

**UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE**  
**FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA**

**Licenciatura em Antropologia**

**Trabalho de fim do curso**

**Entre a Tuberculose ou Tchokolo:**

**A Busca de Tratamento por Parte dos Habitantes do Bairro de Mafarinha na Cidade de  
Dondo.**

**Estudante:** Edmar Reane

**Supervisora:** Doutora Carla Braga

Maputo, Dezembro de 2013

**Universidade Eduardo Mondlane**  
**Faculdade de Letras e Ciências Sociais**  
**Departamento de Arqueologia e Antropologia**

**Licenciatura em Antropologia**

Entre a Tuberculose/Tchokolo:

A Busca de Tratamento por Parte dos Habitantes do Bairro de Mafarinhana Cidade de Dondo

Trabalho de culminação de curso na modalidade de projecto de pesquisa apresentado em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia na Universidade Eduardo Mondlane.

**Estudante:** Edmar Fernando Reane

**Supervisora:** Dra. Carla Marília Teófilo Braga

Edmar Fernando Reane

Edmar Reane

**Entre a Tuberculose /Tchokolo:**

**A Busca de Tratamento por Parte dos Habitantes do Bairro de Mafarinha na Cidade de Dondo**

Trabalho de culminação de curso na modalidade de projecto de pesquisa apresentado em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia na Universidade Eduardo Mondlane.

**Supervisor**

---

**O Presidente**

---

**O Oponente**

---

Maputo, Dezembro 2013

## DEDICATÓRIA

*Dedico a minha querida e adorável Mãe, Josefa João Rosário, Mulher forte e batalhadora, pela confiança depositada em todo os momentos da minha vida, até então.*

*Ao meu tio Manecas João Rosário, avô Amélia e a minha prima Marília Pugas (minha segunda Mãe), pelo apoio e contribuições que tem prestado durante a vida.*

*Em especial a saúde do meu pai, Fernando Reane, que tenha rápidas melhoras.*

*Em memória dos meus familiares, Manuel João Rosário, Manuela João Rosário, Ilda João Rosário, Antónia, Chanaze. Ao meu cunhado Casimiro Lopes, com os quais gostaria imenso de partilhar este momento e a minha caminhada pela vida.*

*Aos amigos da infância Vovote (Paulo), Araújo Mendonça, Estela Gaspar. Aos ex-colegas do curso, Moisés Matsinhe e Angelina Nhane.*

## DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, Edmar Fernando Reane, declaro que este relatório de pesquisa, nunca foi apresentado na sua essência para a obtenção de qualquer grau e ela é fruto da minha investigação, estando referenciadas no decurso do texto, as fontes consultadas que utilizei para a sua realização.

Maputo, Dezembro de 2013

*Edmar Reane*

---

(Edmar Fernando Reane)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vida, pela saúde, pelo ar que respiro e pela protecção que tem prestado. Agradeço imenso a minha orientadora a professora doutora Carla Braga, pelos ensinamentos, pela paciência, pelo acompanhamento até a consumação do presente trabalho que nada fácil foi, sem a qual a elaboração da mesma não teria a presente forma.

A todos os docentes da faculdade de Letras e Ciências Sociais, em particular aos funcionários do Departamento de Arqueologia e Antropologia, meu muito obrigado pelos ensinamentos e pelo tempo de convívio na academia.

A minha Mãe, Josefa João Rosário, pela ajuda e pelo depósito de confiança durante o período da minha formação. Aos meus irmãos, Gracinda, Clara, Carlon, pelas orações, força e confiança. Há meus familiares, nomeadamente Manecas, Ginho, Julito, Victória, Isabel, Saquina Reane, Miguel Reane, Aos meus primos (a) e sobrinhos (a) Marília Pugas, João Colaço, Felicidade Colaço, João Manuel, Atija, Toninho, Guilhermina, Eduardo, Ayaz, Mohamad, Yuri e a família Nayuma.

Aos meus colegas do curso da Antropologia clube 2009, meu muito obrigado por terem convivido e partilhado uma Antropologia para os antropólogos, em especial ao grupo do projecto “sofly”, Edelto Amaral, Juma Jamal (JJ), José Chigarisso, Sargem Chiparanga, Catija, Octávio Saene, Tanda, Mirole, Obonyo.

Aos meus amigos, Altino, Domingos, Menu, Ivane Mauro, Rafael, Quembo, Stélio, Ps, Fazenda, Suíte, Timoteo, Francisca e Tânia. Aos colegas da Residência Universitária n.º 8, Celso, Diniz, Felizardo, Osvaldo, Juvenal, Nsolo.

A todos os residentes do Bairro Mafarinha, em particular aos meus informantes, pela recepção calorosa. A todos os participantes neste estudo por terem partilhado as suas experiências comigo.

E por último aos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social do distrito do Dondo, em particular ao técnico responsável pelo departamento da Tuberculose, o Sr. Joaquim Cebola.

## **RESUMO**

O objectivo deste trabalho de pesquisa é compreender a busca de tratamento por parte dos doentes com tuberculose e tchokolo, bem como descrever os significados atribuídos aos tratamentos prescritos para essa condição.

A pesquisa foi realizada na Cidade de Dondo, mais concretamente no Bairro de Mafarinha, tomando como foco da pesquisa as pessoas com tuberculose e tchokolo.

Usou-se como fio condutor da pesquisa, o conceito de modelos explicativos desenvolvido por Kleinman, defende, que o modo como as pessoas concebem a doença e itinerários terapêuticos estão relacionados com os conhecimentos e valores culturais do contexto onde as pessoas estão inseridas.

Constatou-se que os indivíduos residentes têm várias concepções, em torno da etiologia da tuberculose/tchokolo, acreditando que é uma doença causada por constrangimento de normas pré-estabelecidas na comunidade, desde a prática do aborto, até a purificação das viúvas.

O estudo conclui que o processo de busca de tratamento das pessoas com tuberculose/ tchokolo no Bairro de Mafarinha é influenciado pela forma como os residentes concebem a tuberculose, uma vez que, neste Bairro a tuberculose é associado a “tchokolo” uma doença com as características e sintomas similares à tuberculose, o que leva os residentes deste Bairro à cruzarem várias alternativas terapêuticas. Contudo este processo é influenciado em grande medida pelas formas tradicionalmente aceites para tratar as doenças. Os doentes optam pela biomedicina e quando não cura a família tem quebrado as regras levando o doente até a medicina tradicional. No entanto, há um grupo que acredita que a doença é tradicional e só tradicionalmente.

**Palavras-chaves:** Doença, Itinerários Terapêuticos, Saúde, Modelos Explicativos.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AMETRAMO – Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique

ANAMM- Associação Nacional dos Municípios de Moçambique

DAA – Departamento de Arqueologia e Antropologia

UEM – Universidade Eduardo Mondlane

HIV - Vírus de Imunodeficiência Humana

INE- Instituto Nacional de Estatística

MAE- Ministério da Administração Estatal

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

ONGs – Organizações não-Governamentais

PENCT - Plano Estratégico Nacional de Controle a Tuberculose

ITS – Infecções de Transmissão Sexual

OMS – Organização Mundial da Saúde

TB - Tuberculose

USN- Unidades Sanitárias

SNS – Serviço Nacional de Saúde

MISAU – Ministério da Saúde



## **GLOSSÁRIO**

*Tchokolo* – Designação de uma condição causada pelo incumprimento de algumas normas pré-estabelecidas, por exemplo: relações sexuais com mulheres que cometeram o aborto, incumprimento de algumas cerimónias fúnebres.

