

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

NOSTA DA GRAÇA MANDLATE

“SE NÃO NOS COZINHAREM NÃO MELHORAMOS”:

**Disputas entre a medicina convencional e a tradicional em torno do HIV/SIDA na
etnia Tsonga em Moçambique**

PORTO ALEGRE

2017

Nosta da Graça Mandlate

“SE NÃO NOS COZINHAREM NÃO MELHORAMOS”:

Disputas entre a medicina convencional e a tradicional em torno do HIV/SIDA na etnia
Tsonga em Moçambique

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. José Carlos Gomes Dos Anjos

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Mandlate, Nosta da Graça

"SE NÃO NOS COZINHAREM NÃO MELHORAMOS": Disputas entre a medicina convencional e a tradicional em torno do HIV/SIDA na etnia Tsonga em Moçambique / Nosta da Graça Mandlate. -- 2017.
137 f.

Orientador: José Carlos Gomes Dos Anjos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Cuidados com o Corpo. 2. Tratamentos dos Pacientes HIV+. 3. Relações entre a Biomedicina e as Redes tradicionais de cura no tratamento da doença.
I. Anjos, José Carlos Gomes Dos , orient. II. Título.

Nosta da Graça Mandlate

“SE NÃO NOS COZINHAREM NÃO MELHORAMOS”:

Disputas entre a medicina convencional e a tradicional em torno do HIV/SIDA na etnia
Tsonga em Moçambique

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de
Mestra em Sociologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Carlos Gomes Dos Anjos
(Orientador)

Prof. Dr. José Rivair Macedo
(UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Luciana Garcia de Melo
(UFRGS)

Prof^a. Dr^a. Lorena Cândido Fleury
(UFRGS)

Aos meus pais,
Gracinda e João.

AGRADECIMENTOS

Os caminhos exigem que tomemos sempre em conta os imprevistos, disso aprendi desde cedo com os meus pais. Do significado dos imprevistos vim a compreender mais tarde que podiam até ser novos caminhos se não fosse possível agregar novas fórmulas aos velhos. Quando perdemos um caminho um novo se delinea e cabe a nós seguirmos com firmeza. José Mateus, nas suas meditações afirma que: “não existe caminho intermédio: quando se sai dum, entra-se no outro – ou permanece-se no outro. Quem teme caminhar ou seguir em frente – ainda que não olhe para traz – transgride da mesma maneira que aquele que olha para trás. Comentem o mesmo pecado e são culpados de idêntica transgressão”.

Nesta dissertação que aborda acerca das trajetórias dos pacientes em busca de cuidados. A ideia de compreensão das trajetórias de vida dos pacientes portadores de HIV no distrito de Xai-Xai em Moçambique tem uma longa história e influenciada por vários atores, nisto quero aqui endereçar os meus sinceros agradecimentos.

Primeiro agradeço a Deus onipotente pelo dom da vida, por todas as bênçãos, por ter permitido que este caminho se concretizasse e sobretudo por ter colocado na minha vida todos estes entes que de forma única se manifestaram nesta trajetória. Sou grata profundamente pelo seu amor incalculável e pela sua presença constante em todos os momentos da minha vida, sobretudo pela força e coragem que me concedeu para enfrentar a dor da saudade dos meus amados que deixei do outro lado do oceano.

Aos meus pais Gracinda e João pelos seus incentivos para sempre seguir em frente e sempre desafiar novas realidades que se fizerem aos caminhos, eles tem sido o meu alicerce e suporte em todas as minhas caminhadas, mesmo distante geograficamente desde os meus 21 anos. Sempre senti-me amparado, mesmo de longe enviaram-me sempre forças, energias positivas e sempre senti suas mãos me segurando bem forte em todas as caminhadas. Ao tio Roque Silva, que sem seu pronto apoio a minha vinda ao Brasil em 2015 podia não ter se efetivado. À avó Atália pelas conversas informais acerca das vivências cotidianas do Tsonga.

Aos meus irmãos Clércio, Ximito e Beló pelos momentos mágicos que energizam o meu ser, pelo seu amor, carinho e pela força que constantemente me tem enviado.

Ao meu orientador Prof. Dr. José Carlos Gomes dos Anjos, pela orientação, dedicação e paciência sobretudo pela oportunidade que concedeu-me de junto dele

aprender. Desde o começo desta caminhada neste mestrado tem-me encaminhado de forma sábia, por conta disso mesmo os momentos de grandes crises se tornaram em adoráveis desafios.

À Professora e Coordenadora do Programa de Pós-Graduação a Profa. Dra. Marilis Lemos pelo apoio, pelo convívio e sobretudo pelos vários momentos de escuta.

Ao Prof. Dr. Guilherme Radomski por ter sido a porta de entrada no processo da candidatura no mestrado e ao professor Bento Rupia por ter aceite participar do processo da minha seleção para a minha candidatura no mestrado em Sociologia da UFRGS.

Ao programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade do Rio Grande do Sul pela oportunidade que concedeu-me de participar neste programa.

A Regiane Acrossi, Secretária do programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFRGS, pela sua encanssável dedicação em responder prontamente as minhas solicitações desde momentos muito antes da minha chegada ao Brasil.

A todos os professores do PPGS-UFRGS em especial aqueles que me acompanharam durante esta trajetória no Mestrado, Prof. Dr. Sandro Rudit, Prof. Dr. José Carlos dos Anjos, Profa. Dra. Marilis Lemos, Profa. Dra. Clarissa Beata, Profa. Dra. Soraya Cortes, Prof. Dr. Luciano Fedozzi, Prof. Dr. Marcelo Kuranht, Prof. Dr. Fernando Cotanda, Prof. Dr. Daniel Mocelin, Profa. Dra. Andrea Leal e Profa. Dra. Lígia Madeira, pelos momentos de aprendizagem sem os quais esta trajetória não sido agradável.

Aos meus amigos de todas as batalhas, a Ruth Cremilde, a José Rombe, a Palmira Mucavele, que mesmo distantes continuam me enviando enérgicas positivas que me ajudaram a desafiar este caminho e a suportar esta distância.

Aos meus eternos amigos Nilza Helena Tivane e Carlos Alberto Mosse, mesmo não pertencendo mais ao mundo dos vivos, não passaram por minha vida em vão, e seus ensinamentos ainda acompanham os meus caminhos.

Às duas meninas, a Sandrinha e a Lindoca pela amizade, pelo afeto, pela força e sobretudo por compreenderem as minhas ausências para plena dedicação na elaboração desta dissertação. Apesar da distância e desta ausência permaneceram presentes ao longo destes dois anos.

Aos meus queridos, Ermelinda Saquina, Gracinda Zínio, Mariano Vontade, Mônica Semo, Mequilina Job, Isaías Chauque, Palme Pedro, que apesar de termos

seguido cada um seu caminho, a nossa convivência continua influenciando a minha caminhada.

Aos colegas do doutorado Amanda Nascimento, Júlio Souto, pela integração no cotidiano gaúcho e por terem tornado esta trajetória acadêmica aqui no Brasil imemorable.

À todos colegas da turma de Mestrado 2015, pela oportunidade de conhece-los e juntos aprender, em especial aos colegas a Ana Júlia, a Maria Gabriela, a Sara, a Gabriela, a Alexandra, a Liciane, a Raisia, ao Guillermo, ao José Joaquim, ao Ricardo, ao Adriano Zerbieli, ao Pedro e ao Fernando pelo carinho e companheirismo ao longo desta trajetória no mestrado.

As irmãs da ex- Residência Universitária Santa Tereza de Jesus, a Marlene, a Jocélia, a Rita e a Neyde pelo carinho e acolhimento. As companheiras da casa da congregação José de Murialdo, em especial as meninas guineenses a Domingas e a Elvira que se tornaram as minhas companheiras. A Rhaysa Grassotti, pelo carinho, pelas risadas e pela amizade apesar de pouco tempo de convivência.

O meu sincero e especial agradecimento vai, as pessoas sem as quais a pesquisa para elaboração desta dissertação não teria se efetivado, a todos que contribuíram para a efetivação desta pesquisa, aos meus entrevistados em especial aos pacientes HIV+ que aceitaram partilhar suas histórias de luta contra o HIV, sem receio diante de tantas rotulações que sofrem por serem portadores do vírus HIV numa sociedade ainda flagelada grandemente por pré-conceitos.

A todos da comunidade de moçambicanos em Porto Alegre por todos momentos compartilhados que graças a eles se minimizava a distância de casa. E a todos aqueles que não são mencionados aqui, mas que foram preponderantes em toda minha trajetória acadêmica, desde os meus primeiros passos até a esta conquista do título de Mestre.

RESUMO

Tendo em vista a compreensão dos significados atribuídos às infecções oportunistas pelos pacientes HIV+ entre os moçambicanos da etnia Tsonga do distrito de Xai-Xai e a consequente busca de atendimento nas redes tradicionais de cura, na pesquisa adotamos uma metodologia qualitativa com caráter etnográfico. Embora Xai-Xai seja a capital de Gaza, importante província de Moçambique, ali, os Tsonga ainda estão muito inseridos nas redes tradicionais de cura. Por outro lado, a rede do Sistema Nacional da Saúde se faz também presente e não muito precária, relativamente ao resto do país. Essa peculiaridade nos levou a indagação central do trabalho: no que concerne aos pacientes HIV+ será que os serviços de saúde do distrito da cidade de Xai-Xai dispõem de estruturas de acolhimento tão adequadas aos pressupostos ontológicos da cultura local quanto as redes tradicionais de cura? A nossa hipótese é a de que o desajuste de um acolhimento inadequado aos pacientes Tsonga impele-os a intensificar a busca de cuidados alternativos à medicina convencional nas redes tradicionais. A metodologia que escolhemos permitiu-nos compreender as vivências dos pacientes não somente a partir das questões apresentadas verbalmente, mas também podemos acompanhar as suas práticas cotidianas relacionadas a busca de cura. A pesquisa fez nos perceber que a ausência do diálogo entre a biomedicina e as redes tradicionais de cura influencia em grande medida o elevado número de óbitos e a não retenção dos pacientes em Tratamento antiretroviral- Tarv mesmo com as constantes reinvenções de políticas de assistência aos pacientes HIV+. A situação colonial dessa relação se consubstancia na negação ou subalternização do conhecimento local mesmo por atores nativos que atuam no sistema nacional de saúde.

Palavras-chave: Cuidados com o Corpo, Tratamentos dos Pacientes HIV+, Relações entre a Biomedicina e as Redes tradicionais de cura no tratamento da doença.

ABSTRACT

In order to understand the meanings attributed to opportunistic infections by HIV+ patients among the Tsonga Mozambicans in the Xai-Xai district and the consequent search for care in the traditional healing networks, a qualitative methodology with an ethnographic character was used in the research. Although Xai-Xai is the capital of Gaza, a major province in Mozambique, the Tsonga are still very much embedded in traditional healing networks. On the other hand, the network of the National Health System is also present and not very precarious, relative to the rest of the country. This peculiarity has led us to the central inquiry of the work: as far as HIV + patients are concerned, the health services of the Xai-Xai city district have reception facilities that are as appropriate to the ontological presumptions of the local culture as the traditional cure? Our hypothesis is that the mismatch of inadequate care for Tsonga patients prompts them to intensify the search for alternative care to conventional medicine in traditional networks. The methodology we chose allowed us to understand the patients' experiences not only from the questions presented verbally, but we can also follow their daily practices related to the search for cure. The research made us realize that the absence of dialogue between biomedicine and traditional healing networks greatly influences the high number of deaths and non-retention of patients in antiretroviral treatment-TARV even with the constant reinvention of HIV+ patient care policies. The colonial situation of this relationship is consubstantiated in the negation or subalternization of local knowledge even by native actors who work in the national health system.

Key words: Body Care; Treatments of HIV + Patients; Relationship between Biomedicine and Traditional Healing Networks in the treatment of the disease.

LISTA DE GRÁFICOS, QUADROS E MAPAS

Gráfico 1 – Percentual de serviços de saúde com cobertura em TARV em todo o país	35
Gráfico 2 – Percentual de mulheres grávidas HIV+, recebendo ARVs	36
Quadro 1 – Grau de cumprimento das metas dos Novos Inícios no TARV Pediátrico .	38
Quadro 2 – Grau de cumprimento das metas dos Novos Inícios no TARV adulto	38
Quadro 3 – Evolução significativa na construção de centros para PTV	39
Mapa 1 – Localização geográfica do distrito de Xai-Xai –.....	41
Mapa 2 – Índice de prevalência de HIV na província de Gaza	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCR	Associação para o desenvolvimento das comunidades rurais
AMETRAMO	Associação dos médicos tradicionais de Moçambique
ARV	Antiretroviral
ARVs	Antiretrovirais
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
CCR	Consultas para Crianças em Risco
CD4	Grupo de Diferenciação 4/ Cluster of Differentiation
CNCS-	Conselho Nacional do Combate ao HIV/SIDA
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
HIV	Vírus de imunodeficiência Humana
INE-	Instituto Nacional de Estatística
ITS	Infeções de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
MSF	Médicos Sem Fronteiras
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA
PNCTL	Política Nacional de Controle a tuberculose
PPGS	Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Pré-TARV	Pré-Seguimento do Tratamento anti-retroviral
PTV	Prevenção de transmissão vertical
RENSIDA	Rede Moçambicana de Organizações contra a Sida
SAAJ	Serviços de Atendimento a Adolescente Jovem
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno Infantil
TARV	Tratamento anti-retroviral
TIO	Tratamento de Infeções Oportunistas
UATS	Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	17
2.1	Alicerces e Métodos.....	17
2.2	Inserção no Campo: seguindo o cotidiano da busca pelo cuidado.....	20
2.3	Coleta e análise de dados.....	28
3 A	QUESTÃO HIV EM MOÇAMBIQUE	34
3.1	Processo da implementação do TARV em Moçambique	34
3.1.1	Implementação do TARV no distrito de Xai-Xai	40
3.1.2	Papel das associações na implementação do TARV no distrito de Xai-Xai	43
3.2	Fatores que influem no alto nível do HIV no distrito de Gaza	45
3.2.1	Práticas culturais de purificação: Kutchinga	46
3.2.2	Lovolo, o dote para se ter esposa	51
3.2.3	A Poligamia como afirmação do poder masculino	54
4	MÉDICO E PACIENTE NO TRATAMENTO DO HIV/SIDA	58
4.1	Dialogar heterogeniedades no tratamento do paciente HIV+.....	58
4.2	As experiências dos pacientes intervindo no cuidado médico.....	60
4.2.1	O autoconhecimento e o conhecimento do paciente	64
4.3	Lógica da escolha aplicada aos pacientes HIV+	65
4.4	A lógica do Cuidado em pacientes HIV+.....	66
4.5	A coexistência de várias realidades no HIV/SIDA entre os Tsonga de Xai-Xai.....	67
5	SISTEMA MÉDICO TRADICIONAL EM MOÇAMBIQUE	69
5.1	Géneses do processo da subalternização do conhecimento local	69
5.2	AMETRAMO, como criação do Ministério da Saúde	72
5.3	Concepções locais do papel do médico tradicional.....	74
5.3.1	Médico das redes tradicionais tido como Chalartão.....	76
5.3.2	Os rituais magico-religiosos	79
5.3.3	Distinção entre Zionistas e Curandeiros.....	81
5.4	Olhar do médico tradicional si mesmo na comunidade	84
5.4.1	Estar de boa Saúde na concepção dos Médicos tradicionais	86
5.4.2	Influência da Modernidade no ofício do médico das redes tradicionais de cura	87

5.5	Controversias entre as duas redes	89
6	TRAJETÓRIA TERAPEÚTICA DOS PACIENTES HIV+ NO DISTRITO DE XAI-XAI	93
6.1	A similaridade entre as doenças oportunistas com os sintomas de doenças atribuídos a agência espiritual	93
6.1.1	Ocorrência das ITS e herpes	102
6.1.1.1	<i>Herpes zoster e sua natureza</i>	<i>105</i>
6.1.2	A trombose, paralesia ou Xifula	107
6.2	Seguimentos do TARV apenas na gravidez.....	110
6.3	Conciliação de Propriedades Fitoterapêuticas com o TARV.....	111
7	CONCLUSÃO	116
	REFERÊNCIAS	119
	APÊNDICES	125
	APÊNDICE A – Quadro 1- Perfil dos pacientes entrevistados.....	126
	APÊNDICE B – Quadro-2 Perfil dos Profissionais da biomedicina Entrevistados	127
	APÊNDICE C – Quadro-3 Perfil dos Profissionais das redes tradicionais de cura Entrevistados	128
	APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido	129
	APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido	130
	APÊNDICE F – Roteiro de entrevistas.....	131
	APÊNDICE G – Roteiro de entrevistas	133
	APÊNDICE H – Roteiro de entrevistas	135
	APÊNDICE I – Roteiro de entrevistas	136

1 INTRODUÇÃO

Três décadas se passaram depois da descoberta do vírus HIV, que causa a Síndrome de Imonodificiencia Adquirida-SIDA. Este vírus continua sendo um dos principais desafios na área de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde-OMS a Sida constitui ainda a segunda doença infecciosa mais mortal no mundo depois da tuberculose.

