



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA

CURSO DE LICENCIATURA EM ANTROPOLOGIA

**TEMA: TB-MR COMO EXPERIÊNCIA BIOCULTURAL: ENTRE
VULNERABILIDADE SOCIAL, PLURALISMO TERAPÊUTICO E DESAFIOS
INSTITUCIONAIS NO DISTRITO MUNICIPAL DE KAMAXAQUENE NA
CIDADE DE MAPUTO**

Candidata: Domingas Bonifácio Malina

Supervisora: Prof.^a Dra. Sandra Manuel

Maputo, Junho de 2026

**TB-MR COMO EXPERIÊNCIA BIOCULTURAL: ENTRE
VULNERABILIDADE SOCIAL, PLURALISMO TERAPÊUTICO E DESAFIOS
INSTITUCIONAIS NO DISTRITO MUNICIPAL DE KAMAXAQUENE NA
CIDADE DE MAPUTO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Arqueologia e Antropologia, da Faculdade de Letras e Ciências Sociais na Universidade Eduardo Mondlane como requisito parcial para a obtenção do grau académico de Licenciatura em Antropologia.

Candidata

Supervisor

Presidente

Oponente

Universidade Eduardo Mondlane

Maputo, Junho de 2026

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, Domingas Bonifácio Malina, declaro que este trabalho é original. O mesmo é fruto da minha investigação e dedicação. O seu teor é autêntico, estando indicadas ao longo do trabalho e nas referências as fontes de informação por mim utilizadas para a sua elaboração. Declaro ainda que o presente trabalho nunca foi apresentado anteriormente, na íntegra ou parcialmente, para a obtenção de qualquer grau académico.

(Domingas Bonifácio Malina)

Maputo, _____ de _____ de 2026

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha rainha mãe *Ladina Victor Mugida Mucumate*, mulher forte e batalhadora. Obrigada pela confiança depositada e pelo seu apoio em todos os momentos da minha vida. Aos meus irmãos, *Dionísio Bonifácio Malina* e *Amina Bonifácio Malina*.

AGRADECIMENTOS

“Até aqui nos ajudou o senhor” (1 Samuel 7.12), inicio este trabalho agradecendo a Deus pela vida, pela saúde, obrigada Deus por me guiar e iluminar os meus caminhos. Agradeço a Deus, pela força, sabedoria e perseverança concedidas ao longo desta jornada acadêmica. Jornada esta marcada por desafios, aprendizado e crescimento pessoal, foi ele quem me sustentou iluminou os meus pensamentos e me concedeu coragem pra não desistir, *“Posso todas as coisas na aquele que me fortalece”* (filipenses 4:13).

Aminha mãe Laudina Victor, e aos meus irmãos Dionísio Malina e Amina Malina, expresso a minha profunda gratidão pelo amor incondicional, pelos conselhos, pelas orações e pelo apoio constante em todos os momentos da minha formação. Vocês são a minha base de e a minha maior motivação. Aos meus sobrinhos Wilson e Maya pelo carinho e amor. a minha cunhada Cristina Bonifácio Malina, pelo seu apoio incondicional durante meu percurso acadêmico,

De forma especial agradeço ao meu namorado meu eterno companheiro Tonny Muarramuassa, pelo apoio emocional, pela compreensão nos momentos de ausência, pelo incentivo constante e pelas palavras encorajadoras quando o cansaço e as incertezas surgiam, sempre me incentivou, apoiou, acreditou no meu potencial. A sua presença foi um suporte importante durante esta jornada.

Agradeço especialmente a minha supervisora, Prof. Dra. Sandra Manuel, agradeço pela orientação científica, pelas críticas construtivas e pelo acompanhamento rigoroso que contribui significativamente para a concretização deste trabalho.

Agradeço igualmente a todo o Corpo Docente do Departamento de Arqueologia e Antropologia (DAA), Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS), Universidade Eduardo Mondlane (UEM) que fizeram parte da minha formação durante o curso.

Aos colegas de turma de Antropologia de (2020), agradeço pelo encorajamento e partilha de experiências ao longo deste percurso acadêmico. Em especial aos viúvos Azira Furo, Lorena Marufo, Gilda Massango, Talvina Mabunda, Quietó Miguel e Titos João, a agradeço profundamente pelos momentos incríveis.

Aos meus colegas da residência universitária nº 7 da UEM, em especial a minhas pequenas Arifa Emamo, Genilzia Cinco reis, e a irmã que a faculdade me deu Vieza

Tualibo. Palavras são poucas pra descrever o quanto vocês foram importantes nesse processo

Em especial agradeço a minha irmã e mentora Vânia Raivoso Armando e seu esposo Chaibo José Armando que conheci no percurso académico, agradeço por todo apoio incondicional, pela disponibilidade constante, pelos materiais de estudo fornecido ao longo da minha formação e por cada palavras de orientação que contribuíram significativamente para meu crescimento académico e pessoal.

Aos profissionais de saúde e aos participantes do estudo, deixo os meus sinceros reconhecimentos pela disponibilidade e colaboração fundamentais para a realização desta pesquisa. Por fim, agradeço a todos que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito obrigado.

LISTA DE ABREVIATURAS

DAA	Departamento de Arqueologia e Antropologia
FLCS	Faculdade de Letras e Ciências Sociais
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
INS	Instituto de Nacional de Saúde
TB	Tuberculose
TB-MR	Tuberculose Multirresistente
TB-XDR	Tuberculose Extensivamente Resistente
UEM	Universidade Eduardo Mondlane

RESUMO

Numa sociedade rica em diversidade cultural, saber qual é o diagnóstico de sua população não basta, faz-se necessário a compreensão de como os pacientes lidam com a nova condição de saúde, mediante a construção social da enfermidade, os modelos explicativos mobilizados pelos pacientes e a forma como diferentes sistemas de conhecimento coexistem e se articulam no processo terapêutico. Nisto, o presente estudo procurou compreender os itinerários terapêuticos, os modelos explicativos e as práticas socioculturais mobilizadas por pacientes com TB-MR, na Cidade de Maputo.

A pesquisa adoptou uma abordagem qualitativa, de carácter descritivo e interpretativo, inspirada na perspectiva etnográfica da antropologia da saúde, analisando a forma como se articulam a biomedicina, a medicina tradicional e as práticas religiosas ao longo do processo de convivência com o diagnóstico. O trabalho de campo decorreu entre Agosto de 2024 e Outubro de 2025 e incluiu entrevistas semiestruturadas e observação participante. Participaram no estudo dezasseis (16) pacientes diagnosticados com TB-MR e seis profissionais de saúde que actuam no atendimento da tuberculose no distrito municipal de Kamaxaquene. A análise dos dados foi realizada por meio de análise de conteúdo temática, permitindo identificar padrões interpretativos, práticas terapêuticas e factores socioculturais associados à experiência da doença.

Os resultados demonstram que a TB-MR é vivenciada para além da sua dimensão biomédica, sendo interpretada através de múltiplos modelos explicativos que incluem causas biológicas, espirituais e sociais. Os itinerários terapêuticos revelam forte pluralismo médico, caracterizado pela circulação entre unidades sanitárias, igrejas e medicina tradicional. Verificou-se ainda que factores como pobreza, insegurança alimentar, efeitos colaterais do tratamento e estigma social influenciam significativamente a adesão terapêutica.

Conclui-se que a TB-MR constitui um fenómeno bio cultural profundamente marcado por desigualdades sociais e dinâmicas culturais locais. O seu enfrentamento exige abordagens integradas que articulem tratamento biomédico, apoio psicossocial, segurança alimentar e estratégias de comunicação culturalmente sensíveis.

Palavras-chave: *Tuberculose multirresistente; Itinerários terapêuticos; Modelos explicativos; Pluralismo médico e vulnerabilidade social.*

Índice de Tabela

Tabela 1: Dados Sociodemográficos dos Pacientes	17
Tabela 2: Dados dos funcionários	19

Índice

DEDICATÓRIA	I
AGRADECIMENTOS	II
LISTA DE ABREVIATURAS.....	IV
RESUMO.....	V
CAPÍTULO I. INTRODUÇÃO	1
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA	4
1.2 OBJECTIVOS.....	6
1.3 JUSTIFICATIVA.....	7
CAPÍTULO II. QUESTÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS: REVISÃO DA LITERATURA.....	9
2.1 PANORAMA DA TUBERCULOSE EM MOÇAMBIQUE	9
2.2 EXPERIÊNCIAS EMPÍRICAS SOBRE TB E CULTURA: ESTUDOS ANTERIORES EM MOÇAMBIQUE E ÁFRICA.....	11
2.3 ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	11
CAPÍTULO III. METODOLOGIA	14
CAPÍTULO IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PACIENTES COM TB-MR ENTREVISTADOS ...	16
4.2 PERCEPÇÕES DOS PACIENTES SOBRE AS CAUSAS DA TB-MR: MODELOS EXPLICATIVOS	19
4.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E PRÁTICAS DE CUIDADO.....	23
4.4 ADESÃO AO TRATAMENTO: ESTIGMA E DIMENSÃO SOCIAL	26
4.5 PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS DESAFIOS NO TRATAMENTO DA TB-MR.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
CAPÍTULO V. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
CAPÍTULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
CAPÍTULO VII. ANEXOS.....	40
7.1 GUIÃO PARA PACIENTES COM TB-MR.....	40
7.2 QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	43

Capítulo I. INTRODUÇÃO

Tudo começou com uma tosse que, inicialmente, foi interpretada como uma gripe comum. Essa percepção levou à adopção de práticas de autocuidado muito disseminadas no contexto sociocultural local, como o consumo de chá de limão com gengibre. Esta interpretação inicial da doença, baseada em experiências anteriores e em saberes populares, prolongou-se por muitos meses, durante os quais a trajectória terapêutica passou por diferentes instâncias de cuidado.

Ao longo desse período, recorreram-se a medicamentos adquiridos por conta própria em farmácias, a tratamentos administrados por curandeiros, ao uso de diversos chás tradicionais e, posteriormente, a práticas religiosas, incluindo orações e rituais realizados em igrejas. Apesar dessas tentativas, observou-se agravamento progressivo do estado de saúde, caracterizado por perda de peso, intensificação da tosse e debilidade física. Este percurso apresenta um itinerário terapêutico marcado pela articulação entre sistemas biomédicos, tradicionais e religiosos, padrão identificado também entre outros participantes desta pesquisa.

A primeira procura pelo centro de saúde resultou num diagnóstico inicial de amigdalite e infecção da garganta, com prescrição de medicamentos comuns. A ausência de melhoria após o tratamento contribuiu para a interrupção temporária do seguimento biomédico e reforçou interpretações alternativas da doença, incluindo a possibilidade de feitiçaria, interpretação igualmente referida por parte dos pacientes entrevistados no estudo. Após cerca de dois meses, uma nova ida ao hospital possibilitou a suspeita clínica de tuberculose, resultando na realização de exames laboratoriais e no diagnóstico de tuberculose multirresistente (TB-MR), experiência descrita como um momento de forte impacto emocional.

Esta narrativa individual retracts tendências observadas nos dados empíricos da pesquisa, segundo os quais a maioria dos pacientes com TB-MR na Cidade de Maputo percorre múltiplos itinerários terapêuticos antes da confirmação diagnóstica. Os resultados mostram que apenas uma minoria dos pacientes identifica a TB-MR exclusivamente como uma doença de causa natural, enquanto a maioria articula explicações que combinam fragilidade corporal, condições socioeconómicas adversas, castigo divino, herança espiritual ou feitiçaria.

Do ponto de vista antropológico, esta realidade levanta uma questão central relacionada com a forma como os indivíduos interpretam a doença e orientam as suas práticas de cuidado em contextos caracterizados pelo pluralismo terapêutico. Em muitas sociedades africanas, os processos de adoecimento não são compreendidos apenas a partir de explicações biomédicas, mas também a partir de sistemas simbólicos e culturais que articulam dimensões sociais, espirituais e morais da experiência humana. Assim, as interpretações atribuídas à doença influenciam directamente as decisões dos pacientes quanto à procura de tratamento, à escolha dos terapeutas e à continuidade ou abandono das terapias propostas. Neste sentido, o fenómeno observado entre os pacientes com TB-MR na Cidade de Maputo não se limita a um problema clínico ou epidemiológico, mas constitui igualmente um problema antropológico relacionado com a construção social da doença, os modelos explicativos mobilizados pelos pacientes e a forma como diferentes sistemas de conhecimento coexistem e se articulam no processo terapêutico.