*Pita Kumissoro* – Processo de consulta espiritual utilizado pelos curandeiros para obtenção de conhecimento.

*Kufemba* – Acto realizado pelos curandeiros para entrarem em contacto com os espíritos como forma de invocação de conhecimentos.

*Mazuade* – Cerimónia feita para as mulheres que perdem os seus bebés após o parto, e um período menos de um mês de vida.

*Pitakufa* – Cerimónia tradicional para purificação das viúvas que perderam os seus esposos, e que futuramente pretendem contrair outro matrimónio.

*Nyanga* – Expressão Cisena para designar o Curandeiro / Curandeira.

## ÍNDICE

DEDICATÓRIA .....	i
DECLARAÇÃO DE HONRA.....	ii
AGRADECIMENTOS .....	iii
RESUMO .....	iv
LISTA DE ABREVIATURAS .....	v
GLOSSÁRIO .....	vi
CAPITULO1. INTRODUÇÃO .....	1
Justificativa.....	3
Objectivo Geral .....	3
Objectivos Específicos .....	3
CAPÍTULO 2. REVISÃO DA LITERATURA.....	5
CAPITULO 3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	9
Saúde .....	9
Doença.....	9
Modelos Explicativos.....	10
Itinerários terapêuticos .....	11
CAPÍTULO 4. METODOLOGIA .....	12
4.1. Métodos e Técnicas de Recolha de Dados .....	12
4.2. Técnicas de Selecção dos Entrevistados. ....	13
4.3. Constrangimentos.....	13
4.4.Caracterização do local de estudo .....	14
CAPITULO 5. O PROCESSO DE BUSCA DE TRATAMENTO POR PARTE DE PESSOAS COM TUBERCULOSE / TCHOKOLO.....	15
5.1. As Percepções sobre a causa da Tuberculose/ Tchokolo no Bairro de Mafarinha .....	15

5.2.Sintomas de Tuberculose/Tchokolo .....	17
5.3. Processo da Escolha Terapêutica. ....	18
5.4. Formas de Tratamento.....	20
CAPÍTULO 6. CONCLUSÕES PRELIMINARES .....	22
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

## CAPITULO 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de pesquisa procura entender a busca de tratamento de pessoas com “tuberculose” ou tchokolo no Bairro de Mafarinha na cidade de Dondo, tendo em conta que coexistem várias formas de compreender e interpretar tanto os fenómenos de doença como de tratamento.

A tuberculose (TB), uma doença infecciosa crónica causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* é uma das mais antigas doenças da humanidade e constitui um sério problema de saúde pública a nível mundial (Campos citado por Pereira 2006).

De acordo com Perdigão (2008) em 1993 a OMS declarou a tuberculose (TB) uma emergência mundial. Em Agosto de 2005 o 55º Comité Regional da OMS, reunido em Maputo, declarou a TB uma emergência em África.

No entanto “apesar da ciência ter dado um avanço significativo no que tange ao tratamento da tuberculose, continua-se a assistir ao aumento de casos desta doença, atingindo índices preocupantes, no mundo em geral, com especial incidência no sudoeste Asiático e na África Subsariana ” (Perdigão 2008: 4).

Moçambique não está alheio a este problema de saúde pública de dimensão global e dada a gravidade da situação, incorporamos seus programas quinquenais a questão da erradicação da tuberculose a curto, médio e longos prazos; tendo em vista os Objectivos de Desenvolvimento de Milénio cuja Meta 8 é reduzir para metade a incidência da tuberculose em 2015 (tomando como ponto de partida o ano de 1990) (Perdigão 2008:4).

Assim, de acordo com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do MISAU (2009) a TB constitui uma das principais causas da mortalidade da população. A mesma afecta sobretudo adultos entre os 15-49 anos de idade, crianças com menos de 5 anos e pessoas vivendo com o HIV/SIDA (PVHS).

Devido à gravidade da situação, o Governo Moçambicano elaborou instrumentos nacionais com vista à erradicação da tuberculose, como são os casos do Programa Nacional de Controle da

Tuberculose criado em 1997; o Plano Estratégico Nacional do Controle a Tuberculose (PENCT) 2009-2012 e o Manual de Tuberculose em Moçambique (Perdigão 2008: 5).

Assim sendo, o MISAU refere que acções de diagnóstico e combate à doença devem ser empreendidas pelas autoridades sanitárias no sentido de erradicar a tuberculose no país. Tais acções incluem o acesso ao diagnóstico e tratamento gratuito, a expansão da rede de laboratórios da tuberculose, a descentralização dos cuidados para o nível mais periférico e comunitário (MTM 2003).

No entanto segundo Kleinman 1988 citado por Gonçalves (2004) a biomedicina não constitui a única alternativa de tratamento e por conseguinte o enfoque biomédico não deve fazer a exclusão de outras formas de tratamento.

O enfoque biomédico do MISAU exclui todos os outros provedores de cuidados de saúde do processo terapêutico, ou seja, o enfoque do MISAU apresenta algumas limitações. Concebe a tuberculose como uma doença infecciosa resultante de microrganismos, como um fenómeno natural, cujo diagnóstico se baseia em exames laboratoriais e cuja terapêutica consiste em medicação dada nas unidades sanitárias. Por conseguinte, a perspectiva biomédica deixa de fora as outras formas de explicação da doença, não toma em conta a perspectiva sócio cultural para a explicação e tratamento da “tuberculose” e exclui outros processos terapêuticos.

Moçambique é um país em que os Serviços Nacionais de Saúde (SNS) têm uma cobertura correspondente a 40% da população com oportunidade de assistência, sendo que cerca de cada 60% a população recorre a outros recursos para os cuidados de saúde (República de Moçambique 2004). O não reconhecimento de outras formas de diagnóstico e tratamento da tuberculose de certa maneira limita a questão da compreensão da busca de tratamento por parte de pessoas com esta doença.

No entanto, a “tuberculose” pode também ser encarada como resultado de violações de regras pré-estabelecidas culturalmente cujo tratamento ocorre no âmbito da “medicina tradicional” (Buchillet citado por Buchillet 2000; Nogueira 2011).

## **Justificativa**

O meu interesse em compreender a questão da busca de tratamento por parte de pessoas com tuberculose surge de conversas tidas ao longo do tempo sobre as percepções existentes sobre o surgimento da tuberculose. Seleccionei a cidade de Dondo por motivações pessoais, por ser a minha zona de origem.

A partir dos anos 80 do século XIX (19) a antropologia interessa-se em abordar os aspectos de saúde e doença, e as distintas formas de tratamento, o que pode significar que ela vem fazendo uma reflexão sobre as questões oferecidas pela sociedade, uma vez que os fenómenos de saúde e doença, cura ultrapassam a dimensão restrita biológica, como pode ser visto nos vários estudos (Canesqui 1994).

Acreditando que a presente pesquisa, poderá trazer algumas reflexões em torno da questão da diversidade dos tratamentos de algumas doenças em particular a tuberculose contribuindo para o campo de antropologia de saúde e doença.