As taxas de infecção e de mortalidade por HIV em Moçambique continuam cada vez mais crescentes, tendo sido estimado que a taxa de mortalidade crescesse de 22% em 2008 até 23% em 2010. E ocorrem cerca de 440 novas infecções diárias e um pouco mais de 92 mil de pessoas tornam-se óbitos anualmente vítimas de HIV/SIDA (INE, 2008 p. 3, 21, 24).

Estes números continuam crescentes mesmo com a implementação de várias políticas de prevenção e controle do HIV/SIDA no país, tais como o tratamento Antirretroviral-TARV, a Prevenção de transmissão vertical-PTV, Aconselhamento e Testagem em Saúde- ATS a circuncisão masculina e a Política Nacional de Controle a tuberculose-PNCTL.

O que leva as autoridades sanitárias a reformularem constantemente estas políticas, sobretudo o TARV e o PTV. No arranque, em 2002/2003, este tratamento era apenas assegurado aos pacientes em fase de doença muito avançada, passando a abranger, desde 2006, todos aqueles pacientes que tivessem as Células de Defesas do organismo- CD4 inferior ou igual a 350 células/mm³. Desde o primeiro trimestre do ano de 2016 este tratamento passou a ser assegurado a todos os pacientes que tenham CD4 inferior ou igual a 500 células/mm³ e a meta do Ministério da Saúde moçambicano para os próximos anos é assegurar que se inicie o TARV imediatamente após o diagnóstico do HIV.

A prevenção continua sendo a principal arma de combate desta doença, uma vez que não foram descobertos ainda tratamentos capazes de estabelecerem a cura do HIV, existindo apenas drogas Antiretrovirais-ARVs que agem no organismo humano com a função de retardar a sua progressão.

A problemática do HIV/SIDA em muitos países do mundo esteve associada a questão da homossexualidade, promiscuidade e a toxicodependência, uma vez que a maioria dos casos descobertos no início da doença estavam muitos relacionados a homens que faziam sexo com outros homens, prostitutas e com usuários de drogas (Garcia & Koyama, p. 73). Daí que até aos dias de hoje ainda pensa-se no HIV/SIDA como sendo doença daqueles de conduta duvidosa.

Os preconceitos relacionados com HIV podem ser encontrados até mesmo em indivíduos HIV+, quando podem se distinguir explicando que não contraíram a doença por

serem de conduta duvidosa, que teriam sido contagiados em relacionamentos legítimos diferente dos outros que se contaminaram devido a atitudes e comportamentos socialmente condenáveis, como a promiscuidade, comportamentos desviantes e uso de drogas (Joaquim, 2012, p. 34-35).

Garcia e Koyama (2008, p. 74), estabelecem que a deficiência na divulgação e tratamento de informação aliada ao contexto sócio-cultural contribuem para a perpetuação de preconceitos e dúvidas em relação ao HIV o que faz com que alguns indivíduos pensem que a partir do mero contato social com pessoas soropositivas pode se contrair o vírus.

A pesquisa conduzida na Zâmbia, Etiópia, Tanzânia e Vietnã mostrou que, independentemente de suas diferenças contextuais e estruturais, o contato social com pessoas infectadas que não envolva troca de fluidos ainda causa medo de contágio. Mesmo considerando o alto grau de conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus HIV (contato sexual, através do sangue e transmissão vertical) nesses países, persistem crenças sobre a transmissão, ou falta de confiança nas informações sobre como o vírus não é transmitido (Garcia & Koyama, 2008, p. 83).

Existe varias formas de transmissão do HIV, dentre elas o sexo sem preservativo, podendo ser vaginal, anal ou oral, de mãe infetada para o filho durante a gestação, parto ou amamentação, uso da mesma seringa ou agulha contaminada, transfusão de sangue contaminado por HIV e uso de instrumentos cortantes não esterilizados.

O contacto sexual desprevenido é apontado como sendo a principal forma pela qual pode se contrair o HIV. Será por essa razão que normalmente os indivíduos portadores de HIV são discriminados, estigmatizados e se estigmatizam de promiscuos?

Teorias do prazer sexual variam com o contexto cultural de cada povo e no caso de Moçambique existem algumas peculiaridades que podem ser relaciondas aos contornos que ganha o fenômeno no país. Em várias etnias o corpo feminino, sob múltiplas prespectivas, tende a ser modelado de modo a proporcionar-se o máximo de prazer ao homem.

Na região norte e uma parte do centro de Moçambique, nos ritos de iniciação a rapariga é ensinada a saber cuidar do marido, do lar e das suas crianças. As mulheres mais velhas e experientes fazem demonstrações de como deve acontecer o contato sexual entre o homem e a mulher. Nestas seções as mulheres mais velhas assumem o papel do homem e fazem as demonstrações de como uma mulher deve se comportar durante o contato sexual, como deve receber e participar da relação sexual.

Durante a vigência dos ritos de iniciação as raparigas são ensinadas a fazer alogamentos de dois tecidos localizados muito próximos dos clitóris de modo a ficarem

alongados. Pensa-se que no momento do contato sexual entre o homem e a mulher, a parte que se alongou na vagina deva envolver o pênis de modo a proporcionar mais prazer ao homem. Esse ritual parece ser um inverso estrutural da mutilação feminina. Nessa região do país os rapazes também passam na puberdade por rituais de iniciação em os anciãos lhes ensinam a como bem tratar uma mulher. É durante este período que se procede a circuncisão.

Na região sul do país, entre os Tsonga, pode-se ainda realizar nas zonas urbanas e periurbanas cortes padronizados nas partes íntimas do corpo feminino, dentre elas a barriga, as pernas, coxas com vistas a proporcionar prazer ao homem, no momento em que passa a mão pelo corpo da mulher. Aquelas mulheres que não tivessem tais cicatrizes tendiam a serem menos apreciadas pelos homens da etnia e eram tidas como peixe preto, um tipo de peixe semelhante a braga, escorregadio e abundante nas bacias dos Rio Limpopo.

Por essas peculiaridades culturais o fenómeno do HIV/SIDA, no caso de Moçambique parece estritamente relacionado às estruturas cognitivas e morais da dominação masculina (Bourdieu, 2014). Sob um regime sexual modelado para a máxima satisfação andrógena, a mulher tende a ser responsabilizada por todos os males que enfermam o lar, incluindo o HIV/SIDA.

Entre os Tsonga da região sul do país é por meio de práticas sexuais que muitos rituais de purificação são realizados e nesse sentido, a problemática do HIV/SIDA tem desafiado constantemente as autoridades médicas contra as práticas tradicionais. Neste caso práticas de purificação que só podiam ser realizadas por meio do contato sexual passaram a ser substituídas por novos rituais sem contágio sexual. Essa substituição pressupõe uma concepção ocidental da relação entre o sujeito, o corpo e a sua sexualidade que não é necessariamente compartilhada pelos Tsonga. Estaria esse conflito ontológico no cerne da arena que antagoniza a medicina convencional e as práticas tradicionais de cura?

A Organização Mundial da Saúde- OMS, define a medicina tradicional, como sendo:

A combinação total de conhecimentos e práticas, sejam ou não aplicáveis, usados no diagnóstico, prevenção ou eliminação de doenças físicas, mentais ou sociais e que podem assentar exclusivamente em experiências passadas e na observação transmitida de geração em geração, oralmente ou por escrito, (Imprensa Nacional de Maputo, I Série, Número. 15, p. 131).

A província de Gaza, de maioria Tsonga, é a que apresenta o maior índice de seroprevalência em Moçambique. Supõe-se que a situação geográfica e os seus condicionalismos laborais fazem com que esteja permanentemente em contato com a África do Sul, país com elevado índice de seroprevalência. Sobretudo esta província do sul do país,

que desde o período colonial os homens, na sua maioria, seguem trabalhando naquele país. Esta província é por outro lado também uma passagem obrigatória para quem transita de Maputo para o centro ou para o Norte do país.

O cerne desta dissertação prende-se em compreender como tem sido o acolhimento aos pacientes HIV+ no distrito de Xai-Xai. Embora Xai-Xai seja a capital de Gaza, ali, os Tsonga ainda estão muito inseridos nas redes tradicionais de cura. Por outro lado, a rede do Sistema Nacional da Saúde se faz também presente e não muito precária, relativamente ao resto do país. No exercício ambicionado nesta dissertação procuro compreender como tem sido o acolhimento às pessoas portadoras de HIV nestas duas redes.

No que concerne aos pacientes HIV+ será que os serviços de saúde do distrito da cidade de Xai-Xai dispõem de estruturas de acolhimento tão adequadas aos pressupostos ontológicos da cultura local quanto as redes tradicionais de cura? Esta é a questão que orientou a pesquisa para elaboração desta dissertação de mestrado em sociologia desenvolvida entre os Tsonga do distrito de Xai-Xai em Moçambique. A minha hipótese é a de que o desajuste ontológico que leva a um acolhimento inadequado dos pacientes Tsonga leva-os a busca dos cuidados alternativos à medicina convencional nas redes tradicionais.

A escolha do distrito da Cidade de Xai-Xai para efetuar a pesquisa deve-se ao fato de Xai-Xai ser a capital da província de Gaza, por isso não havia outro distrito para melhor compreender o fenómeno do elevado índice de seroprevalência associado as peculiaridades dos significados locais que se atribuem a doença nesta região.

A dissertação apresenta-se estruturada em seis capítulos: no primeiro capítulo, faz-se a descrição da metodologia empregue e dos seus contornos no curso da pesquisa; no segundo capítulo, procede a contextualização da problemática do HIV/SIDA em Moçambique, destacando as peculiaridades da província de Gaza.

A seguir, no terceiro capítulo, opera-se a discussão em torno do marco teórico que orientou a pesquisa, a teoria de ontologias múltiplas de Annemarie Mol. No quarto capítulo apresenta-se “o diálogo frustrado” entre o sistema médico tradicional local e a biomedicina, dando ênfase às relações entre médico e paciente.

No quinto capítulo descreve-se o itinerário seguido pelos pacientes HIV+ do distrito de Xai-Xai na busca de cuidado, sua circulação entre as redes tradicionais de cura e a biomedicina. Por fim teçe-se as considerações finais em torno dos eixos centrais do trabalho.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“O que prevemos raramente ocorre; o que menos esperamos geralmente acontece”

Benjamin Disraeli

Neste capítulo apresento os alicerces e caminhos que guiaram esta pesquisa. Esta seção compreende três momentos. No primeiro momento apresento os fundamentos metodológicos, elucidando o recorte, sua abordagem e técnicas. De seguida mostro os relatos de como procedi em campo, apresento as configurações das instituições pesquisadas. No terceiro e último momento apresento de forma detalhada o processo de coleta e análise dos dados.

2.1 Alicerces e Métodos

Tendo em vista a compreensão dos significados atribuídos às infecções oportunistas nos pacientes HIV+ entre Tsonga do distrito de Xai-Xai e a conseqüente busca de atendimento nas redes tradicionais de cura, na pesquisa adotei uma metodologia qualitativa com caráter etnográfico. A metodologia que escolhi permitiu-me compreender as vivências dos pacientes não somente a partir das questões apresentadas verbalmente, mas também pude acompanhar as suas práticas cotidianas.

A pesquisa cingiu-se em pacientes HIV+ que estavam em busca de cuidado no serviço de saúde da cidade Baixa da Cidade de Xai-Xai. Foi desenvolvida no Distrito da cidade de Xai-Xai, e foi essencialmente um trabalho etnográfico em um serviço de saúde e em duas associações de amparo a pessoas vivendo com HIV/SIDA: a associação Ativa e Kuvumbana. Também frequentei três casas das redes tradicionais de cura e circulei por outras áreas do distrito além da cidade de Xai-Xai, tanto fazendo o seguimento de pacientes que iam em terapias tradicionais, assim como no seguimento de ativistas das associações de amparo aos pacientes HIV+ que iam em missão nas localidades próximas.

A pesquisa etnográfica consiste na “participação pública e secreta do pesquisador na vida cotidiana das pessoas por um período prolongado de tempo, observando o que acontece, escutando o que é dito, fazendo perguntas,... coletando qualquer dado que esteja disponível para esclarecer as questões com as quais ele se ocupa” (FLICK, 2007, p. 214). Malinowski

(1978) aponta também que fazer etnografia é introduzir-se no cotidiano das atividades do nativo. Nisto para melhor estudar permaneci durante um semestre no distrito de Xai-Xai seguindo todas as atividades dos pacientes ligadas ao cuidado e tratamento do HIV/SIDA.

Lévi-Strauss estabelece que à etnografia corresponde os primeiros estágios da pesquisa, observação e descrição, “engloba também os métodos e as técnicas que se relacionam com o trabalho de campo, com a classificação, descrição e análise dos fenômenos culturais particulares; quer se tratem de armas, instrumentos, crenças ou instituições” (Strauss, 1975, p. 394-395). Flick, também salienta que o método etnográfico tem características de poder combinar várias técnicas, devido a sua subordinação a questões de pesquisa e as circunstâncias do campo. Durante a pesquisa fiz entrevistas semiestruturadas, observação participante e observação direta.

O desenvolvimento da etnografia, nesta pesquisa, possibilitou-me compreendermos a retenção de pacientes em TARV, as suas experiências de vida enquanto pacientes, dos seus cuidadores, dos membros das associações e dos médicos das duas redes. Também foram importantes algumas conversas compartilhadas tanto nas filas de espera de atendimento como aquelas conversas havidas em outros lugares do cotidiano terapêutico.

Nesta pesquisa para melhor compreender as motivações dos pacientes HIV+ em procurarem as redes tradicionais de cura, mesmo que estivessem em TARV, achei conveniente nesta etnografia empregar a observação. Com base na observação estabeleci um olhar em tudo que acontecia a volta, captando inclusive as palavras não ditas e tantos outros elementos que influem na ocultação da busca pelo tratamento nas redes tradicionais de cura, pois:

sem dúvida, para que um trabalho etnográfico seja válido, é imprescindível que cubra a totalidade dos aspetos – social, cultural e psicológico – da comunidade; pois esses aspetos são de tal forma interdependentes que um não pode ser estudado e entendido a não ser levando-se em conta todos os demais. (MALINOWSKI, 1978, p. 11-12).