A tuberculose (TB) permanece uma das principais doenças infecciosas a nível global, afectando de forma desproporcional populações em contextos de pobreza e vulnerabilidade sanitária. Apesar da existência de tratamento gratuito e eficaz, a doença continua a constituir um grave problema de saúde pública, particularmente em países de baixa renda como Moçambique (Nogueira 2023). O Instituto Nacional de Saúde reconhece que o país integra o grupo dos 23 países com maior carga de tuberculose no mundo, estimando-se a ocorrência de cerca de 100 mil novos casos por ano (INS 2022).

A forma multirresistente da tuberculose representa uma das maiores ameaças actuais à saúde pública, uma vez que se caracteriza pela resistência do bacilo da tuberculose aos principais fármacos de primeira linha, nomeadamente a isoniazida e a Rifampicina (OMS, 2024). O tratamento da TB-MR é prolongado, exige elevada adesão e está associado a efeitos colaterais severos, factores que, conforme evidenciado pelos dados empíricos deste estudo, contribuem para a cogitação do abandono terapêutico por parte de mais da metade dos pacientes entrevistados.

No contexto da Cidade de Maputo, particularmente no distrito municipal de Kamaxaquene, os pacientes com TB-MR enfrentam desafios que ultrapassam o domínio biomédico. Os resultados da pesquisa indicam que 56,2% dos pacientes recorreram a práticas terapêuticas alternativas em paralelo ao tratamento biomédico, com destaque para líderes religiosos, uso de ervas medicinais e automedicação. Esta realidade confirma que a

experiência da TB-MR é construída nas interações sociais, culturais e espirituais, e não apenas no espaço clínico.

A Antropologia da Saúde constitui, assim, um referencial analítico fundamental para compreender este fenómeno. Conforme argumentam Kleinman (1980) e Helman (2007), as experiências de doença e cura estão inseridas em sistemas culturais complexos, nos quais os modelos explicativos dos pacientes orientam as suas práticas de cuidado. A partir desta perspectiva, torna-se relevante analisar de que forma os pacientes interpretam a tuberculose multirresistente e como essas interpretações influenciam os seus itinerários terapêuticos. Os dados empíricos desta pesquisa corroboram esta perspectiva, ao mostrar que os pacientes recorrem às práticas tradicionais e religiosas como estratégia complementar para dar sentido ao sofrimento, enfrentar o estigma social e restabelecer o equilíbrio físico, social e espiritual.

Partindo destas constatações, esta pesquisa procura responder à seguinte questão: como os pacientes diagnosticados com tuberculose multirresistente na Cidade de Maputo constroem social e culturalmente a experiência da doença e de que forma essas interpretações influenciam os seus itinerários terapêuticos e a adesão ao tratamento biomédico?

Dessa forma, este trabalho tem o objectivo de compreender os itinerários terapêuticos, os modelos explicativos e as práticas socioculturais mobilizadas pelos pacientes com TB-MR na Cidade de Maputo, analisando a articulação entre a biomedicina e a medicina tradicional ao longo do processo de adoecimento e tratamento. Ao articular os dados empíricos com o referencial da antropologia da saúde, a pesquisa contribui para o debate sobre o pluralismo terapêutico e oferece dados para a formulação de políticas de saúde que levem em conta a questão cultural e que sejam mais ajustadas às realidades socioculturais dos pacientes urbanos em Moçambique.

Por fim, o trabalho estrutura-se em cinco capítulos. Após esta introdução, o segundo capítulo apresenta as questões teóricas e metodológicas, incluindo a revisão da literatura, o enquadramento teórico, a metodologia e os constrangimentos da pesquisa. O terceiro capítulo dedica-se à análise e discussão dos resultados obtidos. O quarto capítulo apresenta as conclusões do estudo, seguido das referências bibliográficas e dos anexos.

1.1 Problema de pesquisa

A tuberculose (TB) continua a constituir um importante problema de saúde pública a nível global, sendo agravada pelo aumento da resistência aos medicamentos, o que compromete a eficácia do tratamento e o controlo da doença (António et al., 2024). Em Moçambique, esta realidade representa um desafio significativo, particularmente em contextos urbanos como a Cidade de Maputo, onde entre Janeiro e Junho de 2025 foram registados 2457 pacientes que iniciaram tratamento para TB, dos quais 45 diagnosticados com tuberculose multirresistente (TB-MR) (MISAU, 2025).

Para Monedero-Recueroa et al. (2021), a resistência, as principais terapias de tratamento converteram a TB numa das principais causas de morte, esta resistência compreende não apenas os fármacos de primeira linha, tradicionalmente eficazes (Rifampicina e Isoniazida), como também as fluoroquinolonas. Kusheno et al. (2020), complimenta que tratamento inadequado da TB, é um factor importante que contribui para o desenvolvimento de cepas de TB resistentes aos farmacos de primeira linha, e que estes factores podem ser classificados em Factores do Sistema de Saude (treinamento inadequado e falta de materias para diagnostico e estoque de medicamentos), Factores da Terapia Biomedica (alta carga de comprimidos e longa duração do tratamento) e os Factores do Paciente (má adesão, má absorção e efeitos adversos dos medicamentos).

Devido a factores supracitados e o contexto sociocultural, muitos pacientes das unidades sanitárias de Moçambique recorrem simultaneamente a alternativas terapêuticas para obter explicações, alívio e cura, pois o tratamento da TB-MR é rigoroso, caro e inconveniente (regime terapêutico longo, com efeitos colaterais significativos). Isara e Akpodiete, (2015), destacam que muitos pacientes têm medo de lidar com estas circunstâncias e isso resulta na possibilidade de tratamento incompleto, abandono, reintegração e complicações adicionais.

Os mesmos autores, frisam que o sucesso do tratamento depende de diversos factores que podem se modificados pelo sistema de saúde, profissionais de saúde e o paciente, mas a atitude dos profissionais de saúde e pacientes de TB-MR em relação ao tratamento da doença dependem de seu conhecimento e percepção da doença e do processo de tratamento, além do contexto sociocultural ao qual estão inseridos, são os que por sua vez, determinam os comportamentos da busca por cura e saúde.

Diante disso, os estudos indicam ainda que persistem lacunas de conhecimento e interpretações sobre a TB-Multirresistente entre pacientes em diferentes contextos. Kusheno et al. (2020) descobriram que uma proporção considerável de pacientes associa a cura da TB-multirresistente a práticas como orações ou água benta, enquanto outros acreditam que o consumo de álcool é a causa da doença ou que remédios tradicionais podem ser eficazes no seu tratamento. Resultados semelhantes foram relatados por Viney et al. (2014), onde curandeiros declararam que trataram tuberculose com folhas e remédios, enquanto outros disseram que a tratariam com massagem, água e oração.

Em geral, a informação insuficiente e a consciência limitada sobre a doença actuam como barreiras ao seu controlo, levando os pacientes a confiarem em fontes alternativas de orientação (vizinhos, curandeiros tradicionais ou igrejas) que reforçam percepções distorcidas da doença e práticas prejudiciais de procura de cuidados de saúde. No contexto moçambicano, particularmente em áreas urbanas como a cidade de Maputo, tais crenças e práticas são fortemente influenciadas por factores socioculturais e religiosos, que desempenham um papel decisivo na definição dos itinerários terapêuticos dos pacientes.

Embora a literatura existente ofereça um panorama forte sobre aspectos biomédicos, epidemiológicos e socioculturais da tuberculose e da TB-MR, observa-se que a maioria dos estudos se concentra em indicadores clínicos, adesão terapêutica e prevalência de resistência, com ênfase nos determinantes estruturais e socioeconómicos. Pesquisas sobre as experiências subjectivas dos pacientes, particularmente a forma como articulam diferentes sistemas terapêuticos, permanecem poucos, sobretudo no contexto urbano em Moçambique. Além disso, poucos estudos abordam a intersecção entre pluralismo terapêutico e percepções de estigma, agência do paciente e negociação do tratamento ao longo do itinerário terapêutico.

Portanto, há uma lacuna na compreensão de como os pacientes constroem, adaptam e negociam suas práticas de cuidado diante da TB-MR. Este estudo pretende preencher esse vazio, oferecendo uma análise das dimensões biomédicas, sociais e culturais que moldam os itinerários terapêuticos na Cidade de Maputo. Diante da complexidade de factores determinante dos itinerários terapêuticos seguidos por cada paciente na busca pela cura, levanta-se a seguinte questão:

Como os pacientes com TB-MR na Cidade de Maputo constroem e articulam os seus itinerários terapêuticos entre biomedicina e medicina tradicional ao longo do processo de adoecimento e tratamento?

Nesse sentido, compreender os itinerários terapêuticos e os modelos explicativos dos pacientes é fundamental para desenvolver estratégias de saúde pública mais inclusivas. A perspectiva antropológica permite revelar dimensões subjectivas, simbólicas e culturais da doença, muitas vezes ignoradas pelas intervenções clínicas tradicionais. Além disso, contribui para o reconhecimento do pluralismo terapêutico como parte legítima da experiência de saúde, sobretudo em contextos urbanos africanos onde diferentes sistemas de cura coexistem.

1.2 Objectivos

1.2.1 Geral

Compreender os itinerários terapêuticos, os modelos explicativos e as práticas socioculturais mobilizadas pelos pacientes com TB-MR na Cidade de Maputo, no distrito municipal de Kamaxaquene. Analisando a articulação entre a biomedicina e a medicina tradicional ao longo do processo de adoecimento e tratamento.

1.2.2 Específicos:

- Identificar o perfil dos pacientes com TB- MR;
- Apresentar os modelos explicativos construídos pelos pacientes acerca das causas, transmissão e tratamento da TB-MR;
- Mapear os factores socioculturais, religiosos, económicos e institucionais que influenciam a circulação entre diferentes sistemas terapêuticos;
- Descrever os impactos do estigma, da discriminação e da vulnerabilidade socioeconómica na adesão ao tratamento;
- Caracterizar as divergências entre os profissionais de saúde no que diz respeito ao uso de práticas complementares de tratamento e aos desafios institucionais enfrentados.

1.3 Justificativa

Este trabalho justifica-se, em primeiro lugar, no plano pessoal e académico da autora, enquanto futura licenciada em antropologia. A escolha do tema resulta de uma experiência vivida. Tendo sido directamente afectada pela tuberculose multirresistente (TB-MR), a autora experimentou na própria trajectória os desafios físicos, emocionais e sociais associados à doença. Essa vivência conferiu ao trabalho um peso emotivo particular, transformando a pesquisa num exercício académico, e num processo reflexivo de ressignificação da experiência de adoecimento.

Enquanto futura profissional da antropologia, o estudo representa igualmente um exercício de aplicação dos instrumentos teórico-metodológicos da disciplina. A experiência pessoal com a doença suscitou questões que ultrapassam o plano biológico, conduzindo à problematização dos sentidos sociais da TB-MR, do estigma, da descrença no tratamento biomédico e da circulação entre diferentes sistemas terapêuticos. Desta forma, a pesquisa constitui um momento de consolidação da identidade académica da autora, articulando trajectória pessoal e formação científica numa abordagem reflexiva, conforme sugerido pela tradição etnográfica da antropologia contemporânea.

No plano disciplinar, a relevância do estudo inscreve-se no campo da Antropologia da Saúde e da Doença. Embora a tuberculose seja muito estudada sob o olhar epidemiológico e clínico, persistem lacunas na compreensão das experiências subjectivas dos pacientes, sobretudo no contexto urbano moçambicano. A TB-MR, em particular, é frequentemente analisada como problema de resistência bacteriana e adesão terapêutica, mas raramente como fenómeno bio cultural atravessado por desigualdades estruturais, crenças espirituais e processos de estigmatização. Ao privilegiar os modelos explicativos e os itinerários terapêuticos, este trabalho contribui para o aprofundamento do debate sobre pluralismo médico, agência do paciente e sofrimento social, reforçando a pertinência da antropologia na análise crítica das políticas e práticas de saúde.

A pesquisa também dialoga com discussões centrais da disciplina sobre vulnerabilidade estrutural, desigualdade e poder, evidenciando como a TB-MR pode ser compreendida como expressão de condições sociais marcadas por precariedade económica, insegurança alimentar e fragilidade institucional.

Por fim, a relevância social do trabalho é grande no contexto moçambicano. Moçambique permanece entre os países com elevada carga de tuberculose segundo a

Organização Mundial da Saúde, e a forma multirresistente representa um desafio crescente ao sistema nacional de saúde. A persistência do estigma, a circulação entre medicina tradicional, práticas religiosas e biomedicina, bem como as dificuldades de adesão ao tratamento, evidenciam a necessidade de abordagens culturalmente sensíveis.