## **Objectivo Geral:**

Compreender o processo de busca de tratamento de pessoas com “Tuberculose”.

## **Objectivos Específicos:**

- Descrever o que se designa por “Tuberculose” assim como alguns dos significados que lhe são atribuídos;
- Identificar as percepções sobre as causas da “Tuberculose” por parte dos doentes e seus familiares.
- Descrever os tratamentos considerados adequados para episódios de “Tuberculose” e os respectivos provedores.

Assim sendo, o maior esforço intelectual neste trabalho, terá como pano de fundo a seguinte questão: *Que tipo de ajuda e tratamento as pessoas procuram para a “Tuberculose”?*

Neste trabalho de pesquisa exploratória recorreu-se à metodologia qualitativa como se menciona com mais detalhe no capítulo 4, tendo-se realizado a recolha de dados etnográficos durante os meses de Julho e Agosto de 2013.

## CAPÍTULO 2. REVISÃO DA LITERATURA

Muito dos estudos consultados e disponíveis na sua maioria sobre a tuberculose são sobretudo de âmbito epidemiológico e portanto biomédico, não incorporando a dimensão do processo da busca de tratamento por parte de pessoas com essa doença.

Na visão biomédica a tuberculose é uma doença infecciosa causada por uma bactéria que posteriormente pode ser transmitida por via aérea através de inalação e cujo diagnóstico é feito por exame laboratorial. A confirmação de um caso de tuberculose pulmonar é feita pelo exame bacteriológico de expectoração (Campos citado por Pereira 2006; MTM 2003; Perdigão 2008:14).

O Manual das Recomendações Para o Controlo da Tuberculose no Brasil, defende que na existência de casos em que a tuberculose, não pode ser identificada por auxílio do padrão definido pelo diagnóstico clínico epidemiológico, deve ser realizada um diagnóstico individualizado a partir dos sinais e sintomas do doente (MISAU 2011: 33). Como tal, os processos de diagnóstico, cuidados e tratamento devem ser realizadas a partir das unidades sanitárias (Campos citado por Pereira 2006).

A tuberculose é entendida como resultado da ruptura das regras culturalmente estabelecidas, e que a busca de tratamentos seguidos por estes obedece antes as interpretações existentes localmente (Faizang 1985).

A Antropologia desde muito preocupou-se com problemas de saúde e doença e as formas de tratamento, pois esses fenómenos ultrapassam a dimensão estritamente biológica como evidenciam Loforte (2003), Gerhardt (2006), Ribera (2007) e Meneses (2009) que assumem também como objecto de reflexão o campo dos saberes e “práticas ditas populares” que sempre mereceram a atenção dos antropólogos.

O que compreendemos por saúde e doença em termos científicos não é uma visão exclusiva, é apenas um ponto de vista sobre este amplo e complexo fenómeno (Segata e Segata 2011). É preciso compreender que as questões de saúde e doença são também construções socioculturais



subjectivas. Neste sentido, Uchôa e Vidal (1994) ressaltam a pertinência do discurso antropológico na abordagem de saúde e doença.

Os caminhos percorridos pelo doente na procura de diagnóstico e tratamento surgem como resultado de múltiplas lógicas, de causas estruturais a partir dos sistemas de representações da doença, posição do indivíduo na sociedade e de causas conjunturais (modificação da situação financeira, conselho de um vizinho que torna em vão toda a tentativa de estrita formalização) (Fassin citado por Gerhardt 2006).

Gerhardt (2006) faz-nos perceber a existência de diversas formas de compreender os processos terapêuticos sobre a “Tuberculose”. Autores como Chard (2009), Ribera (2011), Nogueira *et al* (2011) sustentam que na procura de cuidados de saúde os indivíduos que sofrem desta doença, utilizam várias formas de tratamento os indivíduos tendem a recorrer primeiro aos serviços biomédicos e caso a recomendação dada não traga resultados satisfatórios, os pacientes consultam os médicos tradicionais buscando outro tipo de terapia.

A modo de exemplo, é de mencionar que na Amazônia os indivíduos pensam e concebem a “tuberculose” a partir dos sinais e sintomas que se atribuem à feitiçaria, como sendo a causa criadora da doença. Assim, buscam estratégias terapêuticas diferentes daquelas recomendadas pela visão biomédica (Buchillet 2000).

Ribera (2007) salienta que em África as mulheres durante a gravidez fazem o uso frequente das plantas medicinais e recorrem tanto às parteiras tradicionais como aos serviços biomédicos. Este facto não se deve somente à fraca cobertura dos serviços biomédicos, pois elas recorrem tanto a cuidado pré-natal se houver disponibilidade como às parteiras tradicionais, sendo a tendência de partilhar biomedicina e medicina tradicional.

Os profissionais da medicina tradicional chinesa salientam que por meio das suas práticas e crenças são capazes de reduzir os efeitos colaterais dos medicamentos prescritos pela biomedicina, e que estas constituem um complemento cultural ao tratamento da tuberculose. Desta forma, ressaltam a compatibilidade entre a biomedicina e a medicina tradicional chinesa no tratamento da tuberculose (Ho 2004).

Os estudos de Gerhardt (2006); Ho (2004) e Ribera (2007) fazem-nos perceber que a forma como os fenómenos de saúde e doença são interpretados em cada contexto depende das crenças e valores que as pessoas têm sobre esses fenómenos. Por conseguinte, os indivíduos recorrem a diversos tipos de terapias, cruzando diversas alternativas no processo de busca de uma resposta satisfatória à doença.

No que diz respeito a Moçambique, um país multicultural, coexistem múltiplas formas de conceber as doenças e formas do seu tratamento. A análise da literatura sobre saúde e doença em Moçambique implica necessariamente incorporar a dimensão histórica desses fenómenos e do modo como as doenças e as alternativas terapêuticas foram sendo encarados ao longo do tempo, particularmente desde o período colonial.

Desde o final do século XIX, o Governo Colonial Português impôs um conjunto de políticas, com vista à construção de novas identidades, tendo introduzido a política de assimilação, uma tentativa de socializar a população de acordo com a cultura, as crenças e os valores da cultura portuguesa. Com esse fim, reforçou-se a ênfase na religião cristã assim como uma política educacional que rejeitava formas de conhecimento existentes localmente e visava o que então se designou por “eliminação das superstições e práticas obscurantistas” (Meneses 2009; Honwana 2002:120-127). Assim, os rituais, a possessão por espíritos e a sua invocação, a adivinhação como parte do processo de diagnóstico de uma doença entre outros aspectos passaram a ser rejeitados e até proibidos (Honwana 2002) e os saberes terapêuticos tradicionais foram considerados como um “não saber” (Meneses 2009).

Ironicamente, os próprios implementadores das políticas coloniais recorriam à “medicina tradicional” em algumas zonas de Moçambique na resolução dos seus problemas sociais e de saúde. É de salientar que apesar das proibições acima referidas, a população mantinha viva a sua cultura continuando a realizar determinadas práticas, nomeadamente as relativas aos fenómenos de doença e tratamento (Meneses 2009, Honwana 2002: 127).