Para além da observação participante coloquei em prática a observação direta, que “é sem dúvida a técnica privilegiada para investigar os saberes e as práticas na vida social e reconhecer as ações e as representações coletivas na vida humana” (Rocha e Eckert, 2008, p. 2). A observação, sobretudo a participante, entrevistas semiestruturadas e todo o conjunto de técnicas combinadas constituíram a etnografia.

As entrevistas foram individuais e semiestruturadas. As entrevistas ocorriam numa sala reservada, a sala de formação. E elas, na maioria corriam imediatamente após o fim da

consulta dos pacientes selecionados e eram gravadas (alguns pacientes pediam que não fossem gravados e respeitei a opção). Num universo de sessenta pacientes solicitados cerca de seis afirmaram que não estavam disponíveis para conversar naquele dia e aceitei a recusa.

Duas entrevistas com pacientes do sexo feminino tiveram que ser abortadas, mesmo quando já estava no fim da entrevista. Uma paciente afirmou que estava arrependida de ter aceitado que a sua fala fosse gravada e por isso paramos a gravação e interrompi a entrevista, e voltei a lhe explicar que não teria nenhuma implicação para ela e o que tinha sido anotado acerca da sua experiência não seria usado nesta pesquisa. A seguir invalidei o termo de consentimento informado que ela já havia assinado. E a outra recusa foi ainda no momento da explicação acerca da natureza da entrevista.

O critério usado para finalizar a pesquisa foi a saturação. Quando percebi que novas observações e novas entrevistas não traziam novas informações, considerei suficientes os dados já coletados.

Nesta pesquisa tomei em consideração questões éticas, como a participação livre e consentida e os nomes mantidos em sigilo. Sendo assim antes que iniciasse a participação na pesquisa solicitava a autorização aos pacientes para a permanência na sala de consulta durante a interação entre médico-paciente e depois da consulta os pacientes elegíveis eram solicitados a participarem duma conversa em particular. Nisto eram expostos os objetivos, finalidades da pesquisa, como é que os participantes iriam contribuir, garantia de sigilo e ocultação da identidade do participante e garantia de liberdade de participar e recusar ou desistir da pesquisa. Era assinado por mim e pelo pesquisado um termo de consentimento livre e informado, disponibilizado o meu contato e do enfermeiro chefe do centro de saúde para eventuais questões e esclarecimentos. Para preservar a identidade dos participantes as entrevistas foram codificadas com uso do alfabeto.

Durante a pesquisa várias vezes os pacientes se dirigiam a mim como se fosse parte dos profissionais da saúde e várias vezes questionando acerca de como deviam proceder em algumas circunstâncias. Por exemplo, como deviam fazer para informarem aos seus parceiros que haviam sido diagnosticados HIV+, acerca de algumas questões relacionadas aos efeitos colaterais do seguimento do TARV, administração de xaropes cotrimoxazóis nas crianças em paralelo com amamentação. Quanto as questões técnicas, explicava que não podia ajudar, pois não era profissional da saúde apenas estava naquele lugar como pesquisadora e que deviam consultar aos seus médicos.

Manter a postura de pesquisadora foi uma tarefa bastante difícil, sobretudo em momentos em que os pacientes apresentavam alguns dilemas relacionados à revelação do seu

estado aos seus próximos. Os assuntos que mexiam muito com a sensibilidade dos meus interlocutores muitas vezes envolviam-me em abraços de conforto e muitas dessas questões faziam-me regressar ao antigo ofício de educadora de pares. Não foi uma tarefa fácil posicionar-me como pesquisadora, mas sempre fazia o máximo esforço em direcionar os pacientes aos setores hospitalares onde podiam receber ajuda.

O que fazia com que a minha sensibilidade fosse colocada em questão foi o fato de ter entrado em contato com a problemática do HIV/SIDA muito cedo, por um lado ter perdido muitas pessoas próximas vítimas desta pandemia, por outro ser descendentes de profissionais da saúde. Desde os anos 90 convivíamos dentro de casa com esta questão do HIV/SIDA através de revistas e caricaturas que circulavam no nosso domicílio representando a sexualidade como sinónimo da morte, promiscuidade e HIV/SIDA – também por conta das conversas e conselhos doutrinários e chatos acerca do tema em casa.

2.2 Inserção no Campo: seguindo o cotidiano da busca pelo cuidado

A pesquisa foi realizada no distrito de Xai-Xai seguindo os pacientes HIV+ a partir de dois lugares centrais o serviço de saúde da cidade de Xai-Xai e as duas associações de amparo aos pacientes HIV+, a Ativa e Kuvumbana.

Bourdieu (2008, p. 61) estabelece que o ofício do sociólogo prende-se na capacidade de poder fazer passar o conhecimento teórico para o prático e que “não fique no estado de metadiscurso a propósito das práticas”. Realça também que a teoria deve servir de guia neste processo atendendo às circunstâncias em que o exercício prático se apresenta. Seguindo os métodos e teorias escolhidas no decurso da pesquisa fui-me adequando as especificidades do meu campo de pesquisa.

O fazer etnográfico exige do pesquisador a capacidade de poder olhar para o pesquisado como pertencente ao mesmo lugar racional do pesquisador, isolando-se de todos pré-conceitos. Por ter sido educada sob princípios, orientações e hábitos Tsonga, prestei atenção e fiz questões acerca de todo o conjunto que leva a rotulação e o ocultamento da busca pelas redes tradicionais de cura. Pois que quando pesquisamos sobre indivíduos com quem se partilha os mesmos hábitos, o desafio é o de distanciar o olhar. O risco reside em deixar de questionar temas que por não parecerem surpreendentes ainda assim podem conter significados distintos daqueles que conhecemos (LÉVI-STRAUSS, 2012, p. 29).

Latour (2005) ressalta ainda que o social deve ser compreendido por meio da associação de elementos que agem numa rede de relações que inclui humanos e não humanos.

O que guiou a nossa pesquisa foi a teoria do Ator-Rede, na medida em que para além de ter prestado atenção no que os atores faziam e diziam em relação aos significados que atribuem a doença, segui e prestei atenção também em todos os eventos a sua volta, buscando actantes surpreendentes para além das minhas convicções já estabelecidas.

Segui os momentos de cadastramento para o início do tratamento, as consultas entre médico-paciente e os aconselhamentos Pré-Seguimento do TARV - Pré-TARV ou ainda em curso. Pois sempre que se suspeita que o seguimento do TARV é deficitário ou quando mesmo o paciente se ausenta das consultas ou se suspeita que existam relações entre paciente e as redes tradicionais de cura, o paciente é reencaminhado para as secções de aconselhamento, processo que no contexto do TARV se apelidou-se de “ser divorciado a escola”. Geralmente neste momento o paciente não recebe os ARVs, até que se tenha certeza de ter assimilado “a matéria”. As minhas convicções estavam inseridas na “matéria” e a desfamiliarização em relação ao meu objeto me levou aos outros surpreendentes actantes da rede tradicional.

A pesquisa compreendeu três momentos, o primeiro de janeiro a março, em que observei o trabalho dos ativistas durante as visitas domiciliares, com a associação *Kuvumba*; as observações eram feitas no período da manhã nas segundas e quintas-feiras; já com associação Ativa, eram feitas no período da tarde nas segundas e quartas-feiras. Nos dias em que não tinha atividades com as associações no período da manhã, nas terças e quartas-feiras observava as consultas no serviço de saúde.

O segundo momento, de abril a junho, compreendeu a observação das consultas no serviço de saúde de forma efetiva e por fim seguiram-se as visitas às casas dos médicos das redes tradicionais de cura. Em todos os momentos da pesquisa privilegiei os pacientes que apresentavam relações com as redes tradicionais de cura. Esta relação era identificada a partir das conversas com o clínico e, sobretudo se os pacientes tivessem visíveis os seus amuletos.

O início da pesquisa foi antecedido pelos envios de credenciais as instituições e este envio aconteceu enquanto ainda estava no Brasil finalizando o meu primeiro ano de mestrado. Quando cheguei a Moçambique os três locais onde decorram a pesquisa haviam já respondido satisfatoriamente. Em relação ao serviço de saúde faltava apenas uma resposta formal e quanto às duas as associações tinham já enviado as suas cartas formais de aceitação. Inicialmente havia enviado pedido a três associações de amparo aos pacientes HIV/SIDA, mas a terceira, a Reencontro uma das associações pioneiras da província, não respondeu à carta. O envio a este número de associações deveu-se a primeira ideia de fraca permeabilidade destes lugares que tratam acerca da questão do HIV, mas a realização do campo revelou-me

uma realidade diferente daquela narrada pelos anteriores pesquisadores como a Joelma Joaquim (2012) e Hélio Maúngue (2015), que tiveram de mudar de estratégias devido as dificuldades em acederem aos serviços de saúde em Moçambique.

A escolha do serviço de saúde da cidade baixa foi em consequência da conversa com o responsável provincial da saúde pública, da província de Gaza, no dia em que dirigimo-nos ao seu setor a fim de retirarmos o documento oficial que nos possibilitaria o início da pesquisa. Chegada à direção provincial de saúde de Gaza apresentei-me, de forma breve, expliquei a natureza da minha pesquisa; o responsável provincial perguntou-me onde é que gostaria de fazer a minha pesquisa, uma vez que o distrito de Xai-Xai na divisão administrativa sanitária compreendia dois distritos, o distrito da cidade de Xai-Xai com seis serviços de atendimento aos pacientes em TARV e o distrito propriamente dito, com serviços de saúde nas localidades com atendimento TARV ainda numa fase embrionária. Decidi fazer a pesquisa no distrito da cidade de Xai-Xai, no serviço de saúde da cidade, uma vez que teria o acesso a pacientes vindos de todo o distrito e também devido ao fato de ser o local de jurisdição sanitária na matéria de tratamento, controle e combate do HIV/SIDA.

No mesmo dia o responsável provincial redigiu a carta de acesso para que fosse apresentada ao serviço de saúde da cidade de Xai-Xai e aos seis serviços de saúde do distrito da cidade de Xai-Xai.

No dia seguinte dirigi-me ao serviço de saúde, onde fui direto à secretaria, apresentar a carta e fui encaminhada para a diretora do serviço de saúde. Ela imediatamente recomendou que me encaminhassem ao responsável pelo setor. A secretária acompanhou-me para a sala do responsável pelo setor. Fui atendida na mesma sala onde decorrem as consultas de atendimento aos pacientes HIV+. Antes que acesse a sala a secretária pediu-me que esperasse na porta e ela entrou, nessa altura estava um paciente em atendimento, e passado 10 minutos me avisou que podia esperar que me chamasse e fui atendida por dois profissionais.

De seguida um dos profissionais mandou-me entrar para sala de consultas, onde estabelecemos uma conversa acerca da natureza da pesquisa que iria fazer e que espaços interessavam circular. Explicaram-me de forma exaustiva os setores, os lugares que podia explorar, deram-me a prerrogativa de fazer a pesquisa em um outro serviço que não fosse aquele ou mesmo que podia não cumprir integralmente a minha pesquisa naquele lugar. Fiquei com a impressão do que representava para eles a minha presença naquele lugar: viam-me como se tivesse ido supervisionar as suas atividades. Essa impressão veio a se confirmar durante o início do processo da observação, em que depois de dois dias de observação, o profissional responsável pelo setor começou a mostrar-se indisponível para trabalhar. No

primeiro dia alegou que estaria em função de uma reunião, por isso que eu não podia acompanhar o seu atendimento. Direcionava-me para outros seus colegas que também no primeiro momento sentiam alguma desconfiança que iam superando quando lhes explicava acerca da natureza da pesquisa. O responsável pelo departamento de TARV no distrito da cidade de Xai-Xai sempre mostrou-se menos acessível para prestar entrevista acerca do historial do TARV, ele que era o profissional com mais experiência na área e o responsável pelo setor.

Durante a conversa com outros dois profissionais acerca do início da minha pesquisa, uma das primeiras questões a me ser apresentada foi de que para poder ter acesso ao espaço sanitário deveria trajar um jaleco branco. Acerca de questões éticas pouco se disse, talvez porque ainda no momento da nossa apresentação lhes tenha dito que participaria como observante nas consultas de atendimento dos pacientes só e somente só se estes autorizassem.

O serviço de saúde da cidade baixa é um serviço que presta atendimentos desde os cuidados básicos até os mais especializados. Em matéria de HIV/SIDA tem serviços de ATS, presta atendimento TARV para todas as idades e também existe o serviço de PTV, que é realizado nas consultas pré-natais. Há ainda um setor especializado para o tratamento de crianças em riscos, onde o maior número dos que acedem a este serviço faz a prevenção de transmissão vertical.

Foi a partir de 2007 que este serviço introduziu o TARV, atendendo em média diária cerca de 200 pacientes HIV+ desde crianças, adolescentes, jovens e adultos. Atendidos por seis profissionais ao todo, um alocado ao Serviço de Atendimento a Adolescente e Jovens-SAAJ, e outros cinco profissionais atendendo crianças e adultos. Este serviço em todos os seus setores presta especial atenção a questão do HIV, e em todos faz-se o teste anti-HIV e o encaminhamento do paciente para o início do TARV em caso do diagnóstico.

Apesar de todos os setores poderem efetuar o exame de sangue rápido anti-HIV preferem enviar os pacientes que apresentam sintomas de HIV para a Unidade de aconselhamento e testagem em saúde – UATS – de modo que tenham serviços especializados e que sejam encaminhados para a abertura de processo para o início de TARV.

Os pacientes recém diagnosticados são enviados para o departamento de arquivo, onde é feito o registo do paciente e atribuído uma carteirinha que lhe possibilita o acesso ao serviço. De lá encaminhado para a aceitação onde pré-datam o dia da consulta com o clínico. Geralmente nestas situações o acesso a consulta é imediato de modo que o paciente faça exames para se apurar o seu nível de CD4. Se este for superior ou igual a 500 células/mm³, o paciente apenas faz o controle de infeções oportunistas com base de cotrimoxazol, e se for

inferior a 500 células/mm³ o paciente inicia imediatamente o TARV, sendo que nos primeiros seis meses o paciente deve seguir cumprindo as consultas mensalmente de modo a ter-se um acompanhamento acerca da reação do organismo. Após este período probatório, as consultas passam a ser intercaladas com duas idas a farmácia para a recepção de comprimidos ARV, nisto passando a serem quatro idas as consultas por ano.

Devido a questões de vária ordem, por exemplo, a falta de tempo do paciente para ir regularmente ao serviço de saúde tanto para a recolha de comprimidos assim como para efetuar as consultas passou-se a aceitar que os pacientes enviassem seus parentes para a recepção de comprimidos. O envio de parentes às consultas dificulta a avaliação do estado do doente e muitas vezes os clínicos confundem o enviado com o paciente. Isso aconteceu em uma consulta em que o clínico perguntava a mãe da paciente acerca do seu estado de saúde e a medida em que ela respondia ele fazia o preenchimento do processo da paciente e só veio a se dar conta de que se tratava da enviada quando perguntei se aceitava conversar comigo acerca da toma dos comprimidos e ela respondeu que havia apenas ido a consulta para recolher os comprimidos da filha que trabalhava na África do Sul.

Nas consultas a interação entre paciente e clínico é menos interativa, em algumas circunstâncias parece uma mera questão de busca de prescrições para recolha de comprimidos na farmácia. Os clínicos perguntam como é que os pacientes se sentem, se tem alguma preocupação a apresentar e estes se tiverem apresentam as suas preocupações e suas enfermidades caso existam. São observados caso apresentem abscessos ou inchaços no corpo e em caso de enfermidades não palpáveis, recebem prescrições para exame laboratoriais. Nas Consultas para Crianças de Risco-CCR, tendo sido feita a observação das crianças, as enfermeiras prestam pouca atenção às mães. Nestas consultas as mães são sempre perguntadas acerca do comportamento das crianças ao longo do mês e também recordadas a evitarem administrar medicamentos tradicionais nos primeiros seis meses de vida, período do aleitamento exclusivo.