Ao revelar as percepções, expectativas e estratégias dos pacientes com TB-MR na Cidade de Maputo, o estudo fornece contributo para a formulação de políticas públicas mais integradas, que considerem a dimensão farmacológica do tratamento, mas também os determinantes sociais e culturais que moldam a experiência da doença.

Capítulo II. QUESTÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS: REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Panorama da Tuberculose em Moçambique

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa milenar que continua sendo um problema de saúde pública global, especialmente em países de baixa e média renda. Trata-se de uma enfermidade causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch, identificado por Robert Koch em 1882 (Silva, 2010). Historicamente, a TB tem sido uma das doenças mais devastadoras, com elevada incidência desde o século XIX, afectando milhares de pessoas em diferentes partes do mundo (Nogueira, 2023).

Em Moçambique, a TB representa um dos principais desafios de saúde pública. Estima-se que, em 2018, tenham ocorrido cerca de 162.000 novos casos da doença, dos quais 93.456 foram notificados HIV. Os dados de Dados do MISAU (2019) indicam números elevados de incidência ao longo dos últimos anos, com centenas de milhares de casos estimados e dezenas de milhares notificados anualmente. A persistência desses números revela a forte associação entre TB e determinantes sociais, como pobreza urbana, insegurança alimentar, sobrelotação habitacional, acesso limitado aos serviços de saúde e elevada prevalência de HIV.

Segundo Pires (2021) A nível continental, a África Subsaariana permanece como uma das regiões com maior carga da doença. Em 2017, a taxa de incidência foi de 237 casos por 100.000 habitantes, com uma taxa de mortalidade de 39 por 100.000 entre pacientes HIV-negativos e 24 por 100.000 entre co-infectados (Pires, 2021). Entre 2015 e 2021, houve uma redução acumulada de 22% na incidência e 26% na mortalidade, embora os números ainda revelem um cenário preocupante.

Do ponto de vista epidemiológico, a transmissão da tuberculose ocorre por via aérea, através da inalação de partículas microscópicas expelidas por indivíduos com tuberculose pulmonar activa. Segundo Nogueira (2023), durante um ano vivendo em comunidade, o indivíduo que apresenta baciloscopia positiva pode infectar de 10 a 15 pessoas em média, sobre tudo em lugares ou ambientes comunitários com menos ventilação. Segundo o autor acima citado, e isso pode vir a acontecer em qualquer fase da vida.

Clinicamente a tosse com expectoração e a principal sintoma da tuberculose, e pode se manifestar de diferentes maneiras dependendo do estágio da infecção, os sintomas incluem tosse seca ou resistente, que geralmente duram mais de três semanas, inicialmente pode vir a ser seca, mas como tempo torna-se produtiva com secreção de escarro ou um muco. Em casos, mas graves a tosse, pode ser com sangue acompanhada com dor torácica, expectoração e dificuldade respiratória (Pinheiro, 2025). Os pacientes podem apresentar sintomas gerais como, febre baixa no final da tarde, e alta no final da noite, suores noturnos, perda de peso repentina, fadiga ou cansaço excessivo. (Pinheiro, 2025)

No entanto, tais manifestações nem sempre são prontamente reconhecidas como sinais de TB, sendo muitas vezes interpretadas como gripes prolongadas ou doenças do peito, o que contribui para o atraso na procura por diagnóstico. O diagnóstico da tuberculose baseia-se na combinação de avaliação clínica, exames laboratoriais e exames de imagem. Oclídio, Francisco Tete e Bunaia (2023) destacam que a cultura permanece o padrão-ouro para confirmação da doença, embora seja um método demorado.

No que concerne a tuberculose multirresistente (TB-MR) constitui um dos maiores obstáculos para o controle global da doença. A TB-MR é provocada por cepas do *Mycobacterium tuberculosis* resistentes aos principais fármacos de primeira linha, como à Rifampicina e à Isoniazida. A emergência das formas multirresistentes (TB-MR) e extensivamente resistentes (TB-XDR) representa uma ameaça crescente aos sistemas de saúde, exigindo respostas mais complexas e dispendiosas (Nardell, 2022).

A forma extremamente resistente (TB-XDR) inclui resistência a essas drogas, além de fluoroquinolonas e a pelo menos um dos medicamentos injectáveis de segunda linha, como Amikamicina, Kanamicina ou Capreomicina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Dados do MISAU (2019) indicam aumento progressivo dos casos de resistência em Moçambique, com taxas de sucesso terapêutico inferiores às observadas na TB sensível.

Os factores que contribuem para a emergência da resistência incluem regimes de tratamento inadequados, má adesão à medicação e fornecimento irregular de medicamentos (MISAU, 2009). Mitano et al. (2018) e Pires (2021) enfatizam que o diagnóstico precoce e o acompanhamento rigoroso são essenciais para o controlo da doença. O tratamento do TB-MR é prolongado e frequentemente acompanhado de efeitos adversos significativos, o que impacta a qualidade de vida dos pacientes e fragiliza a adesão terapêutica. Nesse contexto, factores institucionais, terapêuticos e socioculturais

interagem na produção da resistência, evidenciando que o fenómeno não pode ser compreendido exclusivamente em termos biomédicos.

2.2 Experiências Empíricas sobre TB e Cultura: Estudos Anteriores em Moçambique e África

As percepções culturais acerca da tuberculose influenciam directamente as formas de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. Historicamente, a TB foi conhecida por diferentes nomes. No plano sociocultural, Silva e Andrade (2023) destacam que a tuberculose foi historicamente associada a designações como peste branca e tísica, reflectindo interpretações morais e espirituais da doença. Em diferentes contextos africanos, a TB é, por vezes, relacionada a feitiçaria, castigo divino ou impureza espiritual, influenciando a busca por cuidados e contribuindo para o estigma. Pires (2021) observa que a percepção da TB como doença vergonhosa pode atrasar o diagnóstico e comprometer a adesão ao tratamento.

Estudos realizados em Moçambique e em outros países Africanos indicam que muitos pacientes articulam simultaneamente a biomedicina, a medicina tradicional e práticas religiosas na construção dos seus itinerários terapêuticos. A integração de líderes comunitários e curandeiros nos programas de saúde tem sido apontada como estratégia para reduzir barreiras culturais e aproximar os serviços biomédicos das realidades locais (Silva & Andrade, 2023).

2.3 Enquadramento Teórico e Conceptual

O quadro teórico deste trabalho é baseado na Antropologia da Saúde e da Doença, compreendendo a TB-MR como um fenómeno bio cultural que articula dimensões biológicas, simbólicas, políticas e estruturais. No contexto do estudo, a lente teórica contribuiu para deslocar a análise da tuberculose multirresistente de uma leitura apenas biomédica para uma abordagem que integra experiência vivida, desigualdade social, pluralismo terapêutico e produção local de sentidos.

A pesquisa dialoga, em primeiro lugar, com a tradição interpretativa da antropologia médica, particularmente com a distinção entre *disease* e *illness*, desenvolvida por Kleinman. Esta diferenciação permitiu compreender que a TB-MR, para além de uma entidade nosológica definida por protocolos clínicos, é também uma experiência subjectiva (*illness*) e uma condição socialmente reconhecida e moralmente avaliada (*disease*).

Estudos posteriores, como os reunidos por Biehl, Good e Kleinman (2007), reforçam que a doença deve ser analisada como experiência incorporada, moldada por contextos históricos e políticos específicos. No contexto do presente estudo, esta abordagem contribuiu para interpretar as narrativas dos pacientes como sistemas coerentes de interpretação que respondem a experiências concretas de sofrimento.

A noção de modelos explicativos revelou-se central para a análise dos dados empíricos. Conforme argumenta Kleinman (1980), os pacientes constroem explicações sobre a etiologia, o curso e o tratamento da doença com base em repertórios culturais disponíveis. Good (1994) aprofunda esta perspectiva ao defender que a doença é constituída narrativamente, o sofrimento reorganiza a biografia do sujeito e exige uma reconstrução simbólica do mundo. No contexto do estudo, esta lente teórica contribuiu para compreender como interpretações que associam a TB-MR à feitiçaria, ao castigo divino ou ao desgaste social representam formas de reinscrever o sofrimento num horizonte moral inteligível.

Contudo, para além da dimensão interpretativa, este trabalho ancora-se também numa abordagem crítica da antropologia da saúde, que enfatiza os determinantes estruturais da doença. A partir do conceito de violência estrutural, desenvolvido por Farmer (2004; 2006), a TB-MR pode ser analisada como expressão biológica de desigualdades históricas e económicas. Farmer argumenta que epidemias como a tuberculose são patologias da desigualdade, produzidas por contextos de pobreza, precariedade alimentar e acesso limitado aos serviços de saúde. No contexto da Cidade de Maputo, esta perspectiva permitiu interpretar a resistência aos fármacos como resultado de condições sociais que limitam a continuidade terapêutica.

Em articulação com esta abordagem, Fassin (2001; 2005) propõe compreender os itinerários terapêuticos como práticas inscritas em economias morais e políticas da vida. Para Fassin, a gestão da doença envolve disputas sobre o valor das vidas e sobre quem merece cuidado prioritário. Segundo o autor as sociedades não apenas gere a população, mais atribui valores desiguais a diferentes vidas humanas. Neste caso as escolhas dos indivíduos sobre os seus itinerários terapêuticos são moldados por valores, emoções e normas morais que circulam numa determinada sociedade. No contexto deste estudo, a lente teórica contribuiu para analisar como a precariedade económica, a perda de emprego e o estigma condicionam a adesão ao tratamento da TB-MR, revelando que o sucesso

terapêutico depende de factores que ultrapassam o domínio clínico. Fassin (2005), danos a base teórica para explicar por que esses caminhos são escolhidos dentro de um contexto moral político.

O pluralismo médico constitui outro eixo estruturante do enquadramento teórico. Segundo Helman (2007), os indivíduos recorrem simultaneamente a diferentes sistemas de cura, como o biomédico, tradicional e religioso, não de forma caótica, mas segundo uma lógica pragmática orientada pela busca de eficácia. Menéndez (2003) argumenta que os sujeitos articulam práticas de automação com o modelo médico hegemónico, produzindo sínteses terapêuticas próprias. No contexto do estudo, esta abordagem contribuiu para compreender os itinerários terapêuticos dos pacientes com TB-MR como estratégias activas de gestão da incerteza.

A tuberculose, especialmente em sua forma resistente (TB-MR), carrega consigo um estigma social significativo que impacta directamente os pacientes, suas famílias e o próprio processo de tratamento. O estigma, conforme definido por Goffman (1963), refere-se à desvalorização social que recai sobre indivíduos com certas características ou doenças, tornando-os “marcados” e frequentemente excluídos. No contexto da TB-MR, esse estigma é agravado pela associação com a co-infecção HIV/AIDS e pela percepção de que a doença é contagiosa e incurável, o que frequentemente resulta em isolamento social, discriminação e sofrimento psicológico (Francisco, 2020). Esses factores complicam a adesão ao tratamento biomédico e incentivam a busca por alternativas terapêuticas, muitas vezes no campo da espiritualidade e da medicina tradicional.

Parker e Aggleton (2003) defendem que o estigma deve ser compreendido como processo social ligado a relações de poder e desigualdade. Assim, a TB-MR, ao ser associada à pobreza e ao contágio, produz processos de exclusão que afectam a identidade e a posição social do indivíduo. No contexto do estudo, esta lente teórica contribuiu para interpretar o silêncio, o isolamento voluntário e a ocultação do diagnóstico como estratégias de gestão de uma identidade ameaçada.

No contexto do estudo, as lentes teóricas contribuíram decisivamente para compreender a TB-MR como fenómeno bio cultural complexo, no qual a adesão ao tratamento, o recurso à medicina tradicional e a experiência do estigma são produzidos na intersecção entre sentidos culturais e constrangimentos estruturais.

Capítulo III. METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, descritiva e interpretativa, que foi realizada em duas etapas primeira o trabalho de campo a segunda revisão bibliográfica, cujo objectivo central é de compreender os itinerários terapêuticos, os modelos explicativos e as práticas socioculturais mobilizadas por pacientes com tuberculose multirresistente (TB-MR) na Cidade de Maputo, articulando dimensões biomédicas, tradicionais e religiosas. A abordagem qualitativa se mostrou adequada para apreender significados, sentidos e narrativas dos próprios sujeitos, valorizando suas perspectivas e contextos culturais, conforme destacam Gil (2019) e Rodrigues e Silva (2025), e possibilitando que dimensões subjectivas da experiência da TB-MR fossem exploradas em profundidade.