Segundo Loforte (2003), as noções de saúde e doença são influenciadas por factores socioculturais. As opiniões e opções por determinados tratamentos são influenciadas pelas crenças, práticas, conhecimentos e interpretações que determinam o modelo explicativo de certa doença, e por conseguinte o processo decisório sobre a terapia a seguir. Os mecanismos de luta

contra a doença são adoptados em um contexto específico, em que, por exemplo, crenças e práticas sobre o exercício da sexualidade, o comportamento sexual e as relações de desigualdade a eles associadas influenciam as formas de tratamento adoptadas.

Por outro lado, em caso de infertilidade grande parte das mulheres no Sul de Moçambique tanto buscam tratamento nos serviços médicos para alívio de sintomas, como procuram terapeutas tradicionais /curandeiros de modo a ter a protecção espiritual. As mulheres tendem a considerar que a infertilidade é causada pela infracção de regras da vida sexual e por desvio da conduta social e espiritual (Mariano e Paulo 2009:40).

Segundo Granjo (2009) “em poucos casos o recurso aos *tinyanga* derivará sobretudo de uma ausência de alternativas” pois a cobertura médica é francamente insuficiente. A população moçambicana recorre à Medicina Tradicional sobretudo porque este lhes fornece uma mais-valia, pois para além de gerir apenas a enfermidade presente também gere as relações sociais em que está inserida. Deste modo Granjo conclui que os curandeiros são um instrumento essencial de saúde pública em vastas áreas rurais, o seu papel não deve, nem pode ser reduzido ao de médico para pobres num estado de falta de recursos.

### **CAPITULO 3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

Neste capítulo apresentam-se os conceitos chave a que se recorreu para compreender o processo de busca de tratamento da “tuberculose”, nomeadamente os conceitos de saúde, doença, itinerários terapêuticos e modelos explicativos.

#### **Saúde**

Em 1946 a Organização Mundial da Saúde (OMS) concebeu a saúde como “um estado de completo de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” adoptando uma definição holística que inclui saúde física, psicológica, social e espiritual (Helman 2009:118).

No contexto do Sul de Moçambique, Honwana sublinha que a saúde é tida como um estado natural dos indivíduos. A ausência da saúde é percebida como um estado de anormalidade, de desequilíbrio tanto físico como social. Assim, a saúde é percebida não só como um fenómeno corporal mas também como um processo social, concepção esta que é mais ampla do que a apresentada pelos conceitos biomédicos. Por conseguinte, a saúde implica “relações harmoniosas entre os seres humanos e o meio ambiente, entre eles e os seus antepassados e entre estes e o meio ambiente” (Honwana 2002: 208-209).

#### **Doença**

Na concepção biomédica dominante a doença é resultado de factores eminentemente morfo-fisiológicos, neste modelo os médicos detêm o monopólio e a jurisdição exclusiva sobre a definição da doença e do tratamento. Contudo, este modelo não leva em conta os significados sociais atribuídos à doença e ao comportamento do enfermo (Alves 1993).

Granjo (2009) sublinha que no Sul de Moçambique as doenças não são consideradas como um fenómeno natural mas como uma anomalia, a ruptura da normalidade onde se destacam por um infortúnio ocorre em casos de feitiçaria, por exemplo: a falta da protecção por parte dos antepassados.

Tendo como referência o Sul de Moçambique Honwana (2002:210-211) “categoriza as doenças em simples e complexas”. As doenças simples são aquelas cujas causas são de origem natural (micróbios, bactérias, etc.) e que são de carácter transitório. As doenças complexas são aquelas que persistem longo tempo, alteram a vida das pessoas e são percebidas como resultado da violação de normas e valores de uma determinada sociedade. O que diferencia as doenças simples das complexas é “a graduação com que a doença afecta ou interfere na vida da pessoa e dos seus mais próximos”.

### **Modelos Explicativos**

A redução do bem-estar e má saúde levam as pessoas a especular sobre como é que ficaram doentes, como é que a doença os afectará e o que é que podem fazer para melhorar” (Kleinman citado por Quinlan 2011).

Os indivíduos tendem a ter uma explicação única e específica para cada enfermidade. Aspectos culturais e de socialização influenciam a forma como se explicam os problemas de saúde e como se interpretam os sinais visíveis no corpo (Quinlan 2011).

Assim, designa-se por Modelo Explicativo as noções sobre um episódio de doença e o seu tratamento. Estes modelos oferecem diferentes explicações e respostas sobre: a) a etiologia ou causa da condição; b) o momento de surgimento e a forma de início dos sintomas; c) os processos fisiopatológicos em questão; d) o curso da doença e o seu grau de severidade; e) os tratamentos adequados a uma determinada condição (Kleinman citado por Helman 2009:119-120).

Os modelos explanatórios que são usados pelos indivíduos para explicar, organizar e manejar os episódios particulares de redução do bem-estar (Helman 2009: 120) são usados tanto pelos pacientes como pelos provedores de cuidados de saúde. Ao oferecer explicações sobre a doença e as formas de tratamento, estes modelos orientam as escolhas entre as terapias e os tratamentos disponíveis e atribuem significados pessoais e sociais à experiência da doença. (Helman 2009: 119-120).

Convém salientar que os modelos explanatórios não são coisas concretas, que não mudam, ou que estão separadas das circunstâncias em que surgem. Os modelos explicativos só podem ser

completamente compreendidos quando se estuda devidamente o contexto em que foram produzidos Helman (2009:120). As pessoas formam um modelo explicativo de uma determinada enfermidade, integrando percepções sobre enfermidade próprias do seu meio e que incluem noções sobre a natureza do corpo assim como sobre a moralidade, a responsabilidade, autonomia entre outros factores (Quinlan 2011).

### **Itinerários terapêuticos**

De acordo com Gerhardt (2006) itinerários terapêuticos são as diferentes acções e caminhos empreendidos na busca de cuidados, nos quais se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não, incluindo diferentes sistemas de cuidado), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais e económicos existentes (por exemplo, sob a forma de redes sociais formais e informais). A mesma perspectiva é compartilhada por Augé (1984) que conceptualiza os itinerários terapêuticos como sendo o caminho percorrido pelo indivíduo na busca de solução para seus problemas de saúde diante de uma heterogeneidade de recursos.

No presente estudo entende-se por itinerários terapêuticos o caminho percorrido pelo doente com tuberculose na busca de uma solução para a sua doença, recorrendo à ajuda quer da família e amigos quer dos provedores de cuidados de saúde no contexto da pluralidade de formas de tratamento, em que os doentes combinam várias formas de tratamento dependendo dos valores culturais.

## CAPÍTULO 4. METODOLOGIA

Em termos metodológicos realizou-se uma pesquisa qualitativa que oferece ferramentas para a compreensão da realidade subjectiva e simbólica, permitindo analisar as percepções assim como os valores, atitudes e crenças (Quivy e Campenhoudt 1992).

A prática etnográfica foi realizada no Bairro de Mafarinha da cidade do Dondo durante os meses de Julho e Agosto de 2013. Colheram-se as percepções dos doentes, familiares e provedores de cuidados de saúde, assim como dos residentes do Bairro acima mencionado sobre o processo de busca de tratamento por parte de pessoas com “tuberculose”.

No decurso desta pesquisa exploratória conversei com 9 pessoas (5 do sexo feminino e 4 do sexo masculino) e de idade superior a 25 anos. Algumas das mulheres entrevistadas eram chefes de família.