Durante a pesquisa neste serviço circulei em todos os setores e em todos eles constatei que a questão da conciliação do TARV com medicamentos das redes tradicionais de cura é combatida com veemência. Desde as seções de aconselhamento os pacientes são consciencializados de que a mistura do TARV com ervas trará consequências graves para a saúde. Mas sempre que os pacientes apresentam dúvidas em relação aos prejuízos do não seguimento deste tratamento são apenas repreendidos. Numa das consultas uma mãe em PTV, dizia que o seu filho havia-se recuperado da mal nutrição após a receção de um suplemento alimentar. A enfermeira perguntava: “é *xilala* ou é fome?”. A mãe inicialmente havia dito à

enfermeira que a razão do emagrecimento do filho era *xilala*, doença tradicional que ataca a recém nascidos.

O processo de atendimento aos pacientes era precedido pela procura do dossier do paciente, onde fica registado toda a informação do paciente. Não há horário de atendimento para cada paciente. A consulta depende da hora de chegada e também é grande a flexibilidade em relação ao processo. Quando não eram encontrados, os pacientes eram encaminhados as consultas sem eles. A perda frequente de processos era justificada pelos técnicos como sendo derivada da circulação até ao clínico, do clínico para a digitação, depois para informatização dos dados mensais do paciente, de lá para outro setor de registo manual. Assim os processos podiam não chegar completos para o arquivo.

Na pesquisa foram efetuadas observações das visitas efetuadas pelas associações aos domicílios dos pacientes que estão em tratamento antirretroviral, daqueles pacientes que abandonaram o TARV e daqueles que não aceitam aderir ao tratamento. Nas visitas aos domicílios, as associações tem o papel de supervisionar se os pacientes que estão em TARV tomam devidamente os seus comprimidos e auxilia-los em cuidados domésticos caso necessitem e, sobretudo os pacientes em estado grave que moram sozinhos. Também sensibilizam para adesão ao tratamento àqueles pacientes que se recusam em aderir o TARV e aqueles que abandonaram. As associações em alguns momentos são a ponte de comunicação entre os pacientes e o serviço de saúde, no caso de abandono de tratamento. Os responsáveis pelo arquivo e digitação entram em contato com os membros das associações com vista a efetuarem visitas aos domicílios dos pacientes que faltaram as consultas, a fim de convencê-los a retornar.

As associações para além de serem a ponte de comunicação entre pacientes e os serviços de saúde tanto no aconselhamento, busca e auxílio no TARV, estão situados na zona de fronteira entre as duas redes de atendimento ao paciente HIV+. Aconselham para a adesão do TARV, mas também as vezes incentivam a seguir as redes tradicionais de cura. Um dos exemplos ocorreu durante a conversa com um paciente na visita domiciliar em que uma das ativistas perguntou, “será que alguma vez foste procurar”, apresentando que podiam existir algumas outras coisas da tradição que necessitassem de tratamento. Apresentou, durante esta colocação, questões ligadas a sua própria experiência no TARV e as questões que fizeram com que procurasse as redes tradicionais de cura após o falecimento do seu esposo.

O contato com as redes tradicionais de cura tanto para a conversa com os profissionais assim como para a observação dos rituais aconteceu por duas vias. Por pacientes, em tratamento do HIV, mas também por pacientes que não estavam necessariamente em TARV,

mas que, pela intensa inserção nos processos tradicionais, responderam minha solicitação para assistência aos rituais de cura.

Os rituais de cura geralmente são antecidos pelas seções de adivinhação, que acontecem um a dois dias antes da realização dos rituais de cura. Apesar de na maioria dos casos termos ido observar os rituais de cura, várias vezes observamos seções de adivinhação. A adivinhação por vezes funcionava como mecanismo de reminiscência dos caminhos de cura revelados pelos espíritos; outras vezes eram acionados para se consultar se a situação revelada e os procedimentos permaneciam.

Conversamos com quatro médicos das redes tradicionais de cura, um curandeiro em que nos seus rituais usa essencialmente plantas medicinais, animais, (sangue, peles de animais), unção de óleo, etc. Três da igreja Zion¹, que usam ervas ou plantas medicinais, (usando suas raízes, caules e folhas), animais e peles, sangue, ossos de animais, linhas, óleos e velas de variadas cores.

O acesso às associações e as redes tradicionais de cura foi bem tranquilo e o interesse em cooperar era ainda maior na expectativa de benefícios futuros. Esperavam que fossem inseridos nos projetos futuros da instituição que imaginavam que eu representava. Indivíduos que dinamizavam o acesso das comunidades às entidades não governamentais para questão do HIV/SIDA, eram selecionados para o desempenho de funções de sensibilização comunitária com direitos a gratificações. Muitas vezes tinham a expectativa de inclusão nos programas que fossem desenvolvidos a partir de pesquisas. Nas associações, era comum que a partir de pesquisas, negociar-se a canalização de apoios.

A questão de benefício era também evidente na relação entre paciente-ativista durante as visitas domiciliares. A boa receção e colaboração com os ativistas possibilitaria a inclusão prioritária na receção de bens consumíveis enviados pelas entidades financiadoras das associações.

Os pacientes sentiam-se muito a vontade em apresentar as suas aflições e dúvidas aos ativistas e aos profissionais das redes tradicionais de cura. As observações de atendimento aos pacientes por estas duas entidades duravam entre uma a duas horas em média.

No serviço de saúde observei as consultas integradas, consultas de mães que estão em Prevenção de transmissão vertical-PTV, CCR e as seções de aconselhamentos para pacientes com CD4 inferior ou igual a 500 células/mm³ para o início do TARV. Nas consultas integradas são atendidos os pacientes em Pré-TARV e os pacientes que estão em TARV. Os

¹ Igreja de origem pentecostal oriunda da cidade norte americana Zion City. Em Moçambique esta igreja conheceu diversas transformações e adequado as formas de adoração local.

pacientes em Pré-TARV seguem mensalmente às consultas de rotina no serviço de saúde para o controle do estado de saúde. Alguns recebem prescrições para o contramixazol em caso de apresentarem, durante as consultas, baixas de CD4 ou caso apresentem outras enfermidades, tais como diarreias, tosse e outros.

No aconselhamento os pacientes recebem orientações acerca da toma dos comprimidos ARVs e outras orientações acerca dos cuidados a terem com a saúde, a necessidade do uso do preservativo com vista a evitarem a reinfeção, como também a transmissão do vírus HIV aos outros.

Nessas seções de aconselhamento, os pacientes são informados que a partir do momento em que começam o TARV não devem ingerir medicamentos tradicionais. Os conselheiros mais radicais têm informado que o TARV não deve ser misturado com medicamentos tradicionais. Os menos radicais abrem espaço para a conciliação do TARV com os medicamentos das redes tradicionais de cura desde que seja em intervalos de tempo longo a fim de fazer com que os ARVs tenham o tempo necessário para reação.

Os pacientes viam-me como parte integrante do serviço de saúde, às vezes os seus cuidadores, sobretudo os membros das associações apresentavam-me como tal, o que gerou alguma reserva. As reservas dos pacientes foram mais evidentes no serviço de saúde, uma vez que para circular no ambiente me foi imposto um traje específico, um jaleco branco, o que fazia com que os pacientes pensassem que o que fossem me informar lhes implicaria na saúde. Muitas vezes era confundida com uma profissional a serviço da rede Nacional de saúde com intenção de supervisionar e tomar medidas imediatas com vista a melhorar a situação de atendimento cotidiano. Nisto muitos pacientes falavam a mim como mecanismo de denúncia, exemplo de longas filas de espera pelo atendimento. Ou algumas vezes me enxergavam como se fosse mais uma técnica ou mesmo estagiária. Mas essas questões eram mais ou menos dissipadas no início das nossas conversas, quando explicava para eles quem eu era e que tipo de trabalho estava ali fazendo.

A questão de inibição para a fala acontecia também com aqueles médicos das redes tradicionais de cura filiados a AMETRAMO². Esta reserva deriva das tensões entre as duas redes provedoras de cuidados em saúde, sobretudo pela hegemonia da biomedicina no país. Por outro lado, a criação da AMETRAMO reserva aos médicos tradicionais o papel de guardiões comunitários de princípios difundidos pelo Sistema Nacional da Saúde-SNS.

² Associação dos médicos tradicionais de Moçambique

2.3 Coleta e análise de dados

O curso da pesquisa possibilitou-me ir além do que tinha sido planejado: fazer observação das consultas entre médico-paciente, nas duas redes e efetuar entrevistas. Mas ao longo da realização da pesquisa tive a oportunidade de vivenciar o desdobramento do cotidiano dos pacientes HIV+ do distrito de Xai-Xai na busca pelo cuidado. O serviço de saúde abriu-se de modo que pude percorrer todos os espaços que concernem aos pacientes HIV+, desde o setor do arquivo dos processos, a seção do cadastro físico assim como digital, a farmácia, a sala de aconselhamento para a adesão do TARV.

Esta abertura possibilitou também poder conversar e ouvir as experiências dos técnicos alocados a estes setores e os demais profissionais da instituição que me interpelavam de forma curiosa para saber mais acerca do que estava fazendo naquele serviço de saúde.

O universo de pesquisa havia sido pensado privilegiando homens e mulheres tendo em conta as faixas etárias com maior índice de sero prevalência no país. Mas devido a acessibilidade do campo fui navegando também em outras faixas etárias e várias vezes era solicitada a acompanhar casos específicos relacionados à recusa do seguimento do TARV, mau seguimento ou mesmo abandono.

Em várias circunstâncias desta natureza demandaram de me uma capacidade maior de participação, não apenas como pesquisadora, mas como mais um elemento que pudesse influenciar positivamente aos pacientes a aderirem ou permanecerem no TARV. Várias solicitações eram no sentido de que “seria bom que fosses conosco para nos ajudar naqueles pacientes, uma vez que tu estas estudando isto e tens mais argumentos”.

A observação participante era de certa forma colocada em jogo e muitas vezes o papel do pesquisadora era reinventado de modo que o envolvimento não minasse o espaço e as possibilidades de efetuar a pesquisa. Contudo várias vezes durante as observações não escapava a algumas solicitações dos profissionais e outras adesões por livre vontade tais como: entregar o livro de anotações, facilitar o acesso e acomodação aos pacientes para consulta, o colo às crianças durante a observação das mães.

Apesar de estar preocupada em preservar a observação mais distanciada dos eventos estudados, por se tratar de um tema delicado demandava constantemente uma implicação muito próxima. Durante as entrevistas muitas questões suscitavam nos pacientes fortes emoções, da formulação de perguntas aos olhares que eram estabelecidos e muitas vezes as suas vozes para responder às questões eram antecedidas por lágrimas escorrendo os rostos.

Nisto um aperto de mão ou mesmo um abraço era indispensável e lhes informava que a conversa podia parar por ali, mas os pacientes pediam que continuássemos a conversa. A maioria nunca tinha tido espaço para falar abertamente acerca do tema. E por isso agradeciam pela oportunidade de falar acerca dos seus grandes medos e tormentos.

Quanto às observações nas associações não tiveram desdobramentos diferentes daqueles vivenciados no cotidiano do serviço de saúde, uma vez que não se estabelece uma distância grande entre estas duas entidades. Em algumas situações eu seguia as ativistas aos domicílios dos pacientes, a mando dos responsáveis dos serviços de saúde, enquanto supervisionadas por órgãos do Ministério da saúde.

As ativistas são capacitadas para o exercício do cuidado domiciliar pelos profissionais do Ministério da saúde. Nisto várias vezes cruzava-me com as ativistas nos espaços do serviço de saúde participando das seções de formação em matérias e estratégias de cuidado aos pacientes ou mesmo buscando informações de pacientes que faltaram ou tinham abandonado ao TARV.

Nas associações cada ativista tem seus pacientes e tem a missão de visitá-los e cuidá-los de forma continuada. O estado de cada paciente determina o número de visitas semanais por efetuar e a devida alta. Estes também tem a missão de fazer vistoria nas áreas das comunidades de sua jurisdição a fim de se informarem de ocorrência de novos casos e canalizá-los tanto para a associação como para a busca de tratamento nos serviços de saúde ou mesmo para o reencaminhamento.

O número maior de visitas era direcionado aos pacientes com histórico de abandono ou mau seguimento do TARV. Aos pacientes com histórico de abandono era também canalizado um atendimento psicológico constante e também durante as visitas intensificava-se o aconselhamento, com fim de evitarem-se futuras recaídas.

Durante as observações do trabalho do cuidado nos domicílios dos pacientes constatei casos se desdobrarem como se as ativistas fossem responsáveis pelo estabelecimento da ordem doméstica na troca de acusações em relação a quem tenha trazido o vírus para dentro do lar.

Muitas vezes constatei que pacientes omitiam que estavam seguimento o TARV para escapar ao estigma. Um dos exemplos foi duma paciente que estava em estado muito crítico devido o abandono do TARV e o seu retorno havia sido com a falsificação do nome para evitar o prolongamento do aconselhamento.

Numa outra ocasião foi a omissão duma mãe, grávida, acerca do seguimento do TARV no caso dela assim como da sua filha de um ano e três meses também HIV+ que estava

em tratamento de infecções oportunistas-TIO. As informações foram reveladas pelo seu esposo e pela segunda esposa que “denunciaram” que ela não fazia o cumprimento adequado da medicação tanto dela como da filha. O esposo informou que estava a espera que ela tivesse o bebê para entregar ao Estado, uma vez que ela seguia fazendo filhos sem preocupar-se em evitar que estes se infetassem.

Em relação a este lar, constituído por duas mulheres casadas com um mesmo homem foi necessário mediar um conflito derivado da acusação protagonizada pela segunda mulher que estava naquele lar a dois meses e que acusava a sua rival de ter-lhe transmitido o vírus de HIV a partir do relacionamento com marido. O esposo delas era HIV- negativo e este elemento foi colocado em questão durante a mediação do conflito.

O estado de saúde da segunda mulher era mais crítico em relação a primeira no lar e tinha sido por isso que as ativistas tenham-lhe aconselhado a fazer o teste. Durante a negociação para convencer-lhe foi colocada o fato da rival ser portadora do HIV, mas que a trajetória de vida desta era já conhecida pelas ativistas que faziam o acompanhamento do TARV do seu antigo e falecido marido.

Nos domicílios colocava grandemente o nosso ofício de educadora de pares a fim de que pais se mobilizassem para a procura ou mesmo darem continuidade adequada ao tratamento das crianças. Em seções de formação e capacitação não escapava a solicitações de deixar ficar a minha fala mesmo que fosse para em outras ocasiões retornar ao papel de mera pesquisadora.

Nas redes tradicionais de cura observei sete rituais de cura, dos quais os dois eram de *kookhlola*³ e quatro eram de cura de *Xifula*⁴. O último caso era de um paciente com inícios de problemas concebidos convencionalmente como psíquicos, nas redes tradicionais designando-se *lihuhe*.⁵

A procura pelas redes tradicionais de cura em pacientes HIV+ compreende dois momentos. O primeiro em regra tem sido anterior ao diagnóstico do HIV e o segundo ocorre após o diagnóstico. Neste segundo momento, o paciente, devido a ineficácia do TARV lhe ocorre mobilizar outras entidades. No primeiro momento o paciente procura a biomedicina

³ A *Kookhlola* é uma enfermidade que se manifesta de forma idêntica a tuberculose, quando diagnosticada ou observado pela biomedicina.