O trabalho de campo, decorreu entre Agosto de 2024 á Outubro de 2025, abrangendo aproximadamente catorze (14) meses de trabalho de campo intensivo. As entrevistas foram feitas em dois momentos primeiro momento junto a profissionais de saúde no distrito municipal de Kamaxaquene, que mantem contacto directo com pacientes diagnosticados com tuberculose, e o segundo momento junto aos pacientes em suas próprias residências. Foram seleccionados 16 pacientes com diagnóstico confirmado de TB-MR, em tratamento activo ou que haviam concluído recentemente, e 6 profissionais de saúde que atendem a população-alvo, escolhidos por amostragem intencional, priorizando a disponibilidade e a capacidade de contribuir para a compreensão das trajectórias terapêuticas.

O número de participantes foi definido com base no critério de saturação de dados, encerrando-se as entrevistas quando não surgiram novas informações relevantes (Guest, Bunce e Johnson, 2006). Os critérios de inclusão para os pacientes consideraram diagnóstico confirmado de TB-MR, capacidade cognitiva, disponibilidade para participar do estudo e adesão ou conclusão recente do tratamento, enquanto os profissionais foram recrutados de forma voluntária.

A recolha de dados baseou-se no carácter etnográfico, realizado com base na observação directa e participante acompanhada com entrevistas semiestruturadas. Segundo Marisa Peirano (1992), a etnografia permite que os pesquisadores compreendam a complexidade, a ambiguidade, e as dinâmicas do local onde se esta a realizar a pesquisa. As entrevistas foram aplicadas presencialmente e registadas digitalmente via *KoboCollect* (versão 2025.2.3), permitiram que os participantes relatassem suas experiências de forma

detalhada, abordando percepção da doença, itinerários terapêuticos, adesão ou abandono do tratamento biomédico, práticas tradicionais e religiosas, desafios enfrentados e experiências de estigma. O roteiro incluiu perguntas abertas, fechadas e escalas de atitude, permitindo a caracterização sociodemográfica, a captura de narrativas pessoais e a avaliação de percepções e sentimentos na relação médico-paciente. A observação directa complementou as entrevistas, possibilitando compreender o contexto clínico e social, as interações entre pacientes e profissionais, e a coexistência de práticas biomédicas, tradicionais e religiosas.

O instrumento de pesquisa foi elaborado a partir de referenciais da Antropologia da Saúde, incorporando os modelos explicativos de Kleinman (1980), o conceito de estigma social de Goffman (1963), as abordagens sobre itinerários terapêuticos de Fassin (1996) e o pluralismo terapêutico de Helman (2007). Esses referenciais permitiram estruturar as perguntas e categorias de análise, garantindo que as experiências subjectivas, culturais e sociais fossem articuladas com os aspectos biomédicos da TB-MR.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, conforme Bardin (2011), em etapas que incluíram a transcrição e organização das entrevistas, leitura flutuante para familiarização com os dados, codificação sistemática, agrupamento das categorias e identificação de temas emergentes relacionados a itinerários terapêuticos, modelos explicativos, práticas tradicionais e factores socioculturais. Essa abordagem possibilitou identificar padrões, significados e estratégias adoptadas pelos pacientes para gerenciar o tratamento, considerando o impacto do estigma, efeitos colaterais e barreiras estruturais no contexto urbano de Maputo.

Todos os procedimentos éticos foram rigorosamente observados, em conformidade com normas nacionais e internacionais, incluindo a Declaração de Helsink. Foi obtido consentimento verbal livre e esclarecido de todos os participantes, garantindo voluntariedade, anonimato e confidencialidade, e assegurando o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo ou consequências. Dessa forma, a metodologia adoptada permitiu compreender de maneira integrada as dimensões biomédicas, sociais, culturais e espirituais que estruturam os itinerários terapêuticos e a experiência da TB-MR na Cidade de Maputo, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de estratégias de saúde culturalmente sensíveis e mais eficazes.

Capítulo IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta e discute os resultados do estudo sobre as narrativas dos pacientes com tuberculose multirresistente (TB-MR) e de profissionais de saúde envolvidos no seu acompanhamento, no distrito municipal Kamaxaquene, da cidade de Maputo. Onde o principal foco dessa análise centra-se nas experiências vividas da doença, nos significados atribuídos a TB-MR, nos itinerários terapêuticos seguidos e nos desafios sociais e institucionais que atravessam o processo de tratamento.

O capítulo está organizado em cinco subcapítulos: i) perfil sociodemográfico dos pacientes com TB-MR; ii) percepção dos pacientes sobre a causa da TB-MR; iii) itinerários terapêuticos e práticas de cuidado; iv) adesão ao tratamento estigma e discriminação; v) perspectiva dos profissionais de saúde sobre os desafios no tratamento da TB-MR. Inicia-se com a apresentação e interpretação do perfil dos pacientes entrevistados, enquanto base contextual para a análise subsequente.

4.1 Perfil sociodemográfico dos pacientes com TB-MR entrevistados

A amostra resultante do processo de colecta de dados para a realização do presente estudo, é constituída por dezasseis (16) pacientes participantes em tratamento de tuberculose multirresistente (TB-MR) residentes no distrito municipal de Kamaxaquene, na Cidade de Maputo. A análise de dados mostra um grupo de pacientes com trajectórias sociais heterogenias, embora transversalmente marcadas por diferentes formas de vulnerabilidade que transcendem a dimensão clínica. Os entrevistados situam-se, na sua maioria, em faixas etárias jovens e adultas, com idade compreendidas entre os 18 e os 55 anos.

Os dados sociodemográficos dos pacientes são apresentados na Tabela 1, dentre os pacientes, 56,2% corresponde a participantes do sexo feminino, com predominância das faixas etária entre 18 a 25 anos (31,25%) e 46 a 55 anos (25%), e nível de escolaridade secundário (56,25%, 8ª á 12ª classe), sendo que mais da metade (68,75%) pertence a religião Protestante/Evangélica e 56,25% declarou exercer alguma actividade económica.

Tabela 1: Dados Sociodemográficos dos Pacientes

Pseudônimo	Idade	Gênero	Escolaridade	Ocupação	Tempo de Diagnóstico
1. Ana Maria	25	F	Ensino superior	Comerciante	1-2 Anos
2. Beatriz José	35	F	Sem escolaridade	Desempregado	1 Ano
3. Carlos Alberto	24	M	Ensino Médio	Comerciante	9 Meses
4. Delfina Luís	18	F	Ensino superior	Comerciante	1-2 Anos
5. Helena Sambo	36	F	Ensino médio	Empreendedor	1-2 Anos
6. Fátima Paulo	30	F.	Ensino Técnico	Construtora	5 Meses
7. Gisele João	28	F.	Ensino Médio	Comerciante	15 Meses
8. Hélder Muianga	55	M	Ensino Primário	Desempregado	14 Meses
9. Isabel Siteo	33	F	Ensino Médio	Empreendedor	6 Meses
10. João Baptista	21	M	Ensino Médio	Estudante	3 Meses
11. Lucas tembe	50	M	Ensino Primário	Camponês	11 Meses
12. Marta Mondlane	39	F.	Ensino Primário	Comerciante	9 Meses
13. Nilza Feliciano	26	F	Ensino médio	Empreendedor	8 Meses
14. Orlando José	23	M.	Sem escolaridade	Desempregado	18 Meses
15. Paulo Roberto	45	M	Ensino Médio	Cobrador	7 Meses
16. Rosa Maria	22	F	Ensino Médio	Estudante	4 Meses

Este dado confere uma relevância social crítica ao impacto da TB-MR, uma vez que a doença atinge o indivíduo no auge da sua capacidade produtiva. Conforme argumentam Farmer et al. (2006), a tuberculose deve ser compreendida como uma “patologia da desigualdade”, cujas manifestações biológicas são indissociáveis das condições materiais de existência, resultando frequentemente naquilo que a literatura denomina como custos catastróficos para o núcleo familiar.

Contrariamente a uma associação histórica e epidemiológica que tende a vincular a TB-MR a um perfil exclusivamente masculino, a amostra em estudo evidencia uma presença significativa de mulheres (56,25%), incluindo jovens adultas. Esta evidência sugere a necessidade premente de evitar leituras homogêneas do perfil epidemiológico e de considerar as especificidades de gênero na experiência da doença. Para as mulheres, a TB-MR não representa apenas um desafio biológico, mas uma profunda responsabilidades nos familiares e no trabalho de cuidado. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2021), as disparidades de gênero na tuberculose moldam não apenas a prevalência, mas sobretudo

as barreiras no acesso ao diagnóstico precoce e a manutenção da adesão ao tratamento face ao estigma social.

No que diz respeito à escolaridade, observa-se uma diversidade de percursos educativos que desafia preconceitos estabelecidos. Embora uma parte considerável dos entrevistados apresente níveis baixos de escolarização (25%) ou ausência de instrução formal (6,25%), os dados revelam também a existência de pacientes com ensino secundário completo (56,25%) e até mesmo ensino superior (12,5%). Tal constatação contraria uma leitura linear que associa automaticamente a TB-MR à baixa escolaridade, indicando que o conhecimento formal, isoladamente, não constitui um factor de protecção suficiente contra a exposição e o desenvolvimento da doença. No entanto, as interrupções frequentes nestes percursos educativos, motivadas por crises de saúde ou dificuldades económicas, acabam por cristalizar trajectórias de maior vulnerabilidade social e exclusão a longo prazo.

Relativamente à ocupação profissional, os dados indicam a coexistência de diferentes formas de inserção laboral, com uma predominância marcada pelo trabalho informal, como a venda ambulante e pequenos negócios esporádicos. Mesmo nos casos de trabalho formal assalariado, a TB-MR surge como um factor de descontinuidade laboral severa, seja pela perda imediata de rendimento ou pela extrema dificuldade em conciliar um tratamento longo e debilitante com as exigências produtivas.

Nas entrevistas podem perceber que estes pacientes enfrentam várias dificuldades diariamente como a falta de meios de sustento, alguns pacientes mencionaram a falta de condições, como um dos motivos que o leva procura de outras formas de tratamento ou até mesmo o abandono do tratamento. Como referem Bertolozzi et al. (2011), a resistência aos fármacos é, muitas vezes, o reflexo biológico de uma resistência sistémica em prover redes de protecção social eficazes. Em linhas gerais, o perfil sociodemográfico destes pacientes revela que a TB-MR não é apenas um problema biomédico, mas uma condição que se inscreve em trajectórias de vida marcadas por desigualdades estruturais, interrupções e instabilidade permanente.

Além dos pacientes, seis (6) profissionais de saúde participaram (Tabela 2), sendo três (3) profissionais de saúde e três (3) activistas de TB, que possuíam um tempo médio 7,3 anos de experiência no sector da saúde (variando entre 2 e 22 anos) e 4,2 anos de experiência específica na área da tuberculose, compondo um grupo diversificado quanto

ao tempo de serviço e contacto com pacientes e envolvimento directo na resposta ao problema da tuberculose. Esta é uma composição típica das equipas de trabalho com TB em Moçambique, nas quais os activistas comunitários assumem papel relevante na ligação entre o sistema biomédico e os pacientes, auxiliando na monitorização da adesão e no apoio psicossocial.

Tabela 2: Dados dos funcionários

Pseudónimo	Função Principal	E. Saúde	E. com TB
1. António Luís	Médico	10 Anos	7 Anos
2. Maria Chirinda	Enfermeiro	15 Anos	10 Anos
3. Sérgio Paulo	Técnico de Medicina	8 Anos	5 Anos
4. Norda Vílanculos	Assistente Social	12 Anos	8 Anos
5. Carlos Nhaca	Enfermeiro	22 Anos	11 Anos
6. Nelson Machava	Activista de TB	2 Anos	2 Anos

4.2 Percepções dos pacientes sobre as causas da TB-MR: Modelos Explicativos

Este subcapítulo explica sobre as percepções dos pacientes acerca das causas da TB-MR apresentam uma complexa articulação entre diferentes modelos explicativos, que combinam dimensões biomédicas, sociais, morais e espirituais, sendo que, essas interpretações, apesar de aparentarem surgir de forma isolada, são produzidas a partir das trajetórias de vida dos entrevistados, das condições materiais de existência, das experiências anteriores com a doença e das referências culturais que estruturam o seu quotidiano.