### 4.1. Métodos e Técnicas de Recolha de Dados

Neste estudo recorreu-se tanto à pesquisa bibliográfica como documental, a entrevistas e conversas informais. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bibliotecas da UEM concretamente, na Biblioteca Brazão Mazula, na Biblioteca de Centro de Estudo Africanos e na biblioteca do Departamento de Arqueologia e Antropologia (DAA). Quanto à pesquisa documental esta foi realizada no Departamento da Tuberculose do Ministério de Saúde (MISAU) e na internet.

Nas instituições mencionadas foram consultados obras que versam sobre a Antropologia de saúde e doença, com enfoque na etiologia da tuberculose e itinerários terapêuticos, assim como nas políticas adoptadas pelo Governo no âmbito do combate a tuberculose. Na internet foram consultados alguns relatórios de ONGs que trabalham na área de saúde e que abordam temas relacionados com a nossa área de estudo.

A fim de colher percepções dos participantes no processo de pesquisa sobre a busca de tratamento por parte de pessoas com tuberculose foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e conversas informais.

Cada uma das pessoas, que participaram no processo de pesquisa exploratória foi entrevistada mais do que uma vez e de forma consecutiva, de modo a compreender os itinerários terapêuticos de pessoas com “tuberculose”. Optou-se por realizar vários encontros com cada participante segundo Almeida e Pinto (1973) quanto mais encontros se realizarem com cada participante mais profunda e rica será a informação recolhida.

Na presente pesquisa adoptou-se o uso de nomes falsos de modo a proteger a identidade dos informantes.

#### **4.2. Técnicas de Selecção dos Entrevistados.**

Para Biernacki e Waldorf (1991) a técnica de *Snowball* – requer do pesquisador a localização de um grupo inicial de entrevistados com determinadas características. Estes indivíduos, além de pesquisados são utilizados como informantes para a identificação de outras possíveis respondentes com as mesmas características para serem incluídos no estudo. Esse processo é utilizado sucessivamente a fim de identificar o maior número possível de indivíduos que possam contribuir com a investigação.

Adoptou-se a técnica de *Snowball* que permitiu a localização do nosso grupo inicial, dando o direccionamento aos elementos que tenham informações úteis e podiam contribuir para o estudo. Assim, recorri ao técnico de saúde do Hospital cidade do Dondo, que me indicou alguns doentes de tuberculose. Aproximei-me dessas pessoas, perguntei-lhes se estavam disponíveis para participar na pesquisa e informei-as de que a só participariam se assim o desejassem.

#### **4.3. Constrangimentos**

No processo da pesquisa etnográfica deparamos com alguns constrangimentos relativos aos processos burocráticos. Durante a fase de consulta documental no Ministério da Saúde (MISAU)



tornou-se difícil aceder ao material porque os funcionários alegavam que era necessário a autorização do seu superior hierárquico, que raramente estava disponível. Só através de muita insistência e perseverança é que tive acesso ao material.

#### **4.4. Caracterização do local de estudo**

O Município do Dondo dista 30 quilómetros da cidade da Beira, capital da província de Sofala, é atravessado pela estrada nacional n° 6 e por uma linha ferroviária e integra o corredor da Beira. Possui uma superfície de cerca de 382 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 71.644 habitantes (INE 2007) com uma densidade populacional de 175 hab /km<sup>2</sup> (ANAMM 2013). O Bairro de Mafarinha é tido como o mais populoso da cidade do Dondo com aproximadamente 9293 habitantes (ANAMM 2013) É predominante nesta região a língua Cisena.

Em termos de produção económica o distrito em si, é considerado o segundo centro industrial da Província de Sofala, possui alguns empreendimentos, nomeadamente a fábrica de Cimentos de Moçambique, Lusalite de Moçambique, Moçambique Florestal (Moflor), Caminhos-de-Ferro de Moçambique (fábrica de travessas de betão armado) e a Açucareira de Moçambique. A principal actividade económica do distrito é a agricultura (MAE 2005).

A rede sanitária compreende cerca de três (3) centros de saúde e três (3) postos de saúde. Um pouco mais de 35% das famílias possuem em sua unidade doméstica água canalizada, e 30% das casas com saneamento e dreno fossa e ligação. A taxa de alfabetização é de 89% (ANAMM 2013).

## CAPITULO 5. O PROCESSO DE BUSCA DE TRATAMENTO POR PARTE DE PESSOAS COM TUBERCULOSE / TCHOKOLO.

Neste capítulo pretende-se descrever e analisar os resultados do campo com vista a responder aos objectivos preconizados no trabalho, nomeadamente identificar mencionar alguns dos significados atribuídos à “tuberculose”; identificar percepções sobre as causas da tuberculose e descrever os tratamentos realizados.

### 5.1. As Percepções sobre a causa da Tuberculose/ Tchokolo no Bairro de Mafarinha

O técnico de saúde no departamento de Tuberculose do Dondo referiu-se à tuberculose nos seguintes termos:

*“Tuberculose é uma doença que é causada através do contacto directo com pessoas com tuberculose, transmissão de micróbios e não o que as pessoas dizem, que não passa de uma mitologia, e muitas das vezes, isso leva com que as pessoas cheguem ao hospital num estado avançado da doença, ou mesmo tem levado as pessoas abandonar os tratamentos hospitalares por acreditar que se trata de coisas ligadas à tradição”<sup>1</sup>.*

Porém, de um modo geral, os dados de campo revelam que os residentes do Bairro de Mafarinha têm várias percepções do que é “tuberculose”. A maior parte dos homens e mulheres entrevistados não fazem uma diferenciação entre tuberculose e tchokolo, como se pode verificar nos trechos que se seguem:

*“Eu mesmo, há um tempo atrás sofri desta doença de tuberculose, nós costumamos chamar aqui de tchokolo<sup>2</sup>”.*

Ou como refere Roseta:

---

<sup>1</sup> Cebola, técnico de saúde responsável pelo Departamento de Tuberculose no Distrito de Dondo, entrevistado no dia, no seu Gabinete

<sup>2</sup>Luís de 30 anos comerciante e residente no Bairro de Mafarinha, entrevistado na sua Banca no mercado Mafarinha.

*“Existe uma doença chamada tchokolo que também alguns, vem a chamar de tuberculose<sup>3</sup>”.*

Por conseguinte, optou-se por de aqui em diante usar a designação tuberculose/*tchokolo* sempre que se considerar adequado. No entanto, uma outra perspectiva transparece das afirmações de Maria:

*“Acredito que a tuberculose é uma doença transmissível, através do contacto directo com outras pessoas, como tossir, cuspir ao ar livre, fumo, acho que apanhei por causa dessas sujidades aí, não me lembro bem, pode existir outras formas mas não conheço”<sup>4</sup>.*

Embora não equacione tuberculose e *tchokolo* e sublinhe que se trata de uma doença transmissível (assemelhando-se portanto à visão biomédica da tuberculose) Maria acredita que a transmissão da doença se pode dar através de fumo e de contacto com “sujidades”.