⁴ A *Xifula*, na biomedicina concebe-se como sendo a trombose, paralisia incluindo os acidentes cardiovasculares.

⁵ *Lihuhe*, termo changana, usado para designar as doenças psíquicas. Geralmente este termo em si significa que, o corpo do indivíduo com esta doença esteja sendo envolvido por várias forças diabólicas, que tomam o seu corpo e a partir dele, exercem ações malignas.

por recomendação dos médicos das redes tradicionais ou mesmo quando o primeiro tratamento não responde satisfatoriamente.

As doenças oportunistas tais como a tuberculose, a trombose, a paralisia, as borbulhas na pele, a herpes zóster, as infecções de transmissão sexual são em grande medida razões que fazem com que os pacientes procurem os serviços de saúde a procura do tratamento. Para essas enfermidades, nos serviços de saúde, são aconselhados ou submetidos ao exame anti-HIV e muitas vezes os pacientes não estão preparados para receber o diagnóstico.

Nas redes tradicionais de cura, o primeiro ritual observado visava purificar um casal da transgressão de não ter esperado tempo necessário para voltar a ter relações sexuais. Diagnosticou-se que tiveram um comportamento inadequado durante um luto pós-funeral e deveriam ter se purificado antes da relação sexual, pois que o luto que não lhes pertencia. O outro tratamento foi de um paciente que contraiu a tuberculose por ter cruzado com alguém que havia feito o aborto.

Para a maioria dos pacientes com que conversei no serviço de saúde, as doenças oportunistas tais como a tuberculose, a paralisia e a trombose, se estiverem relacionadas a questões espirituais e se não fossem tratadas de forma adequada pelas redes tradicionais de cura, o paciente não ficaria totalmente curada, podendo até aparentar melhora, mas sempre terá o risco de recaída até que haja a intervenção da medicina tradicional seja realizada. Esta questão da necessidade de cura das doenças oportunistas pela tradição, ganha mais ênfase quando se tratar da tuberculose em que inclusive profissionais da saúde enfatizam que os pacientes acham que se não forem “cozinhados” (passar pelos rituais tradicionais) não vão melhorar.

Um dos pacientes que já estava enfermo há três semanas sentia os seus membros, superior e inferior, do lado esquerdo doendo “como se alguém estivesse a picar-lhe e sentia pontadas no mesmo lado na sua face preenchendo a orelha até a nunca”. Para este o médico das redes tradicionais preparou medicamentos em pó e colocou na bacia, colocou água e chamou a uma ajudante, sua esposa, que também tem poderes espirituais, para que carregasse a bacia para o mato, a uma distância de mais ou menos 5 minutos da casa. Como era uma mulher, no caso, pude acompanhá-la até ao mato. Nessas circunstâncias pude seguir de muito perto os rituais.

No mato ao paciente foi recomendado um banho evocando os nomes das pessoas que estavam provocando a doença, para que saíssem do seu corpo. No fim do banho devia levar ele próprio a bacia e voltar para a casa do médico não devia olhar para trás, por formas a não carregar de volta os demónios para o seu corpo. Naquele dia não deveria tomar banho, só

devia voltar a tomar normalmente o banho no dia seguinte, mas sem o uso da esponja de banho. E recebeu água contendo medicamentos para que, quando chegasse a casa, colocasse no quarto, ordenando que aquela força diabólica e outras que eventualmente existissem saíssem da sua vida.

A outra paciente estava com dores há quase dois meses nos seus membros, inferior e superior do lado esquerdo, o pé já apresentava sinais de inchaço, recebeu o banho no mato com água duma lagoa. O ritual aconteceu perto das 12 horas a quase quinze minutos de distância, entre o mato e a casa da médica tradicional. A médica estava na companhia de um ajudante, que quando chegou ao mato, construiu uma casinha de capim trazido da palhota da médica. A paciente ficou de cócoras e ele incendiou a casinha e foi dito que, assim que ela sentisse calor deveria sair, com a casinha ainda a queimar. Seguiu-se o momento do banho, preparado pela *Zionista*. Enquanto a paciente colocava água a médica lhe esfregava com uma erva escorregadia e por fim a *Zionista* carregou o balde e jogou toda água na cabeça da paciente e lhe disse para que tirasse toda roupa e deixasse ali. Atravessou um pequeno caminho, para o outro lado a fim de vestir-se com outra roupa. Dalí seguiu para a casa da médica, sem olhar para traz. Na casa da médica recebeu um fio de linhas trançadas para que colocasse na sua mala de roupa. Nesse tipo de ritual se me vissem como familiar da paciente a minha participação era naturalizada. Nem sempre era possível informar logo de início que eu estava ali como uma pesquisadora. Normalmente, depois do ritual procurava ter uma entrevista com o médico em que esclarecia e buscava informações complementares.

A outra paciente que estava em TARV há cinco anos, dizia que estava com todo seu corpo doente há mais de um mês. Sentia comichão em todo corpo também, havia tomado comprimidos de malária, mas não sentia melhoria. Para este paciente o *Zionista*, apenas colocou na bacia, medicamentos em pó e colocou água fervente. A paciente inalou o ar quente durante 20 minutos e terminou o tratamento, que de acordo com o médico deve ser reptido nos três dias seguintes nas primeiras horas ainda jejum. Nesses casos não pude acompanhar a repetição do ritual na casa da própria paciente. Esse foi um limite metodológico da minha pesquisa.

O último paciente de xifula, o tratamento foi de três dias, este paciente não conseguia mais locomover-se pessoalmente. Os seus dois membros do lado esquerdo estavam completamente inchados, e estava neste estado a um ano, e os tratamentos tradicionais que fazia não davam certo. O médico tradicional foi a casa do paciente na localidade Juluis Nherere, Machelene, no distrito de Xai-Xai, o médico vinha da localidade de Mananga no distrito de Chibuto. Para fazer todo tratamento completo foram necessários três dias, devido a

gravidade da doença. No primeiro dia, o médico cozeu uma panela grande, contendo mistura de medicamentos em pó de várias cores, que segundo o médico são todos carnes de animais do mato. Após a cozedura do medicamento por mais de trinta minutos, colocou na bacia e o paciente ficou nela inclinado coberto por um cobertor durante 15 minutos. Enquanto o doente estava coberto, as esposas do médico e do paciente cantavam canções entoadas pelo médico tradicional. No fim dos 15 minutos, o paciente saiu da bacia muito molhado, o médico lhe esfregou na mão e nos membros inchados uma mistura contendo ovo e erva tirado de um riacho. Nos dois dias subsequentes foi repetido o mesmo ritual. Este paciente vinha fazendo o TARV e estava em fisioterapia há quase oito meses. Eu que, filha de uma enfermeira e de um farmacêutico, vinha de crenças próprias do sistema convencional de saúde fui muitas vezes, como nessa, impactada pela rapidez da melhora do estado de saúde sob o sistema tradicional.

Durante a pesquisa foram observados ao todo 95 casos de pacientes que circularam pelos dois sistemas. Efetuei 21 entrevistas com pacientes ao todo, homens e mulheres que encontrei nas consultas integradas e com mães em PTV. Os pacientes são de faixas etárias compreendidas entre 21 a 65 anos, desde os não escolarizados até pessoas com o nível de graduação. O número mais elevado era de pacientes que não concluiu o nível médio, e desempregados ou que desempenham funções no setor informal. Por formas a captarmos e compreendermos o que move as ações das pessoas na busca de cura tradicional, verificamos tanto os perfis dos pacientes que abertamente assumem esta prática, ou seja, aqueles que não se constroem em falar das suas relações com as redes tradicionais de cura e também com aqueles que apresentam reservas face a esta prática.

Efetuuou-se entrevistas com profissionais da saúde, que atendem os pacientes em TARV, em Pré-TARV e as mães em PTV e foram realizadas seis entrevistas com profissionais das redes tradicionais de cura.

3 A QUESTÃO HIV EM MOÇAMBIQUE

*“Eu sou eu e a minha circunstância,
e se não salvo a ela, não salvo a mim”.*

Ortega y Gasset.

O combate, controle e redução das infecções por HIV tem sido preocupação de todas as nações, sendo este esforço mais dramático em alguns países africanos como Moçambique, África do Sul, Botswana, Lesoto, Malawi, Namíbia, Suazilândia, Zâmbia, Zimbabwe, Uganda e Nigéria. Neste segundo capítulo desta dissertação apresentamos o contexto local que origina o rápido crescimento deste vírus, a evolução de projetos, programas e ações visando ao controle e erradicação da doença, da perspectiva da medicina convencional.

3.1 Processo da implementação do TARV em Moçambique

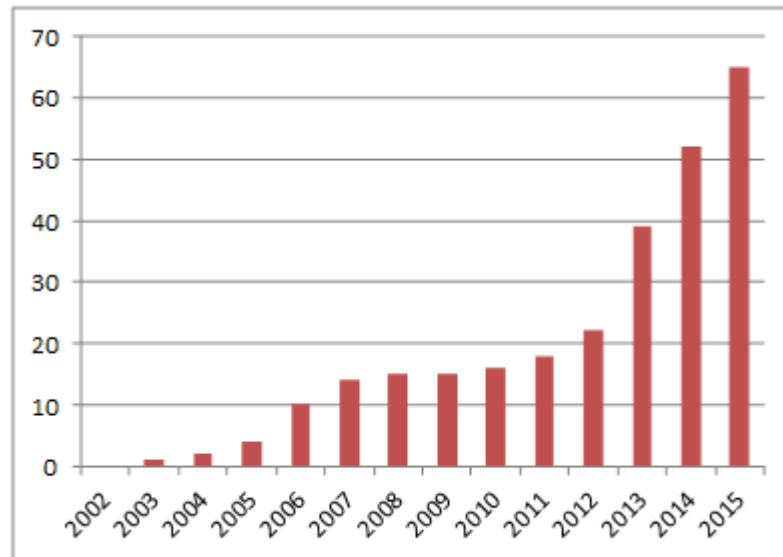
Em Moçambique o TARV só começou a ser oferecido nos serviços de saúde nos finais de 2002 ou início de 2003. Nessa altura abrangia apenas alguns serviços de saúde da capital do país, passando posteriormente a ser descentralizado para algumas capitais provinciais e por fim abrangendo atualmente cerca de mil serviços de saúde entre urbanos e rurais (Cumaquela, 2011).

A descentralização do TARV dos serviços de saúde das capitais provinciais para os serviços de saúde urbanos menores e rurais foi motivada pelo elevado número de pacientes HIV+ também do meio rural. Pretendia-se reduzir a discriminação, a estigmatização e exclusão sofridas pelos pacientes HIV+. As estruturas de saúde das capitais provinciais que haviam sido pensadas como podendo salvaguardar o segredo de estar em TARV, contudo se revelaram num ambiente de maior reprodução do preconceito, com o crescimento da procura e afluência concentrada de toda a província.

Quando foram abertos os Hospitais de Dia nos serviços provinciais havia a preocupação em salvaguardar a imagem das pessoas que estavam infetadas. Nos primeiros anos da implementação do TARV os serviços de aconselhamento para testagem em HIV não eram muito intensificados, ainda pouca gente acedia ao TARV. Mas com o elevado número de infetados essas estruturas tornaram-se insuficientes. Entre os anos 2006 a 2007 em quase todas as províncias começou-se a descentralizar-se estes serviços. Abaixo se apresentam os

gráficos percentuais evolutivos da implementação do TARV desde 2002 a 2015 correspondente a todo país.

Gráfico 1 – Percentual de serviços de saúde com cobertura em TARV em todo o país



Fonte: Relatório do CNCS, 2016.

Em 2003 quando efetivamente iniciou o TARV no país havia apenas 12 serviços de saúde com TARV em todo o país, tendo subido em 2011 para 243 unidades sanitárias, beneficiando 243 mil pessoas infectadas pelo vírus da AIDS e atualmente existe perto de 1000 serviços de TARV, oferecendo tratamento para cerca de 800 mil pacientes. A partir dos cruzamento dos dados da Central de Medicamentos e Artigos Médicos com a Nacional de Assistência Médica, entre os anos 2013-2015 verifica-se uma discrepância de 27% no número de beneficiários de TARV, significando discrepância de cerca de 200 000 beneficiários em TARV (Relatório, CNCS, 2016, p. 28, 29, 42).

Apesar desta cobertura em todo o território nacional as taxas de mortalidade por HIV/SIDA continuam crescente. Em pelo menos dez mortes ocorridas no país, sete são provocadas pelo HIV/SIDA. Os índices de sero prevalência em Moçambique são mais elevados nas faixas etárias compreendida entre os 15 e os 49 anos. Estimava-se em 15,6 por cento em 2005. Atualmente, estima-se que 500 novas infecções ocorrem diariamente, na sua maioria entre população jovem em período fértil, com idade igual ou inferior aos 25 anos (INE, 2008).

O abandono ao TARV é apontado pelas entidades vocacionadas ao controle e combate ao HIV/SIDA no país como sendo uma das razões que concorrem para a não redução de óbitos por HIV/SIDA. Uma das organizações internacionais atuantes no país, a Médico

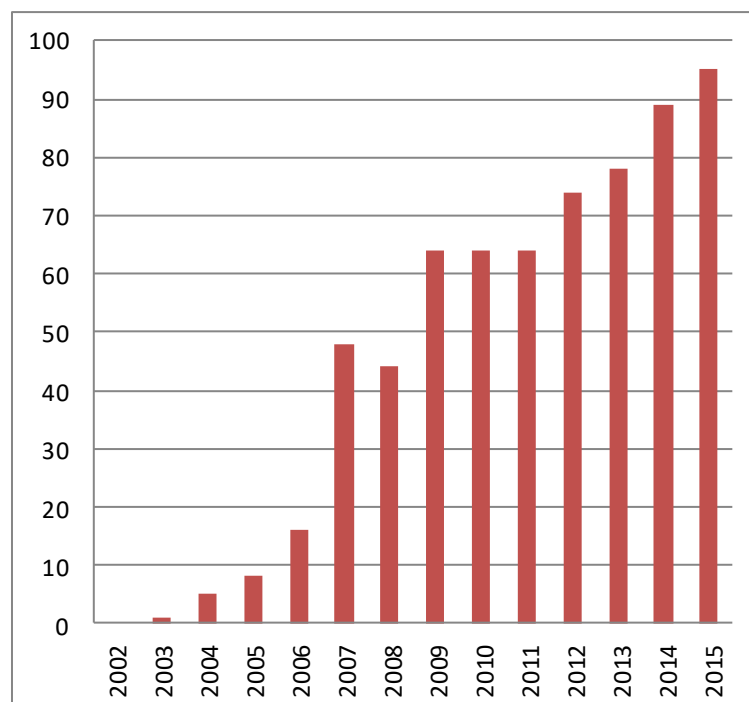
Sem Fronteiras-MSF, aponta que em Moçambique ao fim de um ano um terço de pessoas abandona o TARV e ao fim de três anos a metade.

A maioria dos pacientes em TARV entrevistados no distrito de Xai-Xai aponta que uma das razões para o abandono deve-se aos efeitos colaterais dos ARVs. Sobretudo da linha de ARVs, em que a ingestão se efetua apenas uma vez por dia, que é muito rejeitada pelos pacientes. Geralmente os pacientes preferem a linha de ARVs, em que a ingestão é realizada duas vezes por dia de doze em doze horas. Há também pacientes intolerantes às duas linhas e que não chegam a se adaptar a nenhuma das propostas.