Do ponto de vista da antropologia médica, essas narrativas constituem o que Kleinman (1980) designa como “modelos explicativos”, ou seja construções teóricas, crenças ou abordagens que explicam, as causas, evolução e tratamento de enfermidades, variando desde as explicações mágicas, biomédicas e sociais que os indivíduos utilizam para conferir sentido ao episódio da doença. Dos 16 pacientes entrevistados, seis (6) identificou como causa principal da doença a Fraqueza do corpo e desnutrição, cinco (5) assumiu não ter conhecimento da causa, enquanto dois (2) atribuiu a origem da doença a Feitiçaria e Inveja, somente três (3) do paciente identifica as Causas naturais (contágio pelo ar) como o factor de contaminação pela TB-MR.

As intervenções dos próprios pacientes deixam isto muito claro. Um deles explicou a doença misturando motivos materiais e espirituais:

Falta de condições e alimentação falhadas me fizeram perder muito peso, e eu andava muito ocupada com o trabalho, e parei de ir à igreja. Eu antes de conseguir trabalhar eu ia a igreja em todas correntes de quebra da maldição da vida financeira. Eu pedi a Deus um emprego, e ele deu-me um emprego. Quando eu comecei a trabalhar, fiquei sem tempo pra ir à igreja, de repente comecei a adoecer e perde muito peso. eu lembrei do voto que eu tinha feito com Deus. Então às vezes Deus traz problemas para nos voltarmos a ele, eu acredito nisso porque depois que eu apanhei tuberculose, voltei a ir mais para a igreja e fazer mais propósito, me voltei para Deus. Aquilo foi um castigo, para ele me mostrar que eu sem ele eu não sou nada, mas graças a Deus hoje eu voltei pra Deus está bem e já estou a recupera.” (Paciente: Delfina Luís)

Nesta narrativa, observa-se que a TB-MR é resinificada através de uma linguagem moral e religiosa. A doença assume a função de uma pedagogia divina ou um castigo restaurador, destinado a corrigir o afastamento espiritual do indivíduo. Como observa Good (1994), o mundo da doença é um mundo refeito através da narrativa, o paciente reconstrói a sua biografia integrando o sofrimento num plano maior de salvação e compromisso religioso. A tuberculose deixa de ser um evento aleatório para se tornar um evento com propósito moral.

De forma recorrente, os pacientes demonstram dificuldades em compreender plenamente a origem da TB-MR, expressando sentimentos de incerteza e confusão face ao diagnóstico. Esta incerteza reflecte, por um lado, lacunas na comunicação em saúde e, por outro, a complexidade do próprio conceito de tuberculose multirresistente, que não é facilmente assimilável fora do campo biomédico. Esta incomunicabilidade diagnóstica gera um vazio de sentido que o paciente preenche com interpretações baseadas no seu contexto sociocultural. Uma paciente afirma:

“Eu não sei dizer bem o que causou essa doença. Só sei que eu trabalhava muito, saía cedo e voltava tarde, muitas vezes sem comer bem. O corpo foi ficando fraco, comecei a emagrecer, a tossir, e só depois fui ao hospital. Até hoje penso que isso veio do cansaço e da vida difícil que eu levava.” (Paciente Carlos Alberto).

O Paciente Carlos Alberto, demonstra uma leitura da doença associada ao desgaste físico e às condições de vida, aproximando-se de explicações sociais da enfermidade. Segundo Kleinman (1980), os doentes constroem modelos explicativos que articulam sintomas corporais e experiências sociais, dando sentido à doença a partir do quotidiano vivido. Esta percepção remete para o conceito de corpo social, onde o sofrimento físico é interpretado como um reflexo directo das pressões estruturais e da precariedade. A doença, neste caso, é vista apenas como o resultado de uma vida difícil que desgastou as defesas do organismo. Para outros pacientes, a ausência de antecedentes familiares conduz a interpretações de ordem espiritual:

“Na minha casa não sou a única que já apanhou essa doença, tem um espírito da doença que ataca todos os anos a família. Apanham tuberculose porque meu avô morreu com essa doença que herdou dos antepassados, e por ano uma pessoa da família apanha e fica doente.” (Paciente Beatriz José)

Estas interpretações mostram que a TB-MR é compreendida para além do campo biomédico. A esse respeito, Kleinman (1980) sublinha que explicações espirituais podem não significar necessariamente rejeição da medicina, mas tentativas de tornar a doença compreensível dentro de universos culturais específicos. O que torna interessante particularmente a narrativa da Paciente Beatriz José é a forma como ela articula a ideia da doença associada a uma herança dos antepassados, o que pode mostrar que a ideia de modelo explicativo é bastante complexa. Aqui, o conceito de contágio é substituído pela ideia de herança espiritual ou destino familiar.

Helman (2007) mostra que a etiologia em muitas culturas não se limita ao indivíduo, mas estende-se ao grupo familiar e às relações com o mundo invisível, onde a doença é uma manifestação de desequilíbrios ancestrais. Há ainda pacientes que reconhecem o seu desconhecimento sobre a origem da doença, oscilando entre a explicação técnica e a incerteza da exposição:

“No hospital eles explicaram que tuberculose vem através de contacto com outras pessoas que já tem que poder transmitir pelo ar, então eu não sei onde eu apanhei, eu estudo e pego dois a três chapas pra chegar na escola então fica difícil saber onde eu apanhei” (Paciente Helena Sambo)

A Paciente Helena Sambo, tem dificuldade de conciliar a teoria dos germes com a experiência vivida no espaço público (escola, transportes/chapa). O paciente aceita a explicação biomédica, mas a invisibilidade do bacilo gera uma angústia sobre a origem do contágio, transformando o ambiente social num espaço de perigo omnipresente. Como explica uma das pacientes que não sabe como e onde apanhou a doença:

“Sendo sincero eu não sei dizer, eu vivo rodeada de muitas pessoas, posso ter apanhado na escola, no chapa ou na estrada já que o vírus é transmitido através do ar e ele pode ficar oito horas no ar, ninguém sabe onde apanhou essa doença.” (Paciente Ana Maria).

Outro paciente apresentou uma narrativa que mostrava a recorrência da doença na família, mas sob um prisma de conflito social:

“Na minha casa meu pai morreu com essa doença dele também era tuberculose de dois anos que nem essa minha (...), ficou muito tempo com essa doença e acabou morrendo e em casa falaram, que é feitiçaria porque meu pai trabalhava e sustentava todos da família dele os irmãos da parte paterna, meu avô tinha vários terrenos assim que ele faleceu deixou com o meu pai como filho mais velho, meu pai vendeu os terrenos e não deu a parte do terreno minha tia.” (Paciente Nilza Feliciano).

Neste caso, a TB-MR é interpretada através do idioma da feitiçaria, que, como explica Fassin (2003), funciona frequentemente como uma forma de explicar a desgraça biológica através de tensões sociais. A feitiçaria não nega os sintomas, mas responde à pergunta: *“porquê eu e porquê agora?”*. A disputa por terrenos e as obrigações familiares não cumpridas fornecem a lógica para o surgimento da doença. A TB-MR torna-se, assim, a materialização física de um conflito interpessoal e ético.

Em resumo, este subcapítulo mostrou que as percepções sobre as causas da TB-MR são marcadas por incerteza e diversidade explicativa, combinando saberes biomédicos parciais com interpretações sociais e espirituais. Esta hibridização de saberes é o que é chamado de sincretismo médico, influenciando directamente a forma como a doença é significada, enfrentada e como o itinerário terapêutico é construído entre o hospital, a igreja e a esfera doméstica.

4.3 Itinerários terapêuticos e práticas de cuidado

Neste subcapítulo vamos ver que os itinerários terapêuticos dos pacientes com TB-MR apresentam percursos complexos, caracterizados por uma constante circulação entre diferentes sistemas de cuidado. Estes percursos são processos dinâmicos que reflectem tanto as interpretações subjectivas que os pacientes constroem sobre a etiologia da doença quanto as possibilidades concretas e as barreiras estruturais de acesso aos serviços de saúde.

Na perspectiva da antropologia, o itinerário terapêutico é entendido como a sucessão de decisões e estratégias adoptadas por indivíduos e seus grupos sociais para enfrentar um problema de saúde. De forma geral, o contacto com o sistema biomédico oficial ocorre muitas vezes após tentativas iniciais de tratamento em outros espaços, como instâncias religiosas, medicina tradicionais ou o uso de remédios caseiros no âmbito do Auto tratamento.

Mesmo após a entrada no sistema hospitalar e o início do rigoroso protocolo para a TB-MR, muitos pacientes continuam a mobilizar recursos espirituais e simbólicos como forma de complementar e sustentar o cuidado biomédico. Uma paciente relata:

“Quando comecei o tratamento no hospital, eu obedecia tudo o que os médicos diziam. Eu tomava os meus comprimidos na hora certo, ia a todas as consultas no hospital. Mas também sentia que precisava de algo a mais, esse mundo tem donos e eu precisava também de uma ajuda espiritual, eu precisava de Deus, eu tinha que ter uma cura interna. Eu já estava sem forças pra continuar. Por isso ia sempre à igreja pedir orações. Para mim, isso dava força para continuar o tratamento”
(Paciente Fátima Paulo).

Este posicionamento exemplifica o que Langdon (2014) define ao afirmar que os itinerários terapêuticos são construídos a partir de múltiplas referências culturais e experiências pessoais, não obedecendo a uma lógica exclusiva da biomedicina. A adesão ao tratamento hospitalar não anula a busca pelo sagrado, pelo contrário, a espiritualidade actua como um suporte psicossocial que ajuda a suportar a toxicidade dos fármacos e o isolamento social imposto pela doença.

Essa coexistência de saberes é partilhada por outro entrevistado que explica:

“Eu tomava os medicamentos todos os dias, mas ao mesmo tempo procurava ajuda espiritual. Eu não via isso como algo errado, porque o meu objectivo era ficar curado e não piorar. Os médicos podem ter todas ferramentas de cura nos dar medicamentos, mas se Deus não colocar a mão será tudo em vão.” (Paciente Gisele João).

Esta postura revela um pragmatismo terapêutico onde o paciente actua como um agente activo que gere diferentes ofertas de cura. Conforme sugere Menéndez (2003), os sujeitos articulam práticas de Auto tratamento com o modelo médico hegemónico para sintetizar soluções que façam sentido no seu contexto de vida. A complementaridade, e não a exclusão, é a norma nestes itinerários, onde o sucesso da cura é atribuído a uma convergência de forças técnicas e metafísicas.

Antes do diagnóstico definitivo de multirresistência, o recurso à medicina tradicional surge frequentemente como a primeira linha de resposta face aos sinais corporais, como descreve o paciente

“Quando comecei a sentir dores e tosse, pensei que era uma doença normal ou espiritual. Fui primeiro ao curandeiro, no curandeiro fiz o tratamento durante 2 meses, eu fiz vários tratamentos e nada resultou. A fazer toma só depois, quando vi que não melhorava, é que fui ao hospital.... Actualmente só faço o tratamento hospitalar e vou a igreja.” (Paciente Rosa Maria)

Esta trajectória confirma que a procura inicial por cuidados fora do sistema biomédico está intrinsecamente ligada às interpretações ontológicas da doença. Na antropologia da saúde, estas escolhas representam respostas culturalmente situadas e fundamentadas na experiência histórica do grupo social. Langdon (2014) reforça que o percurso do doente é influenciado pela rede social de apoio, que ajuda a validar ou redefinir o diagnóstico e a escolher o terapeuta, seja ele o médico, o curandeiro ou o pastor. Todavia por motivos religiosos, algumas pessoas não devem recorrer à medicina tradicional como mostra esse paciente:

“Eu venho duma família que segue as escrituras sagradas eu sou muçulmano desde que me intendo como pessoa, sofro com essa doença a mas de dois anos. Eu sou religioso e não me meto em assuntos que envolvem práticas obscuras. Apesar do meu tratamento ter passado o tempo estimado de cura eu não

parro de confiar em Allah. Eu sofro com essa doença, mas a única coisa que faço é fazer meus dhua, e seguir com os medicamentos que dão no hospital embora os medicamentos são muito fortes. Eu prefiro ir ao hospital do que eu ir no curandeiro, um curandeiro nunca vai conseguir dizer quando eu tiver falta de sangue no corpo ou minha imunidade estar baixa, ele nunca vai-me dar bolsa de sangue nesses casos.” (Paciente Paulo Roberto).