Quanto à causa de tuberculose/*tchokolo* esta pode ser associada à falta de observância de certas regras, por exemplo, no que diz respeito à prática das relações sexuais após um aborto sem se ter seguido anteriormente determinados procedimentos, como referiu Luís:

*“Ela é muito complicada sofreu muito mesmo, é preciso tomar atenção algumas vezes quando fazemos as coisas. Isso começou quando me envolvi com uma menina que brincava com ela aqui na zona, quando isso aconteceu na altura não sabia qual era a sua situação, ela havia tirado grávida. E nem sequer me disse nada, depois de me deitar com ela naquela noite”<sup>5</sup>.*

Outra causa da tuberculose/*tchokolo* está associada à quebra de algumas normas que se devem observar diante da morte de um parente, como transparece das afirmações de Roseta:

*“Quando numa casa o marido perde a vida, a mulher não pode andar fora se envolvendo em relações sexuais com nenhum outro homem sem antes passar por todas as cerimónias, porque ela fica de luto, como também não se pode vestir as roupas das*

---

<sup>3</sup>Roseta 25 anos de idade, estudante residente no Bairro de Mafarinha, entrevistada em sua casa.

<sup>4</sup>Maria 43 anos de idade, doméstica e residente na casa da CFM no Bairro de Mafarinha, entrevistada em sua casa.

<sup>5</sup>Luis de 30 anos, comerciante e residente no Bairro de Mafarinha, entrevistado na sua Banca no mercado Mafarinha.

*peças mortas, toda roupa deixada por ele tem de ser deitada ou dar as peças de fora que não façam parte da sua família”<sup>6</sup>.*

Os dados colhidos evidenciam que a tuberculose / *tchokolo* é entendida como sendo uma doença causada pelo não cumprimento de determinadas regras de conduta pelas quais se rege um dado grupo social. Por exemplo, o não se ter efectuado rituais de purificação após a morte de um familiar, ou ter mantido relações sexuais após um aborto.

Douglas (citada por Gomes 2006) sustenta que em caso de morte de um membro da família, esta deve realizar alguns rituais de purificação, para se desfazer a ligação com o mundo impuro associado com a morte. Desta forma tuberculose é interpretada como se tratasse de resultado da falta de observância de regras de conduta que se deve respeitar quando se perde um parente próximo em alguns casos.

Os dados colhidos corroboram o conteúdo mencionado no Manual da Medicina Tradicional (2011: 56-57) que menciona a crença de que a tuberculose tem a sua origem em violações de tabus sexuais, como relações sexuais com viúvas, com mulher que tenha cometido aborto, relações com alguém que não tenha cumprido cerimónias depois de um falecimento na sua casa, e relações sexuais com uma mulher durante o período menstrual.

## **5.2.Sintomas de Tuberculose/Tchokolo**

A tuberculose/*tchokolo* é associada à tosse, a “cuspir sangue”, tremores, sensação de frio como transparece nas narrativas de Luis:

*“Depois de me envolver com ela sexualmente no dia seguinte acordei tremendo, sentindo frio nos pés e em todo o corpo, quando amanheceu comecei a cuspir sangue”<sup>7</sup>.*

Ou como narra Filomena em relação ao mesmo aspecto:

---

<sup>6</sup>Roseta 25 anos de idade, estudante residente no Bairro de Mafarinha, entrevistada em sua casa.

<sup>7</sup>Luis de 30 anos comerciante e residente no Bairro de Mafarinha, entrevistado na sua Banca no mercado Mafarinha

*“Quando uma menina viola algumas regras aqui da zona, como abortar sem comunicar à família e envolver com um rapaz antes de ser tratada, ela deixa toda a sujidade do aborto para o rapaz, e por consequência ele passa todo o tempo a tossir, gemer e algumas vezes cuspir sangue”<sup>8</sup>.*

### **5.3. Processo da Escolha Terapêutica.**

Os significados atribuídos às diferentes doenças determinam em grande medida as estratégias para lidar com essa mesma doença (Uchôa e Vidal 1994).

As concepções da tuberculose/*tchokolo* têm implicações directas no tipo de tratamentos que se escolhem, nestes casos as pessoas indicadas para o seu tratamento são os médicos tradicionais como transparece da seguinte afirmação de Luís:

*“Minha mãe e minha tia viram coisa diferente em mim[...] logo me perguntaram o que teria acontecido comigo. Tentei esconder um pouco fiquei com vergonha, depois acabei contando para minha tia o que se passou comigo e indiquei a pessoa com quem havia-me envolvido. Eu disse e elas mandaram chamar a moça e juntos saímos para casa de uma velhota perto do campo de futebol”<sup>9</sup>.*

Todavia, por imperativos de ordem religiosa algumas pessoas não devem recorrer à medicina tradicional como referem Anabela e Maria:

*“Acontece que o meu cunhado ele se recusa de tratar, diz que sou religioso e não pode se meter em coisas tradicionais”<sup>10</sup>.*

*“Porque eu sou religiosa pertenço à igreja católica. Já sofri de tuberculose a única coisa que fiz é rezar a Deus, e seguir com os medicamentos que me dão no hospital embora os medicamentos são muito fortes. Prefiro ir ao hospital do que no curandeiro, porque nos*

---

<sup>8</sup>Flomena 28 anos de Idade, residente no Bairro Mafarinha entrevistado na sua residência

<sup>9</sup>Luís de 30 anos de idade, comerciante e residente no Bairro de Mafarinha, entrevistado na sua Banca no mercado Mafarinha

<sup>10</sup>Anabela de 26 anos de idade, residente no Bairro da Mafarinha, entrevistada em sua casa.

*curandeiro quando tiver falta de água, sangue no corpo ele não vai conseguir me por água no meu corpo”<sup>11</sup>.*

No entanto, constatou-se também outro tipo de itinerário terapêutico em que inicialmente o paciente não recorre à medicina tradicional por motivos religiosos, mas que após a demora em apresentar melhorias termina recorrendo à medicina tradicional assim como referiu João:

*“Por meu Pai pertencer à Igreja Assembleia de Deus Internacional, e lá na sua Igreja ele ocupava uma pasta muito grande, só podíamos recorrer ao Hospital e nenhum outro lugar fora do Hospital, frequentamos os Serviços de Saúde durante os 3 meses parece se não me engano, acordávamos muito cedo por volta das 5hrs da manha para receber os medicamentos. Passado algum tempo melhorava em pouco tempo voltava a tossir e automaticamente ficava novamente doente. Sendo assim meus tios e minhas irmãs tomaram uma posição única, fomos a um curandeiro que ficava na Cerâmica, um pouco distante daqui”<sup>12</sup>.*

Feita análise de dados nesta secção, compreende-se que as concepções que as pessoas têm sobre a doença e cura determinam o tipo de provedor de saúde que acham capaz de tratar a doença.

Honwana (2002) diz que nos aglomerados urbanos e peri-urbanos onde as pessoas tem acesso a outras formas de resolução de seus males, algumas praticam rituais tradicionais, a filiação religiosa joga um papel importante na tomada de decisões sobre a estratégias terapêuticas a adoptar especialmente em circunstância em que existe várias alternativas.

As diversas maneiras de explicar as causas da doença, é que levam à existência de itinerários terapêuticos diferenciados (Fialho 2003). Os significados atribuídos às diferentes doenças determinam em grande medida as estratégias para lidar com essa mesma doença (Uchôa e Vidal 1994).

