tropical Medicine and Infectious Disease*.

Alves, P. e Iara, M. Sousa. 1999. “Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico”. In: *Experiência de doença e narrativa*. Ed. Rebelo, M. C. pag. 125-138.

Alves, P. 1993. A experiência da Enfermidade: Considerações teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 9(3):263-271.

Andom et al. 2023. The Impact of COVID-19 on Tuberculosis Program Performance in the Kingdom of Lesotho. *Academic Editor*, 8(3): 165.

Blaydes, L. & Gillum, R. M. (2013). Religiosity-of-Interviewer Effects: Assessing the Impact of Veiled Enumerators on Survey Response in Egypt. *Politics & Religion*, 6(3), 459–482.

Bardin, L. 2002. “*Análise de Conteúdo*”. Coimbra: Edição 70.

Boni, V. Quaresma, S. 2005. Aprendendo a entrevistar. *Como fazer entrevista em ciências sociais*. 1 (3): 68-80.

Burke, A. 2011 “Tuberculosis: ast and resent” *Reviews in Anthropology*, 40(1): 27-29.

Catania, J. A., Binson et al. 1996. Effects of interviewer gender, interviewer choice, and item wording on responses to questions concerning sexual behavior.

Carvalho, D. V. et al. 2010. Interacionismo simbólico: *origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social*. Brasil-Minas Gerais. Psicologia Ciência e profissão. 30 (1): 146-161.

Downey, L. et al. 2022. “The impact of COVID-19 on the provision of essential health services for endemic infectious diseases in the Southeast Asia region: A systematic review”. *The Lancet Regional Health-Asia*, 14, 100011.

Dubet, François. 1994. “Sociologia da Experiência Lisboa: Instituto Piaget.

García-Basteiro, A. L., et al. 2024. Strong effect of demographic changes on tuberculosis susceptibility in the Northern Cape Province, South Africa. *PLOS Global Public Health*,

4(1), e0002643. Disponível em:
<https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371%2Fjournal.pgph.0002643>

Gil, António. 1987. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, São Paulo: Atlas S.A;

Granjo, P. 2009. *Saúde e doença em Moçambique*. Brasil-São Paulo. Saúde social 8 (4): 567-58.

Gupta, R., & Reddy, K. 2021. Impact of COVID-19 on tuberculosis services in India. *Journal of Global Health*, 11, 04012.

Helman, C. 2007. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artmed.

Hino, P. *et al.* Impacto da COVID-19 no controle e reorganização da atenção à tuberculose. *Acta Paul Enferm*, v. 34, p. eAPE002115, 2021.

Jackson, P. D., Muyanja, S. Z., Sekitoleko, I., Bbuye, M., Helwig, M., Padalkar, R. & Siddharthan, T. (2023). Risk factors for disruptions in tuberculosis care in Uganda during the COVID-19 pandemic. *PLOS Global Public Health*, 3(6), <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001573>.

Lesosky, M. 2021. The effects of COVID-19 on tuberculosis control in South Africa. *Lancet Public Health*, 6(4), e236-e243.

Lima, N. T.; Buss, P. M.; Paes-Sousa, R. (2020). A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4).

Manhiça, I.; Augusto, O.; Sherr, K.; Cowan, J.; Cuco, R. M.; et al. (2022). COVID-19-related healthcare impacts: an uncontrolled, segmented time-series analysis of tuberculosis diagnosis services in Mozambique, 2017-2020. *BMJ Global Health*, 7(4). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007878>.

Marconi, M.& Lakatos, E. 2007. *Técnicas de pesquisa*. 6ª ed. São Paulo. Editora Atlas.

McQuaid, C. *et al*, 2020. “The impact of COVID-19 on TB: a review of the data. International” *Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 24(8), 858-865.

Miguel, M. A. 2022. “Itinerários terapêuticos e experiências dos pacientes no tratamento da tuberculose na Cidade de Maputo, Moçambique”. (Monografia). Maputo: Universidade Eduardo Mondlane.

Minayo, M. C. S. (Org.). 2001. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis:

Muela, Joan. 2007. “Pluralismo Médico em África”. in: *Mulher, Sida e acesso à Saúde na África Subsaariana: sob perspectiva das ciências sociais*. Medicus Mundi Catalunya. Pag. 105-115.

Organização Mundial de Saúde. Covid-19. 2020. In: OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. Acesso em: 13 set. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812.

Quivy, Raymond e Campenhoud, Luc Van. 2003. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.

PAI, Madhukar; KASAEVA, Tereza. Covid-19's Devastating Effect on Tuberculosis Care — A Path to Recovery. *New England Journal of Medicine*, v. 386, n. 1, p. 8–10, 2022. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2118145>. Acesso em: 20 out. 2025.

Pires, G. M. (2021). Análise das políticas de controlo da tuberculose e do perfil epidemiológico da doença em Moçambique [Tese de doutoramento, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório Institucional da UNL.

Richardson, R. J. 2003. “*Pesquisa social: métodos e técnicas*”. São Paulo: Atlas.

Sebastião, Y., et al. 2022. “Factors associated with poor asthma symptom control in adult patients in Luanda, Angola”. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 26(2), 134–140. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10862642/>.

Seng, P., et al. 2002. “Tuberculosis in Bissau: incidence and risk factors in an urban setting”. *International Journal of Epidemiology*, 33(1), 163–168. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/33/1/163/668189>

Sutherland, J., & Arentz, M. (2020). Tuberculosis in the Time of COVID-19: Challenges and Opportunities. *The American Journal of Medicine*, 133(5), 578-580.

Torcida, Paulo Carlos Inglês. 2021. Aspectos epidemiológicos da tuberculose e dos serviços de atendimento à pessoa com tuberculose no Município de Chimoio, Moçambique, 2018-2019.. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-06012022>. Acesso em: 26 ago. 2025.

Tessema, G. *et al.* 2022. “The COVID-19 pandemic and healthcare systems in Africa: a scoping review of the scope of preparedness, impact, and response”. *BMJ Global Health*, 7(1): 2-50

Uchoa, Elizabeth e Vidal, Jean. 1994. “Antropologia Medica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e Doença”. *Cad. Saúde pública* 10 (4): 497- 504.

Kant, S., & Tyagi, R. (2021). The impact of COVID-19 on tuberculosis: Challenges and opportunities. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*.