Contudo, o encontro entre estes diferentes sistemas de cuidado nem sempre é isento de tensões. Alguns pacientes relatam mudanças nas suas práticas após a orientação directa dos profissionais de saúde, evidenciando o poder de autoridade da biomedicina no controlo do corpo e das substâncias ingeridas:

“O médico explicou que certos chás podiam fazer mal quando combinados com alguns comprimidos que eu estou a tomar.... Depois disso, eu parei com essas coisas e fiquei só com o tratamento do hospital” (Paciente Hélder Muianga)

Este movimento de abandono de práticas tradicionais em favor da exclusividade biomédica ilustra o processo de negociação de riscos. O paciente abdica de uma prática culturalmente familiar em troca da promessa de eficácia técnica, demonstrando uma confiança relacional estabelecida com a equipa de saúde. Para muitos doentes, a cura não é só física, mas também social e espiritual. Por isso, recorrer ao mesmo tempo ao hospital e a rituais, plantas medicinais ou igrejas faz sentido dentro da lógica deles.

Quanto a percepção de conexão entre a doença e a espiritualidade, 75% dos pacientes acredita ou tem dúvida sobre as causas espirituais e 25% não acredita na conexão com a espiritualidade. Esses resultados mostram que as percepções sobre a TB-MR sobrepõem as explicações biomédicas, pois elas envolvem dimensões morais, espirituais e sociais, uma vez que os pacientes tendem a recorrer a práticas nas quais tem mais afinidade e vivência como as religiosas ou tradicionais, em busca de simbolismo para o sofrimento:

“Participo da reunião de cura e libertação na minha igreja, nas terças e sextas, levo água pra consagrar nos domingos e uso a água pra tomar os meus comprimidos fazer banho, faço os dois tratamentos e sinto-me bem.” (Paciente Ana Maria)

Esta perspectiva revela um sincretismo terapêutico entre os pacientes que continua fortemente presente na actualidade, dando que pacientes recorrem a meios alternativos por

influência cultural e espiritualidade, além da insatisfação com os efeitos adversos da medicação, e pela crença de que a cura é também espiritual. Este facto junto da percepção negativa por parte dos profissionais de saúde no que tange aos tratamentos alternativos origina uma barreira de comunicação, que leva o paciente a reter a informação para manter a boa relação (anteriormente classificada como "Muito boa" ou "Boa").

Esta situação cria um "silêncio" que impede a equipa de saúde de saber o itinerário completo e de intervir de forma informada, que é evidenciada por apenas um (1) profissional dos entrevistados afirmar os pacientes compartilham consigo o uso de terapias alternativas, enquanto três (3) dizem que raramente os pacientes falam sobre o uso de meios complementares da terapia biomédica e outros dois (2) alegaram nunca terem ouvido tais informações.

De acordo com os depoimentos recolhidos, muitos pacientes recorrem a práticas espirituais não por rejeição da biomedicina, mas por necessidade simbólica de compreender o sofrimento e restabelecer o equilíbrio social e espiritual. Assim, as terapias tradicionais assumem um papel complementar e não necessariamente competitivo com o tratamento biomédico, embora possam comprometer a adesão quando não integradas de forma adequada.

Em linhas gerais, este subcapítulo demonstrou que os itinerários terapêuticos dos pacientes com TB-MR são construídos de forma sincrética e pragmática. A circulação entre a clínica e o templo, ou entre o fármaco e a erva, revela um pluralismo médico vivido no quotidiano, onde a biomedicina e outras práticas de cuidado são articuladas sem que sejam percebidas como necessariamente contraditórias. O itinerário é, portanto, um espaço de agência onde o paciente tenta recompor a sua integridade física e social perante a fragmentação causada pela TB-MR, utilizando todos os recursos disponíveis no seu horizonte cultural.

4.4 Adesão ao tratamento: Estigma e Dimensão Social

A adesão ao tratamento da TB-MR é vivida como um processo longo, extenuante e profundamente desgastante, que ultrapassa a mera ingestão de fármacos para se tornar uma prova de resistência física e emocional. Este percurso é atravessado por efeitos colaterais intensos e por experiências transversais de estigma e discriminação que reconfiguram a vida social e a percepção de si dos pacientes. A cronicidade do tratamento

da TB-MR impõe ao corpo um regime de vigilância e uma carga química que muitas vezes incapacita o sujeito para as suas funções quotidianas. Uma paciente descreve com clareza este embate:

“Os comprimidos são muitos e muito fortes e muitos, vontade de diminuir pessoalmente os comprimidos é maior, mas fazer oque, tenho que tomar assim mesmo para o bem da minha família. Às vezes fico enjoada, fraca, sem forças para trabalhar ou cuidar da casa. Tem dias que penso em parar, mas continuo porque sei que se desistir posso morrer.” (Paciente Isabel Siteo).

Esta narrativa mostra o dilema da sobrevivência sofrida, onde a cura é percebida como um processo quase tão violento quanto a própria doença. Os efeitos físicos do tratamento, que incluem náuseas, tonturas, dores articulares e, por vezes, alterações sensoriais, são sistematicamente acompanhados por um profundo sofrimento emocional e moral.

“Às vezes, tinha dias que dava uma preguiça só de olhar os comprimidos você sente um arrepio no corpo e diz vou tomar outra hora depois esquece ou finge que esqueceu de tomar os comprimidos. É uma luta diária entre tomar e não tomar.” (Paciente Beatriz José)

A criticidade do tratamento da TB-MR impõe ao corpo um regime de vigilância e uma carga química que muitas vezes incapacita o sujeito para as suas funções quotidianas. No que diz respeito os dados recolhidos sobre o estigma e discriminação a metade dos entrevistados (62,5%) relatou ter sofrido algum tipo de discriminação, e esta é praticada principalmente por amigos e vizinhos (43,8%), familiares (12,5%), assim como no local de trabalho (6,2%). Por receio de ser discriminado, 50% escondem o diagnóstico da maioria das pessoas, e 37,5% só contam a pessoas muito próximas. Segundo Goffman (2011), Se o estigma é visível o indivíduo foca-se em gerir a tensão na interação. Se o estigma não é conhecido o foco é o controlo da informação para que o defeito não seja descoberto.

Como mostra essa paciente:

“Ninguém de fora sabe que esto assim, além da minha sogra minhas cunhadas e meu marido. Aí eu não tenho que adoptar nenhuma estratégia ante

discriminação, porque tirando pessoas que vivem comigo ninguém sabe.”
(Paciente Gisele João)

Na TB-MR, o estigma é exacerbado pela ideia de perigosidade e contágio, o que leva àquilo que geralmente é chamado de morte social antes mesmo da morte biológica. Outro entrevistado relata este isolamento imposto pelo olhar do outro:

“Quando as pessoas souberam que eu tinha tuberculose, começaram a se afastar. As pessoas reagiram mal ao meu diagnóstico, tem pessoas que nem querem falar comigo. Eu sofro, alguns tinham medo, outros falavam mal. Eu tive que mudar de bairro e pedir guia para fazer as consultas em outro hospital. Por isso eu preferi esconder, para não sofrer mais.” (Paciente João Baptista).

O segredo torna-se, assim, uma estratégia de preservação da dignidade, uma tentativa de manter a normalidade num contexto onde a patologia é lida como uma marca de desvio social. Para esse paciente o isolamento foi o único mecanismo usado para lidar com a situação. O medo da rejeição e o isolamento social prejudicam o processo de cura e dificultam o acompanhamento pelas equipes de saúde, e os pacientes referiram sentir-se, por vezes, pouco escutados ou culpabilizados pelos profissionais, estes últimos demonstraram atitudes diversas face às práticas tradicionais: 33% Desencorajam firmemente o seu uso; 33% Orientam sobre riscos, mas respeitam a decisão; e 34% procuram compreender o paciente através do diálogo ou mantem-se neutro.

A discriminação no ambiente laboral surge como uma das faces mais cruéis desta vulnerabilidade estrutural, transformando a condição de doente numa condição de exclusão económica:

“Depois que o patrão soube da doença, começou a dizer que eu não podia continuar. Acabei perdendo o emprego, mesmo estando em tratamento.” (Paciente Lucas tembe)

Esta narrativa mostra que o estigma da TB-MR opera como um mecanismo de punição social, onde o trabalhador é descartado não apenas pela sua possível incapacidade física temporária, mas pelo risco simbólico que representa para o colectivo. Como analisa Fassin (2005), as políticas da vida determinam quem tem direito ao suporte e quem é

relegado à margem; neste caso, a perda do emprego retira ao paciente a base material necessária para a sua recuperação, criando um círculo vicioso entre pobreza e doença.

Este afastamento social forçado ou voluntário reforça processos de isolamento que comprometem seriamente a saúde mental dos entrevistados:

“Eu mesmo decidi ficar mais em casa. Tinha vergonha e medo do que as pessoas iam dizer. Só a minha família sabia da doença.” (Paciente Marta Mondlane)

A auto-exclusão é, muitas vezes, uma resposta antecipada ao medo da rejeição. A vergonha mencionada pelo paciente revela a interiorização do estigma, onde o indivíduo passa a ver-se através das lentes preconceituosas da sociedade. Este fenómeno é o que Parker e Aggleton (2003) definem como o estigma enquanto processo social ligado ao poder e à dominação, onde as desigualdades são reforçadas através da rotulagem de determinados grupos como indesejáveis. Como mostra este paciente:

“Você não sabe oque é ser excluído, discriminação é uma coisa muito séria isso acaba com o seu psicológico. Eu antes de mudar de escola sofria muita discriminação na sala de aula principalmente por amigos mais próximos. A maioria dos meus bros (amigos) riam e faziam piadas, chamava-me de Homem tose, por que no início da doença eu tossia muito até eu mesmo me sentia incomodado com a frequência daminha tose.” (Paciente Nilza Feliciano)

A permanência no tratamento exige do paciente uma agência heróica para superar as barreiras de um sistema que, enquanto oferece o comprimido, muitas vezes retira o acolhimento e o lugar social. A adesão deve, portanto, ser compreendida como um fenómeno biocultural, onde o sucesso clínico depende intrinsecamente da mitigação do sofrimento social e da reconstrução da identidade do sujeito perante a sua comunidade.

Em linhas gerais, esta diversidade de posturas confirma que o modelo de relação terapêutica ainda oscila entre a verticalidade biomédica e a busca de uma abordagem mais empática e culturalmente sensível. Do ponto de vista dos profissionais, o estigma social e a falta de esperança são reconhecidos como um factor crítico que dificulta a procura precoce de cuidados e favorece o abandono terapêutico. A adesão ao tratamento da TB-MR é vivida como um processo longo, extenuante e profundamente desgastante, que ultrapassa a mera ingestão de fármacos para se tornar uma prova de resistência física e

emocional. Este percurso é atravessado por efeitos colaterais intensos e por experiências transversais de estigma e discriminação que reconfiguram a vida social e a percepção dos pacientes.

4.5 Divergências entre os profissionais de saúde no que diz respeito ao uso de práticas complementarem de tratamento e aos desafios institucionais

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, o tratamento da TB-MR enfrenta desafios institucionais significativos, que se manifestam através de limitações estruturais severas e dificuldades crónicas no acompanhamento contínuo e humanizado dos pacientes. A prática clínica, nestes contextos, é frequentemente marcada por uma tensão entre o protocolo biomédico rigoroso a escassez de recursos humanos e materiais. Um profissional afirma com clareza:

“O número de pacientes é muito grande para poucos profissionais. Às vezes queremos acompanhar melhor, mas não temos tempo suficiente para cada caso”
(Medico. António Luís).

Outros profissionais pontam para a escassez de equipamento para o diagnóstico como dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde:

“No nosso país nem todos os hospitais são especializados no tratamento da TB, principalmente TB-MR, na maioria das vezes os pacientes chegam aqui e nos encaminhamos para os hospitais apropriados. Aqui nessa unidade de saúde só paciente só fazem o levantamento de medicamentos os exames os pacientes fazem em outro hospital que dispõem de equipamentos como o hospital geral de Mavalane ou Machava.” (Técnico de Medicina. Sérgio Paulo)

Esta saturação do sistema de saúde é apontada por Farmer (2004) como um factor central na produção de desigualdades no acesso ao cuidado, onde a violência estrutura impede que os profissionais ofereçam a atenção necessária, perpetuando o ciclo de vulnerabilidade dos doentes. Na óptica da antropologia das instituições, esta falta de tempo e recursos transforma o cuidado numa prática mecânica, onde o indivíduo corre o risco de ser reduzido a uma estatística epidemiológica.