---

<sup>11</sup> Maria 43 anos de idade, doméstica e residente na casa da CFM no Bairro de Mafarinha, entrevistada em sua casa.

<sup>12</sup> João de 27 anos de idade, residente no Bairro da Mafarinha, entrevistada em sua casa.

Segundo Freidson (citado por Alves 1993) em caso de doença os indivíduos procuram desencadear uma sequência de práticas com vista a solucionar esse problema, percebe-se que em muitos casos a questão da escolha terapêutica relaciona-se a experiência tidas anteriormente.

#### **5.4. Formas de Tratamento**

O processo da escolha de tratamentos é associado na maioria das vezes a um processo decisório, que inclui o doente e os familiares de modo a identificar os locais mais adequados de tratamento.

A partir dos dados recolhidos durante o trabalho do campo compreendemos que os residentes de Mafarinha buscam tratamento em diversos provedores de cuidados de saúde existentes. Recorrem a terapeutas tradicionais, a serviços biomédicos e a igrejas (com destaque para a Igreja Assembleia de Deus e a Católica).

Assim, para os que buscam ajuda na religião os seus tratamentos são realizados por meio de rezas a Deus e leituras bíblicas como se pode perceber no caso da dona Maria:

*“Porque eu sou religiosa pertenço a igreja católica. Já sofri de tuberculose a única coisa que fiz é rezar a Deus, e seguir com os medicamentos que me dão no hospital embora os medicamentos são muito fortes”<sup>13</sup>.*

No entanto, contrariamente às explicações da Maria sobre os locais de tratamento de doença da tuberculose alguns residentes do Bairro que consideram que a instância ideal para tratar a tuberculose/*tchokolo* é a medicina tradicional concretamente os curandeiros como refere Samuel:

*“Minha tia me levou para casa de uma senhora para me tratar, chegado lá a curandeira fez pita kuMissoro. Neste instante minha tia levou uma moeda de 5mt me deu, disseram-me para esfregar em todo corpo, depois coloquei numa peneira que estava em minha frente, cortou-me com uma lâmina ao longo do corpo, cada lado dois riscos de cada e deram-me alguns medicamentos para juntos tomarmos, os medicamentos eram coisas*

---

<sup>13</sup>Maria 43 anos de idade, doméstica e residente na casa da CFM no Bairro de Mafarinha, entrevistada em sua casa.

*parecidas com pauzinhos pretos, com uma cinza preta e um pouco de óleo, colocado numa garrafinha junto com água”<sup>14</sup>.*

Anabela narrou assim o tratamento a que se submeteu no âmbito da medicina tradicional:

*“Como aquela senhora falou, a única forma de salvar a minha irmã disto, é trazer o meu cunhado para casa daquela senhora junto com ela, fazem um pita mazuade, em dois ou três dias segundo as recomendações dela”<sup>15</sup>.*

No entanto, a questão da busca de tratamento tradicional por parte de doentes com tuberculose /*tchokolo* apresenta algumas semelhanças com outras doenças como refere Osvaldo:

*“A questão dos doentes com tuberculose/tchokolo não se distancia muito da questão dos doentes com asma onde em muitos casos o hospital não consegue resolver, só tradicionalmente se resolve. Eu mesmo tiraram me do hospital para uma senhora da AMETRAMO para me curar a asma e hoje estou bem graças a esta senhora, já fiz muitas voltas a hospital e nunca melhorava”<sup>16</sup>.*

Os resultados desta secção revelam que as percepções dos residentes em relação ao tratamento da tuberculose/*tchokolo* assentam no conhecimento sobre a enfermidade, baseadas nas relações sociais construídas e partilhadas, que lhes permite interpretar certas práticas como adequadas para a solução dos seus problemas. Nota-se que a selecção das alternativas terapêuticas está relacionada a certos tipos de enfermidade (Alves 1993).

---

<sup>14</sup>Samuel 25 anos de idade, residente no Bairro de Mafarinha, entrevistado na residência da sua tia no mesmo Bairro.

<sup>15</sup>Anabela de 26 anos de idade, residente no Bairro da Mafarinha, entrevistada em sua casa.

<sup>16</sup> Osvaldo, 27 anos de idade, residente do Bairro Mafarinha entrevistado no 10 de Julho na sua residência



## **CAPÍTULO 6. CONCLUSÕES PRELIMINARES.**

Grande parte dos residentes do Bairro de Mafarinha que participaram neste estudo exploratório não diferencia tuberculose de *tchokolo*, considerando que se trata de uma mesma condição, razão pela qual nalguns trechos se optou por referir tuberculose/*tchokolo*.

A tuberculose/*tchokolo* condição associada à violação das normas pré estabelecidas e o seu tratamento e explicação se efectiva tradicionalmente recorrendo aos terapeutas tradicionais (curandeiros). Por exemplo, a morte de um parente, ou o facto de uma mulher ter feito um aborto e ter mantido relações sexuais sem previamente ter seguido determinado rituais.

Constatamos que os fenómenos de saúde e doença, tal como a tuberculose ou *tchokolo* têm que ser analisados em várias dimensões. Enquanto para os que 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 *tchokolo*. Ainda outros adoptam a visão biomédica mas com algumas particularidades, considerando, por exemplo, que a tuberculose pode ser causada por “poeiras e sujidade”.

Durante o estudo percebemos que a forma como os indivíduos residentes em Mafarinha, percebem a etiologia tuberculose/ *tchokolo* influencia directamente a busca de ajuda e procura de tratamento.

Este estudo revela também que na procura de tratamento por parte pessoas com tuberculose/*tchokolo* em Mafarinha se cruzam diversos fornecedores de cuidados de saúde tais como as unidades sanitárias; os médicos tradicionais e as igrejas. Estas combinações são motivadas pela percepção de que em cada uma dessas alternativas recebem respostas específicas sobre a doença.

Durante o estudo notaram-se algumas divergências por parte dos residentes entrevistados, no que concerne ao tratamento da tuberculose/*tchokolo*. Alguns reconhecem que a biomedicina tem capacidade para o tratamento dessa doença, mas outros assumem que devido aos factores associados a relações sociais e culturais, só a medicinal tradicional é eficaz para o tratamento destes problemas.

O estudo faz-nos perceber que em alguns casos, os indivíduos chegam a cruzar as duas alternativas como sendo viáveis. 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.

O estudo permite-nos compreender que as unidades sanitárias biomédicas não têm sido o único local em que as pessoas com tuberculose/ *tchokolo* têm recorrido em momentos de aflição para desencadear os seus tratamentos.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, Andréa Rabelo.2006. *Agentes Sociais e Práticas de Cura: Estudo Sobre Concepções de Doença e Itinerários Terapêuticos em Grupos Populares de São Luís - MA*. Trabalho apresentado na 26<sup>a</sup> Reunião brasileira de Antropologia. Brasil.

Almeida, João Ferreira de & Pinto, José Madureira.1973. “Teoria e Investigação Empírica nas Ciências Sociais”. *Análise Social*. 35 (36): 365-445.

Alves, Paulo Cesar.1993. “A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas”. *Caderno de Saúde Pública*. 9 (3): 263-271.

Alves, Paulo César & Souza, Iara Maria.1999. “Escolha e Avaliação de Tratamento Para Problemas de Saúde: Considerações Sobre o Itinerário Terapêutico”. In *Experiência de Doença e Narrativa*. (org) Rabelo, Miriam Cristina M. et al. Rio de Janeiro: Fiocruz. Pp. 125-138.