Aponta-se que em países onde há maior envolvimento entre pacientes e profissionais de saúde na adequação terapêutica dos ARVs as especificidades dos corpos dos pacientes o número de pacientes que abandona o TARV seja reduzido (Santos, Drumond, Gomes, Corrêa e Freitas, 2011).

No início do TARV a inclusão de mulheres grávidas não era prioritária, inclusive o teste anti-HIV era opcional. Mas devido ao registo de elevadas taxas de seroprevalência entre os recém-nascidos, o teste anti-HIV, a partir dos anos entre 2004 a 2005, passou a ser obrigatório nas consultas pré-natais e mais tarde o enquadramento no TARV de mulheres grávidas passou a ser imediatamente após o diagnóstico. Abaixo se apresenta o gráfico de mulheres grávidas em TARV em todo o país desde 2002 a 2015.

Gráfico 2 – Percentual de mulheres grávidas HIV+, recebendo ARVs



Fonte: Relatório CNCS, 2016.

A testagem em HIV passou a ser obrigatória durante o pré-natal muito tempo depois da introdução da PTV. Durante o período anterior a esta introdução muitas crianças nasceram seropositivas e estas crianças são atualmente adolescentes. A maioria destas crianças iniciara o TARV ainda na tenra idade a medida em que eram detetados como HIV+ devido a eclosão de tuberculose, meningites e outras infeções.

Muitas crianças seguem o TARV durante muito tempo sem que saibam que tipos de tratamento estão fazendo. No caso do distrito de Xai-Xai muitas crianças desistem quando a ingestão coincide com os horários de aulas. Ingestões contínuas de comprimidos suscitam questionamentos entre os colegas, acaba-se descobrindo que estão ingerindo comprimidos continuamente por serem HIV+.

A descoberta da razão das constantes medicação muitas vezes está aliada a matérias recém-introduzidas de disciplinas de educação sexual e reprodutiva no currículo do ensino fundamental para responder ao *déficit* do tratamento de questão da sexualidade na adolescência.

A partir das tabelas abaixo, pode se observar o grau de cumprimento das metas cumulativas do TARV pediátrico na tabela 1 e em adultos na tabela 2. O número de crianças de 24.891 em Dezembro de 2012 para 41.400 até finais de 2013, representa um aumento de 16.509 crianças dos 0-14 anos em TARV, significando uma cobertura do TARV pediátrico de 41% contra 25% em 2012. As províncias de Inhambane e Gaza superaram as metas previstas em 113% e 103%, respectivamente (CNCS, 2013, p. 19).

Quadro 1 – Grau de cumprimento das metas dos Novos Inícios no TARV Pediátrico

Província	Meta Anual	Realizado Anual	Grau de cumprimento Anual
Niassa	456	409	90%
Cabo Delgado	1.113	1.113	69%
Nampula	1.657	1.441	87%
Zambézia	769	1.981	41%
Tete	1.331	651	49%
Manica	2.067	857	41%
Sofala	2.460	1.755	71%
Inhambane	764	866	113%
Gaza	2.263	2.326	103%
Maputo Província	2.499	1.361	54%
Maputo Cidade	1.476	1.150	78%
Nacional	20.919	13.566	65%

Fonte: Conselho Nacional de Combate a Sida-CNCS.

Em relação ao TARV adulto, o número de doentes em tratamento subiu de 282.687 em Dezembro de 2012 para 456.055 até 31 de Dezembro de 2013, representando um aumento de 173.368 adultos maiores de 15 anos, tendo a cobertura aumentado de 47% em 2012 para 72% em 2013 (CNCS, 2013, p. 19).

Quadro 2 – Grau de cumprimento das metas dos Novos Inícios no TARV adulto

Província	Meta Anual	Realizado Anual	Grau de cumprimento Anual
Niassa	2693	4086	152%
Cabo Delgado	7140	9183	129%
Nampula	9553	17264	181%
Zambézia	23149	28862	125%
Tete	7157	9378	131%
Manica	11396	10116	89%
Sofala	13049	17075	131%
Inhambane	6209	8771	141%
Gaza	16865	23177	137%
Maputo Província	20302	15738	78%
Maputo Cidade	12452	20268	163%
Nacional	129966	163918	126%

Fonte: Conselho Nacional de Combate a Sida-CNCS.

Quadro 3 – Evolução significativa na construção de centros para PTV

Ano	Número de Hospitais com PTV abertos	Mulheres aconselhamento e no PTV	no no	Total estimado de mulheres Grávidas por ano
2002	8	4.641		800.000
2005	96	8.244		800.000
2006	222	194.117		800.000
2007	386	366.281		800.000
2008	500	511.972		800.000
2009	744	649.820		800.000
2010	909	690.880		800.000

Fonte: Conselho Nacional de Combate a Sida-CNCS.

O processo de implementação do TARV foi acompanhado por políticas de mitigação, controlo e prevenção do HIV/SIDA, o incremento nas companhias de sensibilização para o uso do preservativo, testagem e aconselhamento em saúde, circuncisão masculina, políticas de prevenção vertical.

O processo de criação e implementação de políticas de saúde inclusivas a pessoas portadoras do HIV foi influenciada grandemente pelo ativismo protagonizado na sua maioria por pessoas que viviam com o HIV em Moçambique e que tinham acesso ao tratamento TARV na África do Sul e em outros países. O sofrimento daqueles pacientes que não podiam aceder ao tratamento no exterior, fez com que os que podiam se tratar noutros lugares se mobilizassem, criando associações com vista a prestar apoio domiciliário tanto aos pacientes assim como aos familiares com vista a aceitarem e a lidarem adequadamente com a doença. Dizia-se naquela altura que os pacientes sofriam estigmatização e discriminação, sobretudo no seio familiar. Também não eram conhecidas as matérias de cuidados básicos aos pacientes acamados sem risco de contaminação.

No âmbito destes cuidados as associações recebiam apoios de organizações internacionais que contribuía tanto na conceção de fundos para aquisição de materiais para cuidados de saúde básicos aos pacientes, em géneros alimentícios como no âmbito de capacitação e formação dos ativistas em matéria de HIV/SIDA. Este intercâmbio entre as associações para o acolhimento a pessoas vivendo com HIV/SIDA e com as organizações internacionais também abriu espaço para o apoio das instituições do Estado em matérias de prevenção e combate ao HIV.

Os números apresentados relativos à abrangência e retenção de pacientes em TARV, carregam distorções relacionados à precariedade da estruturação do sistema de registo. Busca-se atingir as metas estatísticas do Ministério da saúde em termos de registo, sem os devidos cuidados em relação ao subregisto, falsificação de dados pelos pacientes que retornam aos

serviços de saúde após abandono do tratamento, assim como dos pacientes que registaram-se e não seguem o tratamento. Há pacientes que apesar de seguirem todas as consultas, não cumprem adequadamente com o TARV, ou até que nunca ingeriram os ARVs. Estes pacientes justificam que mantêm o vínculo com os serviços de saúde como forma de garantirem o acesso ao serviço de saúde quando forem necessitar.

3.1.1 Implementação do TARV no distrito de Xai-Xai

O distrito de Xai-Xai encontra-se situado na província de Gaza. Esta província localiza-se na região sul de Moçambique, sua capital provincial é a cidade de Xai-Xai, situada acerca de 210 km a norte de Maputo, a capital do país. A província de Gaza tem uma área de 75 334 Km² e está dividida em 11 distritos (portal do Governo de Moçambique).

A província de Gaza a norte faz fronteira com a província de Manica a sul com a província de Maputo, a oeste com a África do Sul e a leste com a província de Inhambane e pelo Oceano Índico. A sua situação geográfica torna-a ponto de passagem obrigatório para quem de Maputo, da África do Sul ou da Swazilândia, pretende viajar para Inhambane, o centro ou para o norte do país.

O distrito de Xai-Xai tem como limites geográficos, a norte o distrito de Chibuto, a leste o distrito de Manjacaze, a sul o Oceano Índico e a oeste o distrito de Bilene Macia. Este distrito tem uma superfície de 1,865 Km² e uma população de 209,434, de acordo com o recenseamento geral população de Moçambique em 2007 (INE, 2010)

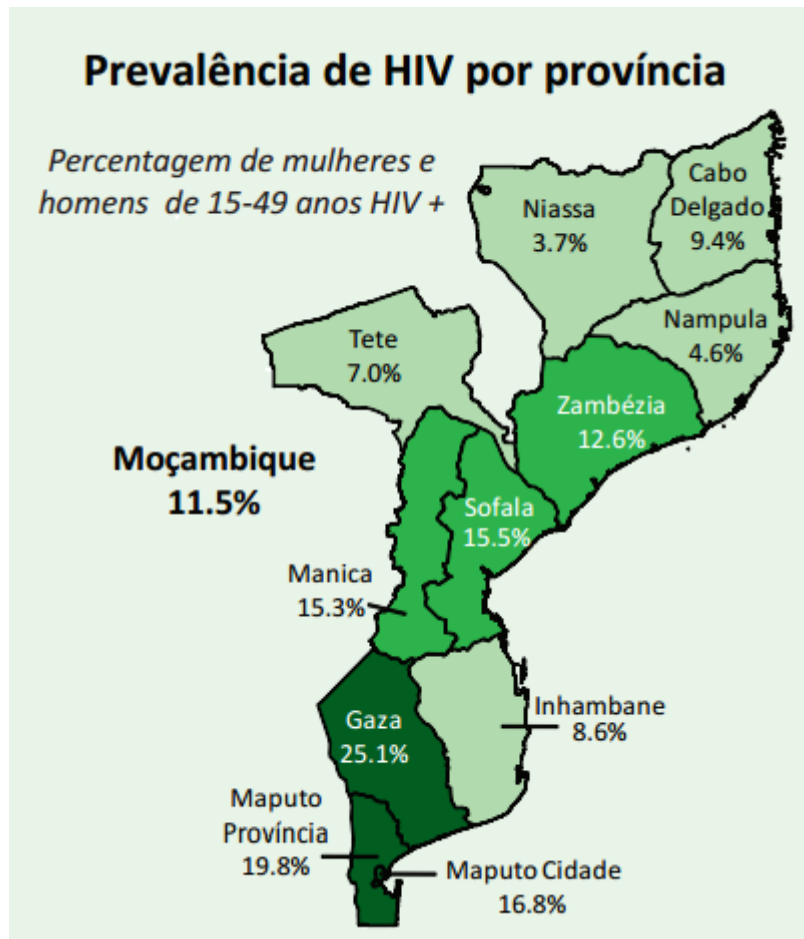
Mapa 1 – Localização geográfica do distrito de Xai-Xai –



Fonte: https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1RUCY_enMZ699MZ701&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=gaza+mo%C3%A7ambique&*.

Cerca de 11,5% de moçambicanos com idade compreendida entre 15 a 49 anos está infetada po HIV. A província de Gaza, é a que apresenta o maior índice de seroprevalência a nível nacional com 25,1% (Insida, 2009).

Mapa 2 – Índice de prevalência de HIV na província de Gaza



Fonte: Insida, 2009.

No distrito de Xai-Xai o TARV começou a ser implementado no Hospital provincial de Xai-Xai, atendendo não só pacientes HIV+ do distrito de Xai-Xai, mas a todos os pacientes dos 11 distritos da província e daqueles pacientes oriundos de outros pontos do país que preferiam serem atendidos neste serviço, evitando se encontrar com os seus conhecidos.

No início do TARV os pacientes na maioria preferiam fazer tratamentos em serviços de saúde distantes das suas residências, fenómeno que apesar de ainda prevalecer reduziu-se bastante, talvez pelo fato da cobertura ser maior e os serviços de saúde que atendem os pacientes HIV+ prestarem para além do TARV outros tipos de atendimentos. No caso do distrito de Xai-Xai a circulação dos pacientes além dos serviços de saúde próximos às suas residências ainda acontece. E é justificada pela maioria dos pacientes apontando que tinham se habituado serem atendidos em determinado serviço com maior proximidade com o local de trabalho, pela qualidade, flexibilidade no atendimento.

Administrativamente o distrito de Xai-Xai se subdivide em dois: a cidade de Xai-Xai compreende serviços de saúde situados nas zonas urbanas e o distrito de Xai-Xai tem serviços de saúde situados nas demais localidades do distrito.

O distrito de Xai-Xai possui, no seu todo, quinze unidades de saúde (MAE, 2005, p. 29). Nem todos os serviços prestam o TARV. No distrito da cidade de Xai-Xai existem seis serviços de saúde que prestam o TARV, desde a descentralização deste serviço em 2007. Nos primeiros anos a descentralização nesta região havia abrangido apenas um serviço saúde, o serviço de saúde da cidade baixa atualmente com um número maior de pacientes comparado aos outros cinco serviços. O TARV também continuou sendo prestado no hospital provincial e gradualmente foi sendo estendido a outros serviços de saúde das localidades do distrito de Xai-Xai.

De 2007 a 2014 o distrito da cidade de Xai-Xai havia registado 29.607 pacientes em TARV e em Pré- TARV para um população total de 209,434, de acordo com o recenseamento geral da população de 2007 (INE, 2010). Em TARV haviam sido registados 17.726 pacientes e apenas 15.293 estavam ativos; em pré-TARV, 11.881 e apenas 8.158 estão ativos. Atualmente o distrito tem 25480 pacientes ativos em TARV, 13.181 abandonaram e registou-se 1.666 em óbitos.

3.1.2 Papel das associações na implementação do TARV no distrito de Xai-Xai

Quando eclodiu de forma crescente o HIV/SIDA em Moçambique entre os finais dos anos 90 e início dos anos 2000 não havia serviços especializados para pessoas portadoras do HIV, nos serviços de saúde. O atendimento aos pacientes HIV+ que acediam aos serviços de saúde para o tratamento das infeções oportunistas era inadequado devido a falta de experiência de tratamento para fazer face aquela situação emergente e o preconceito pelo fato dos pacientes serem tidos por promíscuos.

A partir de 2010, o melhor conhecimento da natureza da doença e das formas pelas quais ela era ou é contraída influenciou bastante no reposicionamento quanto à necessidade de implementação de cuidados especiais nas políticas de saúde em Moçambique, quanto à forma de atuação dos profissionais da saúde.

A deontologia profissional dos profissionais da saúde continua sendo ainda menos adequada em relação aos pacientes que procuram pelos serviços para tratamentos de várias infeções de transmissão sexual e outras relacionadas. O que chega a inibir a procura por esses serviços. Um dos exemplos disso pude constatar nos pronunciamentos de uma adolescentes de

16 anos que encontrei no SAAJ. A adolescente disse que o profissional que lhe atendera na primeira consulta havia sido indelicado, e que se a pessoa não fosse forte podia desistir de buscar por tratamento para estas infeções. Os profissionais de saúde relacionavam moralmente qualquer infecção sexual com relações sexuais, mesmo quando os pacientes diziam que não começaram ainda a se relacionarem sexualmente como era o caso da adolescente.

Situações de mau atendimento foram também narradas por algumas pacientes em TARV e PTV, em que um simples atraso, incumprimento ou esquecimento de realizar recomendações tinha sido suficiente para retaliações. Maus tratos em relação a pessoa portadora do vírus do HIV fizeram com que entidades da sociedade civil se mobilizassem em favor desses portadores de HIV/SIDA. De certo modo essas pessoas estavam duplamente condenadas à morte, pela doença assim como pelos familiares, serviços de saúde e vizinhança. Estas entidades constituídas por pessoas que na maioria tiveram acesso ao tratamento no estrangeiro desenvolveram ações em torno do conceito de “*vida positiva*”.