Para além da sobrecarga institucional, os profissionais reconhecem que a dimensão puramente farmacológica é insuficiente para lidar com a complexidade da TB-MR. A

toxicidade do regime terapêutico é identificada como um dos maiores obstáculos à retenção do paciente no sistema:

“Nos médicos temos a noção do quão forte são os medicamentos e os pacientes sofrem bastante com os efeitos colaterais. Sem apoio psicológico, muitos pensam em desistir e a multirresistente TB-MR, a sua adesão ao tratamento é ainda mais desafiador, porque os medicamentos são fortes e o tempo de tratamento é muito longo. Nesse caso pra melhor adesão e alcançar melhores resultados, nós como profissionais devemos aplicar algumas sugestões e praticas como a escuta activa, ouvir as queixas do paciente ajudam-me a trabalhar estratégias para aliviar os efeitos colaterais. Oque eu faço é tentar ajustar o horário de toma dos medicamentos, explicar que o paciente deve se alimentar muito apesar da fraqueza que ele sente depois de tomar os medicamentos. Cada consulta deve reforçar a esperança-a pesar de ser difícil, é possível sim curar a tuberculose, explicar para o paciente que ele não esta sozinho, isso evita o abandono por causa do sofrimento” (Enfermeira Maria Chirinda).

Esta observação corrobora a tese de Good (1994) sobre a experiência do sofrimento, sugerindo que, sem uma intervenção que acolha a subjectividade do doente, a adesão torna-se uma meta quase inalcançável. O profissional de saúde, neste cenário, actua como testemunha de um martírio físico que a biomedicina impõe como preço para a cura, reconhecendo a necessidade de suportes terapêuticos que transcendam a prescrição de comprimidos.

A ausência de determinantes sociais básicos é também destacada como uma barreira intransponível pela equipa clínica:

“Muitos pacientes não têm comida, transporte ou apoio da família. Só dar o medicamento não resolve todos esses problemas. Nos antigamente dávamos alimentos, papanaite (Manteiga de amendoim) e a farinha de soja para os pacientes quando temos no armazém. Ultimamente paramos de dar porque estamos sem esses suplementos, sem contar que o subsídio que os pacientes recebem é muito pouco 500mt praticamente não serve pra quase nada e nem todos meses o subsídio entra são dados um mês sim o outro não.” (Enfermeira. Norda Vínculos).

Esta percepção revela uma consciência crítica sobre os limites da intervenção médica num contexto de pobreza extrema. Como sublinha a antropologia da saúde, o tratamento da tuberculose não ocorre num vácuo social, ele depende de uma infra-estrutura de vida que inclui nutrição adequada e mobilidade.

Quando o Estado falha em prover estas condições, o medicamento, por mais potente que seja, perde a sua eficácia social. Os profissionais admitem que a eficácia biológica está subordinada à segurança alimentar e económica, aproximando-se da visão de Fassin sobre a biopolítica da precariedade, onde a gestão da saúde se torna indissociável da gestão da pobreza.

Por fim, a necessidade de uma reforma no modelo de atenção é sublinhada como uma urgência estratégica:

“O tratamento devia envolver mais apoio social e psicológico. Sem isso, fica muito difícil garantir que o paciente complete todo o processo” (Activista de TB. Nelson Machava).

Este posicionamento reforça a ideia de que o sucesso no combate à TB-MR depende de abordagens integradas e multidisciplinares. Segundo a perspectiva de Helman (2007), o cuidado deve ser holístico, tratando não apenas a patologia no órgão, mas o mal-estar no sujeito e na sua rede social. O desafio, portanto, reside na resistência de um sistema de saúde que ainda luta para integrar a dimensão social e humana nas suas práticas quotidianas de cuidado.

Quanto as divergências entre os profissionais de saúde no que diz respeito ao uso de práticas complementares de tratamento os depoimentos revelam que entre os profissionais de saúde existem divergências no tratamento da TB-MR. Por um lado temos profissionais que adoptam uma posição compreensível. Reconhecendo os riscos das práticas mais procurando respeitar as crenças dos pacientes.

“As praticas tradicionais atrasam a cura (...) eu oriento sobre os riscos e respeito as decisões do paciente se eu proibir ele pode parar de vir ao hospital levantar medicação.” (Assistente Social. Norda Vílanculos)

Isto demonstra uma postura equilibrada entre o conhecimento biomédico e a realidade sociocultural do paciente, valorizando o diálogo e a confiança na relação terapêutica. Por

outro lado temos profissionais que assumem uma posição mais rígida e biomédica desencorajando completamente o uso da medicina tradicional.

Como mostra profissional:

Eu desencorajo firmemente Esses medicamentos não tem uma dosagem exacta e não matam a bactéria eu aconselho que o paciente faça apenas o tratamento hospitalar” (Activista de TB. Nelson Machava).

Nesse relato preocupação centrasse apenas na eficácia científica e no risco da interferência dos medicamentos

Em linhas gerais, as perspectivas dos profissionais de saúde revelam que o tratamento da TB-MR enfrenta desafios institucionais profundos, marcados pela sobrecarga do sistema de saúde, pela escassez de recursos humanos e materiais e pelas limitações estruturais que condicionam o acompanhamento adequado dos pacientes. A falta de apoio alimentar, as dificuldades de transporte, a fragilidade das redes familiares e os efeitos colaterais intensos do regime terapêutico surgem como obstáculos que ultrapassam o domínio estritamente clínico.

Os depoimentos evidenciam que, apesar do compromisso dos profissionais com o cuidado e a promoção da adesão terapêutica, as condições institucionais frequentemente restringem a possibilidade de oferecer um acompanhamento contínuo, individualizado e humanizado.

Além disso, os profissionais reconhecem que o sucesso do tratamento não depende apenas da administração dos medicamentos, mas também de factores sociais, psicológicos e económicos que influenciam directamente a capacidade dos pacientes de manter a continuidade terapêutica. Segundo Kleinman (1980) essas divergências entre os profissionais de saúde no que diz respeito ao uso de práticas complementares de tratamento surgem quando os profissionais não conseguem integrar os modelos culturais dos pacientes com as práticas clínicas.

Capítulo V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o estudo percebe-se que a forma como os indivíduos residentes na cidade de Maputo no distrito municipal de Kamaxaquene, percebem e vivenciam a tuberculose resistente influencia directamente a busca de ajuda e procura de tratamento. Essa busca, ultrapassa amplamente a sua dimensão biomédica, configurando-se como uma experiência profundamente social, moral e espiritual. Os resultados demonstram que a TB-MR é vivenciada como uma experiência biocultural, na qual a dimensão biológica da patologia se entrelaça com múltiplos modelos explicativos. As narrativas dos pacientes revelam que a doença é interpretada a partir de múltiplos referenciais explicativos, nos quais coexistem saberes biomédicos, crenças religiosas, explicações espirituais e conflitos familiares e fragilidades institucionais.

Em primeiro lugar, os dados sociodemográficos revelaram que a TB-MR atinge predominantemente indivíduos em idade economicamente activa, muitos inseridos em contextos de trabalho informal e vulnerabilidade socioeconómica. A doença incide, portanto, sobre trajectórias já marcadas por instabilidade, agravando processos de empobrecimento e exclusão social. A perda de rendimento, a insegurança alimentar e a insuficiência de apoio material tornam-se factores que influenciam directamente a continuidade terapêutica.

Segundo lugar, no que diz respeito às percepções sobre as causas da TB-MR, verificou-se a coexistência de múltiplos modelos explicativos. Embora alguns participantes reconheçam a transmissão aérea como mecanismo biomédico da doença, grande parte associa a sua origem à fraqueza do corpo, à má alimentação, ao desgaste provocado pelas dificuldades da vida ou ainda a causas espirituais, como castigo divino devido a não cumprimento de um pacto religioso, feitiçaria ou herança familiar ao facto de uma disposta de terreno herdado pela família.

Essas interpretações não configuram necessariamente rejeição da biomedicina, mas revelam um processo de ressignificação do sofrimento dentro de universos morais e culturais específicos. A doença, nesses contextos, adquire o sentido para além do corpo físico, integrando-se numa narrativa social e espiritual mais ampla. Pois uns adoptam a visão biomédica a tuberculose é uma doença infecciosa, para outros trata-se de uma condição causada por desrespeito a normas instituídas pela sociedade a que designam como um castigo de Deus.

Em terceiro lugar, o estudo demonstrou igualmente que os itinerários terapêuticos se mostraram plurais e dinâmicos. A procura de tratamento por parte dos pacientes com tuberculose resistente em Maputo e em particular no distrito municipal de Kamaxaquene cruzam diferentes formas de cuidados de saúde: unidades sanitárias, igrejas e medicina tradicional, construindo percursos terapêuticos sincréticos.

Esta circulação não é aleatória, mas responde à necessidade de obter respostas que atendam simultaneamente às dimensões física, espiritual e emocional da doença. Algumas famílias optam por fazer o tratamento biomédico a partir das unidades sanitárias, mas quando as suas expectativas não são alcançadas e a melhoria demora, acabam por abandonar os tratamentos ou por recorrer em simultâneo à medicina tradicional.

Observou-se que aos pacientes não abandonam o seu tratamento na unidade sanitária em muitos casos, a adesão ao tratamento biomédico é mantida, o recurso a práticas religiosas e tradicionais surgem, frequentemente, como complemento ao tratamento biomédico, funcionando como suporte simbólico e psicológico diante da dureza do regime terapêutico. O estudo faz-nos perceber que em alguns casos, os indivíduos chegam a cruzar as duas alternativas como sendo viáveis.

Estas combinações são motivadas pela percepção de que em cada uma dessas alternativas recebem respostas específicas sobre a doença, contudo, a ausência de diálogo aberto entre pacientes e profissionais sobre o uso de terapias complementares evidencia barreiras comunicacionais que podem comprometer o acompanhamento clínico integral.

Em quarto lugar, a adesão ao tratamento revelou-se um dos maiores desafios identificados. Verificou-se que a adesão ao tratamento da TB-MR é profundamente afectada por factores estruturais e sociais, o regime prolongado e os efeitos colaterais severos produzem desgaste físico e emocional significativo, transformando o tratamento numa experiência de resistência diária. Para além das dificuldades clínicas, o estigma social emergiu como factor central na vivência da TB-MR. A discriminação por parte de amigos, vizinhos, familiares e empregadores conduz ao isolamento, à ocultação do diagnóstico e, em alguns casos, à perda de emprego e mudança de residência. O estigma não apenas compromete o bem-estar psicológico, como também fragiliza as redes de apoio necessárias para a continuidade do tratamento.

A quinta e última conclusão mostram que do ponto de vista institucional, os profissionais de saúde reconhecem limitações estruturais importantes, incluindo escassez de recursos humanos, insuficiência de apoio alimentar e fragilidade no suporte psicossocial. Embora demonstrem empenho na promoção da adesão e na escuta activa dos pacientes, enfrentam constrangimentos que reduzem a capacidade de acompanhamento individualizado. Torna-se evidente que o medicamento, por si só, não resolve os determinantes sociais que condicionam o sucesso terapêutico, mas também da existência de condições sociais mínimas que garantam segurança alimentar, estabilidade económica e suporte psicossocial.

Além disso as divergências entre os profissionais de saúde mostram que o uso da medicina tradicional por partes dos pacientes é um tema sensível marcado por tensões entre a eficácia biomédica e o respeito as crenças culturais

Em síntese, o estudo confirma que a TB-MR em Kamaxaquene é simultaneamente um fenómeno bio cultural, no qual os processos de adoecimento e cura são moldados por desigualdades estruturais crenças culturais e dinâmicas institucionais. O seu enfrentamento exige abordagens integradas que articulem tratamento biomédico, apoio psicossocial, segurança alimentar e estratégias de comunicação culturalmente sensíveis. A incorporação dos modelos explicativos locais nas estratégias de educação em saúde pode fortalecer a confiança entre pacientes e profissionais, reduzindo barreiras e promovendo maior adesão terapêutica.

Conclui-se, portanto, que o combate à TB-MR deve transcender a lógica exclusivamente clínica e incorporar intervenções estruturais que dialoguem com os modelos explicativos locais e o reforço das políticas públicas voltadas à protecção e apoio social dos pacientes em tratamento. Somente através de uma resposta multidimensional será possível reduzir o abandono terapêutico, mitigar o estigma e promover uma adesão sustentável ao tratamento da TB-MR.