Augé, Marc.1986. L’anthropologie de la Maladie. *L’homme*, Paris.26 (1-2.)

Biernacki, Patrick. & Waldorf, Dan.1981. “Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling”. *Sociological Methods & Research*. 2. Pp. 141-163.

Buchillet, Dominique. 2000. Tuberculose, Cultura e Saúde Pública. *Série Antropológica*. Brasília. Pp. 2-18.

Canesqui, Ana Maria. 1994.“Notas Sobre a Produção Acadêmica de Antropologia e Saúde na Década de 80”. In *Saúde e Doença: Um olhar Antropológico*. (org) Alves, Paulo Cesar & Minayo, Maria Cecília de Souza. Rio de Janeiro: Fiocruz. Pp.13-32.

Chard, Sarah E. 2009. “Routes to Government Tb Treatment: Private providers, Family Support, and The Process of Tb Treatment Seeking Among Ugandan Women”. *Medical Anthropology Quarterly*. 23(3). Pp. 257-276.

Faizang, Sylvie. 1985. Pour une Antropologia de La Maladie en France. Paris: Ehess.

Fialho, José. 2003. “A Eficácia Simbólica nos Sistemas Tradicionais de Saúde”. *I.s.c.t.e*. Pp.124-134.

- Gerhardt, Tatiana Engel. 2006. "Itinerários Terapêuticos Em Situações de Pobreza: Diversidade e Pluralidade". *Caderno de Saúde Pública*. 22 (11). Pp. 2449-2463.
- Gomes, Edlaine de Campos. 2006. "Morte em Família: Ritos Funerários em Tempos de Pluralismo Religioso". *Revista Antropológica*. 49(2). Pp. 731-754.
- Gonçalves *et al.* 1999. "Percepções e Limites Visão do Corpo e da Doença". *Rev. Saúde Colectiva*. 9 (1). Pp. 151-173.
- Gonçalves, Amadeu Matos. (2004). "A Doença Mental e a Cura: Um Olhar Antropológico". *Escola Superior de Enfermagem de Viseu*. 30. Pp. 159-171.
- Granjo, Paulo. 2009. "Saúde e Doença em Moçambique". *Saúde Soc.* São Paulo. 18 (4). Pp. 567-581
- Helman, Cecíl G. 2009. *Cultura, Saúde e Doença*. São Paulo: Edit. Artmed.
- Hob, Ming-Jung. 2004. "Sociocultural Aspects of Tuberculosis: A Literature Review and a Case Study of Immigrant Tuberculosis". *Social Science & Medicine*. 59. Pp. 753-762.
- Honwana, Alcinda. 2002. *Espíritos Vivos, Tradições Modernas. Possessão de Espíritos e Reintegração Social Pós-Guerra no Sul de Moçambique*. Maputo: Edit. Promédia.
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Estatísticas do Distrito de Dondo*. Maputo. INE.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in The Context of Culture: An Explanatory of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. London: University of California Press.
- Loforte, Ana Maria. 2003. *Práticas Culturais em Relação à Sexualidade e Representações sobre Saúde e Doença*. Centro de Estudos da População. UEM-Campus Universitário Maputo. Pp. 1-27.
- Meneses, Maria Paula G. 2009. *Medicina Tradicional, Biodiversidade e Conhecimentos Rivais em Moçambique*. Maputo: UEM.

Mariano & Paulo. 2009. *Infertilidade, Fertilidade – Áreas Escondidas do Nosso Quotidiano?* Kula – Editor. Maputo.

Minayo, Maria Cecília de S & Sanches Odecio.1993. “ Qualitativo - Quantitativo: Oposição ou Complementaridade? ” *Caderno de Saúde Pública*. 9 (3): 239-262.

Ministério de Saúde. 2003. *Manual de Tuberculose em Moçambique*. Maputo: MISAU.

\_\_\_\_\_. 2011. *Guião de Apoio ao Formador- o Praticante de Medicina Tradicional Como Parceiro no Combate ao HIV e a Tuberculose*. Maputo. Instituto de Medicina Tradicional- Moçambique.

Ministério de Saúde. 2011. *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Brasília: MISAU

Ministério de Administração Estatal. 2005. *O Perfil do Distrito de Dondo*. Maputo: MÉTIER.

Nogueira, Laura Maria Vidal. *et al.* 2011. “Itinerários Terapêuticos dos Índios Munduruku do Pará no Tratamento da Tuberculose: Uma Contribuição Para a Prática de Enfermagem”. *Ciência da Enfermagem Em Tempo da Interdisciplinaridade*. 458. Pp.1964-1967.

Pereira, Saulo Henrique. 2006 “Uso do Geoprocessamento na Análise Espacial da Tuberculose na Área Urbana de Viçosa – MG”. Dissertação de Bacharelato. Viçosa. Departamento de Arte e Humanidades – UFV. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br.portal/arquivos/pdf/tuberculose>. (consultado em 27.11.2013).

Perdigão, Paula. 2008. *Manual Clínico da Tuberculose: Apoio aos Cursos Clínicos em Moçambique*. Maputo: MISAU.

Quinlan, Marsha B. 2011. “Healthwork: Care, Treatment, and Communication” in Merrill Singer e Pamela I. Erickson (eds) *A Companion to Medical Anthropology*. Wiley-Blackwell. Pp. 380-403.

Quivy, Raymond & Campenhoudt, Van Luc. 1992. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. Edit: Gravidia.

República de Moçambique.2004. “Política da Medicina Tradicional e Estratégia da Sua Implementação”. *BR n° 15, 1ª Série*. Maputo: Imprensa Nacional.

Ribera, Joan Muela e Hausmann-Muela, Susanna.2011. “The Straw that Breaks the Camel’s Back: Redirecting Health-Seeking Behavior Studies on Malaria and Vulnerability”. In *Medical Anthropology Quarterly*. 25 (1).Pp. 103-121.

Ribera, Joan Muela. 2007. “Pluralismo Médico em África”. In Medicus Mundi Catalunya (org) *Mulher, Sida e o Acesso à Saúde na África Subsahariana, Sob a Perspectiva das Ciências Sociais*. Barcelona: Lluís S. L.

Segata, Jean & Segata, Juliara Borges. 2011. “ Os Caminhos da Cura: Itinerários Terapêuticos e Práticas Populares de Saúde no Alto Vale do Itajaí – Santa Catarina”. *Revista Caminhos, Online, “Dossiê Humanidades”*. 2 (1). Pp. 25-35.

Uchôa, Elizabeth &, Vidal, Jean Michel. 1994. “Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos Para uma Abordagem de Saúde e Doença”. *Cadernos de Saúde Pública*. 10 (4). 497-504.

Ventura *et al.* 2013. Perfil dos Dados Básicos das Cidades de Moçambique. *Projecto de Melhora das Capacidades Institucionais Em Gestão de Desenvolvimento Local e da Consolidação das Autoridades Locais e Redes de Al de Brasil e Moçambique, Como Atores de Cooperação Descentralizada*. Brasília. Disponível em <http://www.asfes.org/files/./pubdefinitiva.Pdf>. (consultado em 26.11.2013).