Vida positiva é um termo que em Moçambique usou-se para desconstruir a ideia de que o HIV/SIDA era sinónimo de morte. Vida positiva seria a atitude que o indivíduo portador do HIV deveria ter em relação a si próprio e também no relacionamento com os outros, consistindo nos cuidados que o paciente HIV+ devia ter com a sua própria saúde. E com o passar do tempo este termo passou a se aplicar a todas as atitudes tanto as de prevenção e tratamento do HIV/SIDA, como às relacionadas a não discriminação e estigmatização e convocava tanto seropositivos como seronegativos.

As associações a quando da sua criação iam de domicílio a domicílio prestando cuidados e apoio aos pacientes acamados portadores do HIV, ensinando-lhes e aos seus familiares a lidarem da melhor forma com a doença. Uma das presidentes das duas associações com que interagimos disse que no início as suas atividades eram difíceis uma vez que não havia financiamento, o que só apareceu em 2003, um ano depois da sua criação graças a submissão de projetos as organizações não-governamentais, seguindo a experiência de outros locais, com que mantinham contatos.

Com o financiamento, as associações intensificaram as ações de sensibilização às comunidades para adesão ao TARV e não discriminação e estigmatização das pessoas portadoras do HIV, também começaram a envolver pessoas das comunidades para apoio as atividades de sensibilização e cuidados domiciliários. Nesta altura passou-se a apoiar os pacientes em géneros alimentícios, no princípio apoiando-se os adultos e posteriormente as crianças.

O apoio em género alimentício a pacientes HIV+ e seus familiares pode ter contribuído para que muitos pacientes se associassem e mobilizarem-se para a adesão ao TARV o que favoreceu bastante as atividades das associações. Percebemos sempre nas visitas domiciliares pacientes perguntando acerca deste apoio, uma vez que o financiamento para este fim não existia mais. Mas sempre pacientes continuavam esperançosos que este financiamento voltaria e por isso continuavam aderindo ao TARV de forma a permanecerem associados.

Para a presidente de uma das associações pioneiras e mais proeminente no distrito de Xai-Xai, os serviços de saúde também começaram a se interessar pelo cuidado das pessoas portadoras do HIV/SIDA de modo a desviarem o financiamento que era alocado diretamente para associações passando a ser administrado pelos órgãos provinciais da saúde, que contam com mais de vinte entidades de apoio as políticas de prevenção, controle e combate ao HIV/SIDA.

Em todo distrito de Xai-Xai existem muitas associações de sensibilização para adesão ao TARV. Devido o fácil acesso às comunidades em comparação com os órgãos provinciais da saúde, estas funcionam como elo entre as comunidades e as unidades sanitárias e sempre que se necessita de resgate de paciente para o retorno ao TARV, canaliza-se a informações para as associações. Neste âmbito sempre que há necessidade de fazer face à adesão deficitária ao TARV ou ao PTV os serviços de saúde contrata-se pessoas enviadas pelas associações.

Devido a sua génese, as associações mesmo com a abertura dos serviços de saúde para o atendimento dos pacientes HIV+, continuam sendo os primeiros locais procurados pelos pacientes e seus familiares para apoio e auxílio quando descobrem a doença. Algumas vezes chega-se a canalizar questões comunitárias que não tenham proximidade com o HIV. Uma das associações com que interagimos chegou a ampliar as atribuições para além da sero prevalência, estendendo-se para outras questões que afetam a comunidade como o empoderamento económico da mulher, combate a violência doméstica, etc.

3.2 Fatores que influem no alto nível do HIV no distrito de Gaza

Entre os Tsonga existem teorias nativas para a propagação de sintomas que a medicina ocidental normalmente associa ao HIV. Aqui busco tecer comentários a essas teorias a partir das observações de rituais “mágico-religiosos”, que envolvem essencialmente o relacionamento sexual. Estarei testando em que medida esse ritual assenta-se em princípios de

dominação masculina que colocam a mulher numa posição que impossibilita a negociação para a prática do sexo seguro, tal como acusam as representações da medicina convencional.

No distrito de Xai-Xai muitos pacientes HIV+ seguem as redes tradicionais de cura, uma vez que os sintomas são interpretados como doenças tradicionais. Normalmente o Tsonga mantém contato com as redes tradicionais de cura em todas as fases da sua vida. Existem muitos fenómenos sociais, tais como os problemas de saúde, morte, falta de sorte, infertilidade, que são interpretados localmente como sendo de natureza atípica, concebidos como sendo provocados por elementos de várias ordens como a feitiçaria, a cobrança por parte dos espíritos quer por desobediência aos preceitos famílias ou mesmo por desonra aos antepassados quer também por vingança pelas dívidas contraídas. Por conta disso, quando estes fenómenos eclodem procura-se pelas interpretações junto dos médicos tradicionais de cura.

A doença do chamamento, processo pelo qual um espírito se manifesta no indivíduo escolhido pelos antepassados para dar continuidade ao processo de cura se apresenta como um primeiro momento de uma comunicação entre os mortos e os seus descendentes. O indivíduo é chamado através de surgimento de doenças que o levam a procura de um médico das redes tradicionais de cura que por meio do diagnóstico, através do jogo de adivinhação descobre a vocação de curandeiro. Estas pessoas chamadas são vetores fundamentais das teorias nativas sobre a doença.

Se os *tinguluves*, os espíritos dos ancestrais não garantirem a proteção aos seus fica aberto o espaço para entrada de forças malignas.

3.2.1 Práticas culturais de purificação: Kutchinga

Durante o momento da implantação de políticas públicas com vista a fazer face a problemática do HIV/SIDA, uma das questões que preocupava as autoridades locais eram as práticas culturais avaliadas como vetores principais para a propagação da doença, principalmente o ritual de purificação da viúva. A preocupação era principalmente com relação às viúvas dos trabalhadores de Gaza mineiros na vizinha África do Sul.

Kutchinga é uma prática da etnia Tsonga de purificação, exigida quando ocorre um falecimento. A preocupação das autoridades é com relação aos casos em que o falecido contaminado pelo HIV-SIDA deixa uma viúva. A purificação consiste num ritual em que a viúva se relaciona sexualmente com alguém (de preferência um cunhado) no primeiro e terceiro dia após o funeral. Da sobra de água da higienização dos parceiros sexuais faz-se um

chá de purificação do resto da família. Supõe-se que a relação sexual tal como prescrita (sem a possibilidade do uso de preservativo) poderia ser um vetor de transmissão da doença. Atualmente devido à problemática do HIV/SIDA a purificação por relações sexuais tem sido substituída pelo uso de ervas. A prática de purificação pós morte é também realizada entre os sena, tewe e nyungwe no centro de Moçambique, nas províncias de Sofala, Tete e Manica com outras particularidades.

A realização desta prática, Kutchinga que antropológicamente se designa levirato, em caso de purificação da viúva, foi encontrada também durante o trabalho etnográfico feito por Palmeri e Sterne no posto administrativo de Catandica, na Província de Manica.

Levirate. According to the custom of levirate, a widow should marry a brother of her deceased husband. This kind of marriage is relatively frequent in Matundu. Local people say that the custom of levirate is to preserve family land within the family itself. In fact, a wife usually receives from her husband a plot of land with the agreement that it will be transferred to the children and not used to the benefit of a “foreigner” or other relatives of the wife (PALMERI; STERNE 2006, p. 59).⁶

No sul de Moçambique compreende-se que quando acontece morte de um membro da família tudo o que faz parte da casa, os bens, os filhos e os familiares e a própria casa onde decorreu o falecimento torna-se impuro. Deve-se realizar uma cerimónia magico-religiosa com fim de restituir a pureza às coisas e às pessoas. A realização deste ritual além da função da purificação da casa e dos bens tem em vista a libertação dos membros da família para a prática das suas atividades normais, pois antes da realização deste ritual ninguém dos membros deve praticar relações sexuais. Os bens e outros utensílios não podem ser deslocados para outros domicílios.

Se um dos membros da família praticar relações sexuais antes da realização deste ritual ou por engano os bens ou os utensílios da família em luto forem deslocados para outro domicílio e os membros desse outro domicílio se relacionarem sexualmente, um dentre o casal irá contrair *kookhlola*. Os sintomas dessa doença podem ser tomados pela biomedicina como derivados de infeções oportunistas como a tuberculose.

Entre os Tsonga este ritual tem suas particularidades podendo ser realizado de diversas formas, pode ser realizado pelo casal se o morto tiver sido um dos filhos do casal. Se

⁶ Levirate. De acordo com o costume de levirato, uma viúva deve casar com um irmão de seu falecido marido. Este tipo de casamento é relativamente freqüente em Matundu. Os povos locais dizem que o costume do levirato é preservar a terra da família dentro da própria família. De fato, uma esposa geralmente recebe de seu marido um terreno com o acordo de que será transferido para as crianças e não usado para o benefício de um "estrangeiro" ou outros parentes da esposa (PALMERI, STERNE 2006, p. 59).

o morto tiver sido o chefe da família ou a dona da casa, a realização da purificação fica sob responsabilidade do filho mais velho do casal com a sua esposa ou namorada. Este ritual de purificação da casa, dos bens e dos filhos deve ser feito até ao sétimo dia após o falecimento.

Quanto à purificação da viúva ou do viúvo pode ser feita depois de seis meses ou mais, dependendo do que for decidido em assembleia familiar. Mas quando se trata do viúvo não há grande necessidade de realização da assembleia, pois a princípio toma como sua esposa a irmã mais nova da falecida esposa tal como prescrito pelo *lovolo*. O *lovolo* é um ritual tradicional que prescreve que a família do noivo tem de pagar um dote à família da noiva para a concessão da mão em casamento. O homem que conclui efetivamente o pagamento do dote, ganha como prémio, uma irmã mais nova da sua esposa, independentemente do falecimento ou não da esposa.

A viúva em muitos casos deve-se casar com um dos irmãos do seu falecido marido, independentemente dele ter já uma esposa e família. A decisão sobre com qual cunhado a viúva deve realizar o ritual e se casar é obtida em assembleia familiar. Se o falecido não tiver irmãos o ritual pode ser realizado por um primo ou neto, e se surgirem descendentes a partir desta união pertencem e ganham o nome do falecido. Em algumas regiões de Moçambique existem purificadores profissionais que são contratados com direito a remuneração para a realização desta cerimónia caso não se encontre pessoas dentro da família. Em algumas regiões se a mulher se recusar a realizar o ritual é deserdada de todos os bens que construiu com o seu falecido marido.

A biomedicina considera que estas práticas culturais sejam principais vetores de propagação do vírus. Constitui-se nesse ponto uma arena de conflitos entre as razões biomédicas para os falecimentos e as razões Tsonga que diagnosticam nas mortes a manifestação do descontentamento dos espíritos sobre os violadores de regras de purificação. Ainda no sul de Moçambique, onde está localizado o distrito de Xai-Xai, os sintomas do HIV/SIDA muitas vezes são relacionados a casos de feitiçaria e também são interpretados como sendo cobranças ou retaliações de antepassados devido a desobediências às normas sociais (PASSADOR, 2011, p. 4).

O uso de ervas para substituir o ritual por via sexual não tem ainda muita adesão talvez por medo das consequências que podem recair sobre a família se se não observa o ritual da forma mais tradicional. Acredita-se que a via mais eficaz para se espantar efetivamente o luto ou a impureza é a via sexual. Parece que em casos de purificação do grupo familiar, da casa e dos utensílios, o uso das ervas seja menos problemática, cabendo ao casal observar o ritual da atividade sexual posteriormente, no caso de aborto ou perda de um filho em situações

em que um dentre o casal a que pertence o luto estiver ausente. Quanto aos viúvos e viúvas, recorre-se sempre à purificação através de relações sexuais.

Após se tornarem viúvas/viúvos, com vista a se tornarem livres do luto que repousa neles por terem perdido o companheiro ou a companheira, a pressão social faz com que as pessoas se envolvam em relações sexuais, mesmo quando não desejam um novo parceiro. Uma paciente de 42 anos de idade, viúva, em tratamento antirretroviral-TARV, que ficou doente e detetada HIV+ três anos depois do falecimento do seu marido, aderiu a prática kutsinga como forma de proteger os seus filhos.

Pesquisadora: Foi purificada após a morte do seu marido?

Entrevistado G: Sim, fui lá em Denguene, lá mesmo em Utsopi, onde eu vivia com meu marido, antes de ele falecer (Entrevistado G, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 42 anos, Sexo F, viúva).

Pesquisadora: Foi alguém da família do seu marido?

Entrevistada G: Haaa nada, não. Procurei fora, meu marido antes de falecer havia dito que não queria ninguém da família. Procurei fora, ele não queria ninguém da sua família, porque depois podia haver confusão, devia procurar alguém fora (Entrevistado G, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 42 anos, Sexo F, viúva).

Pesquisadora: Foi você que procurou essa pessoa?

Entrevistado G: Eeee, lá entre nós na minha zona, quando alguém perde marido, deve procurar alguém, depois de dois meses para te purificar. Procuras alguém, homem para te fazer o que os costumes da nossa zona preconiza, para que seus filhos, sua casa, todas coisas que existem na família sejam purificados, e sobretudo os seus filhos não tenham medo de si. E eu fiz por insistência da igreja⁷, porque sempre que eles me visitavam, me perguntavam se já havia feito, e eles falavam que estava a deixar meus filhos a deriva (Entrevistado G, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 42 anos, Sexo F, viúva).

Quando uma mulher se torna viúva entre os Tsonga, ela não pode morrer com *dzaka*, salvo em situações em que a viúva seja efetivamente bastante velha. Este termo *dzaka*, na língua changana significa herança e é aplicado também para se referir ao luto, e diz-se que um viúvo/ viúva ainda tem dzaka, quando este ainda não teve envolvimento sexual após o falecimento do cônjuge.

Uma paciente de 59 anos de idade, viúva, também em TARV, quando faleceu o seu marido, teve que ser purificada para que não sofresse as consequências da permanência de impureza no seu organismo. Quis saber mais sobre o significado das impurezas, mas a minha

⁷ Neste trecho a paciente se refere a igreja Zion, um dos lugares procurados para efeitos de realização de purificação e restituição de pureza em casos de violação. Quanto a esta paciente já era praticante desta religião antes do falecimento do marido.

interlocutora se esquivou dizendo que não se devia compartilhar tais segredos com crianças – referindo-se a mim. O sentido do termo criança não é necessariamente referente ao nível etário, mas à experiência que independentemente da idade tiver a mulher.

Se se torna viúva tem-se que conhecer todos os rituais de luto e de purificação e essa experiência é transmitida pela pessoa que já tenha passado por esses rituais. As viúvas que partilham as suas experiências com as mulheres em luto são localmente chamadas de madrinhas.

Pesquisadora: É de costume, após a morte fazer a purificação?

Entrevistado E: Em casa temos o costume de chamar alguém para fazer a purificação da casa, para que os filhos se sintam livres em casa. Porque ainda vivia com todos os meus filhos e eles deviam entrar nas suas casas com suas esposas e fazerem sexo, e sem purificação eles não podem entrar livremente. E deve se procurar alguém que conhece medicamentos tradicionais para banhar a casa e os filhos e a *dzaka*, aquela de ter perdido o marido essa vai ficar contigo que é a viúva. Lá na nossa zona procuramos pessoa para purificação da casa e das crianças. No terceiro dia após o funeral chamamos o bruxo⁸ para purificação (Entrevistado E, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 59 anos, Sexo F, viúva).

Pesquisadora: E a *dzaka* da viúva?

Entrevistado E: A *dzaka* da viúva, quem sabe é ela, e quem vêm purificar, costuma ser quando achar que já choraste o seu marido, vais procurar alguém (Entrevistado E, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 59 anos, Sexo F, viúva).

Pesquisadora: E você foi purificada?

Entrevistado E: Procurei naquele tempo (Entrevistado E, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 59 anos, Sexo F, viúva).