Capítulo VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- António, J. M. et al. 2024. ‘An Analysis of the Accounting Costs Associated with 20-Month Drug-Resistant Tuberculosis Treatment Regimens in Maputo City, Mozambique’. *Journal of Tuberculosis Research*, 12(2), pp. 79–91.
- Bardin, L. 2011. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bassiano, V. et al. 2024. ‘Políticas voltadas para prevenção da tuberculose no ambiente escolar em Moçambique – África’. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(5), pp. 1–18.
- Biehl, J. et al. 2009. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. São Paulo: Editora Fiocruz.
- Centro de Prevenção e Tratamento de Tuberculose. 2021. *Manual de Tratamento e Autogestão da Tuberculose*. Rio de Janeiro.
- Cláudia, S. 2010. “Proposta de implantação de um novo modelo de atenção ao paciente com tuberculose, estruturado em redes, como estratégia para fortalecer a estratégia DOTS – Directly Observed Therapy Short-Course.
- Cumaquela, G. e Manuel, S. F. 2021. “Factores que influenciam na adesão ao tratamento da tuberculose em Nampula”. *Revista Sameamb*, 3(1).
- Fassin, D. 1996. *L'espace politique de la santé: essai de généalogie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Fassin, D. 2001. “Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: esboço para uma abordagem política da prática médica”. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2), pp. 283–293.
- Fassin, D. 2005. “L’anthropologie entre engagement et distanciation: essai de sociologie des politiques de la vie”. *Anthropologie et Sociétés*, 29(3), pp. 43–66.
- Francisco, C. A. 2020. *Avaliação epidemiológica em pacientes HIV no sistema de vigilância de rastreio de tuberculose na província de Gaza, em 2017*. Maputo.
- Gerhardt, T. E. et al. 2017. *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Gil, A. C. 2019. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas.
- Goffman, E. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goffman, E. 2011. *Stigma: den avvikandes roll och identitet*. 3. ed. Estocolmo: Norstedt.

- Gonçalves, H. 2000. 'Tuberculosis throughout the times'. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 7(2), pp. 305–325.
- Guest, G. et al. 2006. 'How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability'. *Field Methods*, 18(1), pp. 59–82.
- Helman, C. 2007. *Culture, Health and Illness*. 5. ed. London: Hodder Arnold.
- Instituto Nacional de Saúde. 2022. *Boletim Informativo: Moçambique regista cerca de 100 mil casos de tuberculose anualmente*. Maputo: INS.
- Isara, A. R. e Akpodiete, A. 2015. 'Concerns about the knowledge and attitude of multidrug-resistant tuberculosis among health care workers and patients in Delta State, Nigeria'. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 18(5), pp. 664–669.
- Kleinman, A. 1980. "Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry". Berkeley: University of California Press.
- Kusheno, F. T. et al. 2020. "Assessment of Knowledge and Attitude of Tuberculosis Patients in Direct Observation Therapy Program towards Multidrug-Resistant Tuberculosis in Addis Ababa, Ethiopia". *Tuberculosis Research and Treatment*, Article 6475286.
- Latini, I. F. e Rodrigues, T. F. 2022. "Estudo do perfil epidemiológico da tuberculose na população idosa no estado de São Paulo entre os anos de 2018-2020". *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 26(3), pp. 725–735.
- Martínez-Hernández, Á. 2009. *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Bellaterra.
- Meneses, M. 2003. *Itinerários terapêuticos: trajetória de buscas por cuidado em saúde*.
- Ministério da Saúde. 2009. "Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Resistente e Multi-Droga Resistente". Maputo: Programa Nacional de Controlo da Tuberculose.
- Ministério da Saúde. 2019. "Avaliação e manejo de pacientes com tuberculose: Protocolos nacionais". Maputo: Programa Nacional de Controlo da Tuberculose.
- MISAU. 2025. "Boletim Mensal (Power BI). Sistema de Informação para Saúde em Monitoria e Avaliação.
- Monedero-Recuero, I. et al. 2021. 'Situational analysis of 10 countries with a high burden of drug-resistant tuberculosis 2 years post-UNHLM declaration'. *International Journal of Infectious Diseases*, 108, pp. 557–567.

- Nardell, E. A. 2022. “Tuberculose (TB). Manuais MSD: Edição para Profissionais de Saúde”.
- Nogueira, D. M. 2023. “Perfil clínico-epidemiológico da tuberculose drogarresistente na infância e adolescência no Brasil. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia)”. MD.Saúde.
- Pires, G. M. 2021. Análise das políticas de controle da tuberculose e perfil epidemiológico da infecção em Moçambique (2009–2017). Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz.
- Pires, G. M. et al. 2014. ‘Resistência de *Mycobacterium tuberculosis* aos tuberculostáticos em Moçambique’. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 40(2), pp. 142–147.
- Rodrigues, R. F. e Silva, R. O. 2025. ‘Utilização de estudos de caso na pesquisa qualitativa: uma abordagem teórica’. *Revista da FAE*, 28, e0854.
- Silva, S. A. e Andrade, L. G. 2023. “Linha histórica da tuberculose e o avanço de seu tratamento até os dias atuais”. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(4), pp. 1864–1879.
- Tete, O. F. e Maticco, P. B. 2023. “Regra de previsão interpretável para o sucesso no tratamento da tuberculose nos hospitais de Moçambique”. *Momentum*, 21(2), pp. 153–174.
- Torcida, P. C. I. 2021. Aspectos epidemiológicos da tuberculose e dos serviços de atendimento à pessoa com tuberculose no Município de Chimoio, Moçambique, 2018–2019. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo.
- Viney, K. et al. 2014. “Tuberculosis patients’ knowledge and beliefs about tuberculosis: a mixed methods study from the Pacific Island nation of Vanuatu”. *BMC Public Health*, 14(467), pp. 1–10.

Capítulo VII. ANEXOS

7.1 Guião para Pacientes com TB-MR

Código do Participante: P00000

Data:00/00/0000

1. Idade

- ☐ 18-25 anos
- ☐ 26-35 anos
- ☐ 36-45 anos
- ☐ 46-55 anos
- ☐ 56 ou mais anos

2. Género

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

3. Nível de Escolaridade

- ☐ Nenhum
- ☐ Ensino Primário (1^a-7^a)
- ☐ Ensino Secundário (8^a-12^a)
- ☐ Ensino Superior

4. Religião que pratica

- ☐ Católica
- ☐ Protestante/Evangélica
- ☐ Islâmica
- ☐ Zione/Espiritual
- ☐ Nenhuma
- ☐ Outra

5. Desenvolve actualmente alguma actividade económica?

- ☐ Sim
- ☐ Não

5.1. Que tipo de actividade económica exerce?

- ☐ Trabalho formal assalariado (empresa, instituição pública ou privada)
- ☐ Trabalho informal (venda ambulante, mercado, biscates, mototaxi, etc.)
- ☐ Negócio próprio (pequeno comércio, oficina, barraca, restaurante, etc.)
- ☐ Agricultura/perca de subsistência
- ☐ Outro

6. Há quanto tempo foi diagnosticado com TB-MR?

- ☐ Menos de 6 meses
- ☐ 6 meses - 1 ano
- ☐ 1 - 2 anos
- ☐ Mais de 2 anos

7. Na sua opinião, qual foi a principal causa da sua doença?

- ☐ Causas naturais (ar, contágio)
- ☐ Fraqueza do corpo/desnutrição
- ☐ Feitiçaria/inveja

- Castigo de Deus/entidade espiritual
- Não sei
- Outra

8. Acredita que a sua doença tem uma causa espiritual?

- Sim
- Não
- Não tenho certeza

9. Para além do tratamento deste centro de saúde, já procurou outro tipo de tratamento?

- Sim
- Não

10. Que outro tipo de tratamento já procurou?

- Médico tradicional/curandeiro
- Pastor/rezador/líder religioso
- Ervas medicinais/chás caseiros
- Farmácia (outros medicamentos)
- Outro centro de saúde/hospital
- Outro

11. Qual foi o principal motivo que o levou a procurar outro tipo de tratamento?

- Os remédios daqui causavam muitos efeitos secundários
- Acredito que a causa da doença é espiritual/tradicional
- Familiares/amigos aconselharam
- Não via melhoria com o tratamento biomédico
- Outro

12. Actualmente, utiliza outros tratamentos para além do que recebe neste centro?

- Sim
- Não

13. Como classifica a sua relação com os médicos e enfermeiros deste centro?

- Muito boa
- Boa
- Razoável
- Má
- Muito má

14. Sente que os profissionais de saúde o escutam e explicam as coisas de forma clara?

- Sempre
- Na maioria das vezes
- Raramente
- Nunca

15. Alguma vez pensou seriamente em abandonar o tratamento biomédico?

- Sim
- Não

16. Se sim, qual foi o principal motivo?

- Efeitos secundários
- Dificuldade em vir às consultas
- Falta de esperança na cura

- Pressão ou conselho da família/comunidade
 - Preferência por tratamentos tradicionais/religiosos
 - Outro
- 17. Já se sentiu discriminado ou evitado por alguém por causa da sua doença?**
- Sim, pela família
 - Sim, por amigos/vizinhos
 - Sim, no local de trabalho
 - Não, nunca me senti discriminado
- 18. Esconde o seu diagnóstico de TB-MR de outras pessoas? porque?**
- Sim, da maioria das pessoas
 - Só conto a pessoas muito próximas
 - Não, não escondo de ninguém
- 19. Que tipo de tratamento iniciou primeiro?**
- Biomedicina (hospital, centro de saúde)
 - Medicina tradicional
- 20. Se recorreu à medicina tradicional, que tipo de práticas utilizou?**
- Remédios à base de ervas
 - Rituais/tradições
 - Consultas com *tinyanga*
 - Outro
- 21. Já fez uso simultâneo da medicina tradicional e do tratamento biomédico?**
- Sim
 - Não
- 21.1. Se sim, como conciliou ambos?**
- 22. Teve dificuldades para seguir o tratamento prescrito pelo Centro de Saúde? Quais?**
- 23. O que acredita que causou a sua tuberculose?**
- 24. Acredita que a doença tem relação com algum factor espiritual, social ou cultural?**
- 25. Que significado a doença tem para si e para a sua família?**
- 26. Já sentiu algum tipo de estigma ou discriminação por causa da doença?**
- 27. Como a comunidade reage ao seu diagnóstico?**
- 28. Que estratégias usa para lidar com o estigma ou discriminação?**
- 29. O que poderia ser feito pelo sistema de saúde para ajudar pacientes com TB-MR como você?**
- 30. Que conselhos dariam a outros pacientes que enfrentam a mesma doença?**

7.2 Questionário aplicado aos profissionais de saúde

Código do Participante: PS00000

Data:00/00/0000

1. A sua função principal nesta unidade sanitária é:

- ☐ Médico(a)
- ☐ Enfermeiro(a)
- ☐ Técnico de Medicina
- ☐ Activista de TB
- ☐ Farmacêutico(a)
- ☐ Outra

2. Há quantos anos trabalha na área da saúde?

3. Há quantos anos trabalha especificamente com tuberculose?

4. Na sua opinião, qual é o PRINCIPAL desafio no tratamento de pacientes com TB-MR?

- ☐ Baixa adesão/abandono do tratamento
- ☐ Gestão dos efeitos secundários dos medicamentos
- ☐ Diagnóstico tardio
- ☐ Estigma e questões sociais
- ☐ Falta de recursos/medicamentos

5. Que factores influenciam mais a (não) adesão ao tratamento dos seus pacientes?

- ☐ Efeitos colaterais graves dos medicamentos
- ☐ Crenças espirituais/tradicionais sobre a doença
- ☐ Estigma social
- ☐ Distância/transporte para a unidade
- ☐ Falta de alimentação/condições económicas
- ☐ Má relação com a equipa de saúde
- ☐ Falta de esperança na cura

6. Na sua experiência, os pacientes com TB-MR costumam procurar medicina tradicional ou religiosa paralelamente ao tratamento biomédico?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Que impacto acha que essas práticas tradicionais/religiosas têm no tratamento biomédico?

8. Com que frequência os pacientes partilham consigo que usam outras formas de tratamento?

- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

9. Quando um paciente partilha que usa medicina tradicional/religiosa, qual é a sua atitude?

- Desencorajo firmemente o seu uso
- Oriento sobre os riscos mas respeito a decisão do paciente
- Pergunto mais para entender e criar uma ponte
- Mantenho uma posição neutra

10. Como é que abordaria, numa conversa, o uso de tratamentos tradicionais com um paciente?

11. Quais são os maiores desafios institucionais (desta unidade) para gerir casos de TB-MR?

- Falta de medicamentos de 2ª linha
- Falta de equipamento para diagnóstico
- Sobrecarga de trabalho
- Falta de formação específica em TB-MR
- Falta de apoio psicossocial para os pacientes

12. Que sugestão daria para melhorar a adesão ao tratamento e os resultados dos pacientes com TB-MR?