Pesquisadora: Isso é obrigatório fazer?

Entrevistado E: Mas a lei diz que as pessoas devem ser purificadas, só se for velha [para não ser purificada]. (Entrevistado E, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 59 anos, Sexo F, viúva).

Pesquisadora: E se não fizer o que acontece?

Entrevistado E: Tem muitas leis (Entrevistado E, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 59 anos, Sexo F, viúva).

Pesquisadora: Quais são?

Entrevistado E: Não posso ti dizer, és criança, isso não apraz as crianças ouvirem (Entrevistado E, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 59 anos, Sexo F, viúva).

Pesquisadora: E estão juntos até agora com essa pessoa?

Entrevistado E: Ainda vem, só que é marido de dono [homem casado] é marido de dono, mas ainda vem, vem uma vez por mês (Entrevistado E, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 59 anos, Sexo F, viúva).

⁸ Refere-se a um médico das redes tradicionais de cura.

Nas culturas moçambicanas acredita-se que a morte pode ser provocada pela feitiçaria e muitas vezes as mulheres são culpadas pela morte dos seus esposos e por conta disso são lhes arrancados os bens que herdaram do marido.

Palmeri e Sterne (2006:59) afirmam que entre os tewe existem consequências se a viúva se recusar a casar com um dos familiares do seu falecido esposo.

If a widow decides to marry someone outside the family of her deceased husband she must leave her house and all the property her deceased husband, including land. She will keep children if they are still under 8-10 years old; if the children are older, they will remain within the family of their deceased father. The widow will go and live elsewhere with her new husband who will be responsible of providing land and everything else for his new spouse and her new house⁹.

Em todos esses casos parece-me que a mulher tem alguma agência na definição da erótica que a envolve, já que pode definir o purificador com quem irá manter a relação sexual de limpeza do luto. Por outro lado, essa erótica carrega uma dimensão ideológica que tende a fazer permanecer o controle masculino sobre os bens, já que a viúva tende a ser esposada pelo irmão do falecido.

3.2.2 Lovolo, o dote para se ter esposa

Em Moçambique a mulher não tem parte na partilha de herança, o que faz com que ela dependa exclusivamente do seu marido. Esta dependência da mulher no sul do país é muito elevada, sobretudo entre os changana, habitantes de Xai-Xai, e que é agravada com a prática do lovolo.

O lovolo é um ritual simbólico que é praticado um pouco por todo país.

Em Moçambique, o lovolo constitui uma prática importante na sociedade urbana. Isso deve-se ao facto de o lovolo permitir estabelecer uma comunicação entre os vivos e os seus antepassados e a criação ou o restabelecimento da harmonia social. Ele inscreve o indivíduo numa rede de relações de parentesco e de aliança tanto com os vivos como com os mortos. O lovolo faz parte da identidade individual e colectiva, ligando seres humanos e mortos numa rede de interpretações do mundo e num conjunto de tradições em contínuo processo de transformação (BAGNOL, 2008, p. 251).

⁹ Se uma viúva decide se casar com alguém fora da família de seu marido falecido, ela deve deixar sua casa e todos os bens de seu marido falecido, incluindo a terra. Ela vai manter as crianças se eles ainda estão sob 8-10 anos de idade; Se as crianças forem mais velhas, permanecerão dentro da família de seu pai falecido. A viúva irá morar em outro lugar com seu novo marido, que será responsável por fornecer terra e tudo mais para ela e sua nova casa (Palmeri e Sterne 2006:59).

Em algumas regiões do país, em caso da ocorrência da morte da esposa sem que o esposo tenha realizado o *lovolo* as cerimónias fúnebres não podem ocorrer antes que se pague o dote a família da malograda para que esta possa informar aos seus antepassados do sucedido, tanto do seu falecimento tanto de ter pertencido e gerado filho noutra família.

A não realização deste ritual em vários pontos do país, sobretudo na província de Gaza pode ser o vetor de graves problemas na família, desde o desentendimento entre o casal até a má sorte para os filhos. Pensa-se que a sorte venha da parte materna e sem a realização deste ritual os defuntos não tem como proteger os netos.

Atualmente esta prática perdeu parte do simbolismo, passou a ser vista como um ato negocial em que os familiares da noiva exigem muitos bens para a realização do ritual. Desde cedo a província de Gaza sempre foi tida como modelo nas cobranças de *lovolo*, uma vez que a quantidade de gado era abundante e o dote era feito através de um certo número de cabeças de gado. E com a escassez de gado e devido à vida urbana ele passou a ser pago em valores monetários.

As modificações na cobrança de valores elevados no dote agravaram a concepção de que com o pagamento do *lovolo* a mulher passa a ser propriedade exclusiva do seu esposo e da sua família. Entre os Tsonga a mulher não participa na tomada de decisões e inclusive acerca dos seus problemas conjugais. Não dialoga direto com o seu esposo, informa a sogra e esta faz chegar ao seu marido. E tem sido a sogra quem procura remédios do amigo ou da lua. Remédios da lua são ervas tradicionais que podem ser recebidas em banhos ou ingeridas pelas crianças para que não contraiam as doenças da lua que na biomedicina seriam reconhecidas como epilepsia, o estrabismo e a hidrocefalia. E em situações em que residem no mesmo domicílio com a nora e o filho é ela quem cuida do recém-nascido.

A administração de medicamentos tradicionais é proibida em crianças que nasceram de mães de HIV+, mas muitas vezes tem sido difícil cumprir com essas recomendações, pois muitas mulheres não revelam que são HIV+ às suas sogras e inclusive aos seus maridos.

Uma jovem de 25 anos de idade que está em TARV e que acedeu a Prevenção da transmissão Vertical-PTV que mora ainda com a sogra afirmou que:

Entrevistado S: Quem faz tudo é minha sogra, logo que amanhece ela lhe dá banho e lhe dá todos os medicamentos (Entrevistado S, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 25 anos, Sexo F, união de fato).

Pesquisadora: Contaste para a sua sogra que és portadora do HIV?

Entrevistado S: Não (Entrevistado S, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 25 anos, Sexo F, união de fato).

A situação torna-se diferente em caso em que as mulheres têm o seu próprio domicílio, assim ela pode receber o medicamento e não administrá-lo a criança. A uma mulher de 32 anos de idade, em TARV e que também aceitou a PTV, foi recomendada, pelos médicos tradicionais que devia dar medicamentos de lua para o seu filho. Aos olhos de todos que iam a sua casa para conhecer o filho, a criança tinha contraído uma doença ainda no seu ventre.

Pesquisadora: E essa doença *do amigo*¹⁰, a criança nasce com ela?

Entrevistado O: Posso dizer que sim, esta criança, por exemplo, nasceu e no dia seguinte ele começou a se assustar, mas como devia seguir o que se disse no hospital eu não podia fazer nada, mas quando começou a tomar o xarope isso passou aos poucos (Entrevistada O, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 32 anos, Sexo F, união de fato).

Pesquisadora: E as pessoas que viam não diziam nada?

Entrevistado O: Falam, mas tu a mãe é que deves saber o que fazer com a criança. Mesmo a própria minha sogra vinha e dizia. Mas eu dizia ok, mama vou dar e eu não dava. E ela não sabia se dou ou não porque ela mora na casa dela e eu na minha (Entrevistado O, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 32 anos, Sexo F, união de fato).

A exclusão da mulher na tomada de decisão ocorre mesmo quando ela ainda não se casou. Ainda sob os cuidados dos seus pais ela é ensinada a realizar atividades que garantirão com que ela seja uma boa esposa e não envergonhe e desonre a família. Paulina Chiziane afirma que quando nasce uma menina grita-se de alegria e dizem *atinguene tinpondo*, que significa que venha o dote e quando nasce um menino diz-se *hoyo hoyo mate*, que significa que por meio do pagamento do dote entrará uma nora na família e é mais um diferencial na mão-de-obra (CHIZIANE, 2013, p. 8, grifos da autora). Devido a essas representações sociais a mulher não detém poder para negociar com o homem e talvez também para a prática do sexo seguro.

A desigualdade de poder entre mulheres e homens nas relações sociais de gênero, ao restringirem a autonomia do exercício da sexualidade das mulheres ao mesmo tempo que naturalizam a liberdade sexual dos homens, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV (Cruz e Silva; Andrade; Osório; Arthur, 2007, p. 175).

A prática de violência baseada no gênero no distrito de Xai-Xai, influencia na propagação do HIV- SIDA, na medida em que a violência fragiliza e vulnerabiliza as

¹⁰ As enfermidades que ocorrem as crianças que estejam relacionadas aos eventos tradicionais são tidas localmente ora por doença de lua ou doença do amigo. A designação doença do amigo surge aliado a frequência destes eventos em crianças, também pelo fato de não ser adequado as crianças nesta fase etária ouvir o verdadeiro nome *nyenti*, lua sob pena de manifestação desta doença se ainda não tiver sido curada completamente.

mulheres, debilitando assim as suas capacidades de poder negociar a sua proteção contra a transmissão de ITS/HIV/SIDA. Uma jovem de 35 anos de idade também em TARV e PTV, questionada acerca do uso do preservativo, afirmou que:

não posso pedir isso para o homem. Se a mulher pedir que se use o preservativo ela é tida como aquela vulgar, que vai a cama com todos ou porque ela está doente, por mais que a gente queira eles não aceitam e também na nossa cultura o homem dita tudo a se fazer (Entrevistado T, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 35 anos, Sexo F, união de fato).

São as desigualdades de poderes entre mulheres e homens nas diferentes faixas etárias, nas relações familiares e comunitárias, assim como nos domínios social, económico, cultural, religioso e político, que outorga às mulheres uma posição de subordinação. Segundo Arthur (2004) estas desigualdades de poderes vigentes nas relações sociais entre homens e mulheres são suportadas por um modelo de dominação que é legitimado por um sistema simbólico e ideologias que violam os direitos humanos e concorrem no sentido da sua manutenção e reprodução.

3.2.3 A Poligamia como afirmação do poder masculino

Entre os Tsonga o status masculino é medido pelo número de esposas oficiais e não oficiais, aquelas que são chamadas em Moçambique de casa dois. Os homens que conseguem “pagar” o lovolo por completo são dignos de respeito e recompensados com mais uma mulher.

Apesar da questão do HIV/SIDA, em Moçambique ainda verifica-se em grande medida a prática de relações concomitantes e muitas vezes aqueles homens que tem apenas uma mulher se interpreta como enfeitizados, colocados na garrafa pelas suas esposas para que não apreciem e tenham outras mulheres. São considerados também de engarrafados aqueles homens que ajudam as suas parceiras nas tarefas domésticas e tratam com carinho as suas mulheres.

Esta subalternidade da mulher faz com que ela própria se coloque em posição adequada, aquela pretendida pelo ambiente sociocultural, que faz com que ela faça perpetuar os mesmos princípios na educação dos seus filhos. Aos filhos homens se incute que devem ter o espírito protetor e batalhador por formas a estarem aptos no momento da construção do seu lar. Em relação à mulher espera-se que seja incondicionalmente apta a servir o seu marido, honrando desta forma a boa educação recebida na família.

Elas também “consentem” em relação a questões da violência doméstica em que os maus tratos ou a falta de carinho por parte dos homens é sinal de que as mulheres são amadas, em que se, por exemplo, o marido não levanta a mão sobre elas pelo menos uma vez durante a sua convivência mostra o total desinteresse. Estas narrativas perpetuam e justificam a violência contra a mulher nesta região.

A falta de espaço de negociação da mulher na tomada de decisões contribui grandemente para o elevado índice de seroprevalência, na medida em que se concebe que sejam as mulheres aquelas que têm o poder de controle em face de situações de doença (Alves; Silva; Ernesto; Lima e Souza, 2011; Júnior e Maia, 2009). Mas em relação às mulheres moçambicanas este controle não pode ser efetivo no combate e prevenção do HIV devido a sua subalternidade. Observa-se que em alguns casos têm medo de revelar ao parceiro acerca do diagnosticado. Esses temores influenciam grandemente na tomada de decisão tanto para o início do TARV assim como para o PTV em caso de mulheres grávidas.

Durante o trabalho de campo constatou-se que mais de 85% de homens estabeleciam relacionamentos extraconjugais. A maioria dos homens trabalhadores na minas da África do Sul é proveniente de Gaza (Mugoe, 2010). Ainda no regime colonial havia grande dependência dos salários que os imigrantes tsonga trabalhadores da África do Sul traziam. (Lourenço, 2010). De acordo com a Deutche Welle notícias, cerca de 43 mil moçambicanos trabalham nas minas África do Sul. Atualmente para além de trabalhadores nas minas há muitos moçambicanos que trabalham em setores informais (Tvedten; Paulo e Tuominen, 2010). Durante a permanência naquele país estabelecem relacionamentos fixos, e com o tempo essas mulheres passam a ser mais uma oficial e podem ser levadas para estabelecimento de mais uma família em Moçambique.

Os homens trabalhadores da África do Sul gozam de prestígio entre os Tsonga por se pensar que tenham poder económico comparado aos homens que são trabalhadores em Moçambique (Mugoe, 2010). Isto deriva da história do trabalho nas minas em que no início os *madjonidjones*, nome atribuído aos trabalhadores da África do sul, eram aqueles que estavam economicamente estáveis, e quase todos os homens ansiavam em trabalhar nas minas de ouro da África do sul. Atualmente devido às calamidades naturais que tornam as terras improdutivas, as mulheres também tendem a deslocarem-se para a África do Sul a procura de emprego (Tvedten: Paulo e Tuominen, 2010).

A estas idas de mulheres para África do Sul muitas vezes são interpretadas como sendo relacionadas não só ao trabalho mais também a procura de homens. Numa das entrevistas com a presidente de uma das associações que ampara pessoas portadoras do

HIV/SIDA, se comentou que as mulheres trabalhadoras da África do Sul abandonam o TARV quando acham que já estão bem e bonitas e regressam à África do Sul para enganarem aos homens que elas estão saudáveis.

A maioria de pacientes que são atendidas nas CCR vive com as outras esposas dos seus maridos. A maioria das mulheres tem conhecimento de que o seu parceiro mantém outros relacionamentos. E o uso ou não do preservativo continua sendo uma questão que é decidida pelo homem. Algumas pacientes perguntadas acerca do uso do preservativo responderam que era da responsabilidade dos homens proporem isso, pois na qualidade de mulheres não podiam negociar o uso do preservativo sob pena de serem tidas como mulheres fácies que se deitam com todos.

O preservativo porque importando do exterior desconfia-se que seja enviado com doenças para contaminar os nativos. Esta interpretação se alia ao fato de que as organizações envolvidas no controle, combate e tratamento do HIV no país sejam em grande medida instituições não-governamentais dirigidas na sua maioria por estrangeiros (Matsinhe, 2005).

Outro fator da negação do uso do preservativo foi apontado por Passador (2011, p. 203-204). Na sua etnografia acerca dos Tsonga de Homonwene na província de Inhambane, surgiu o enunciado de que aqueles homens que não libertam o seu sémen no órgão genital da mulher a ele volta-se provocando-lhe problemas de coluna e inchaço no escroto. A mulher que não recebe este líquido se torna impura.

Quanto ao distrito Xai-Xai, circularam narrativas e se efetuam experimentos nos preservativos. Diz-se que ao se introduzir água no preservativo masculino e ao se colocar no sol ficam visíveis a olho nu micróbios que se concepciona que sejam vírus de HIV circulando. Quanto a esse experimento, tive a oportunidade de ver a realização para a sua “confirmação” entre os anos 2006 a 2007, pela minha mãe em casa nos primeiros anos em que ela começou a trabalhar nas CCR. No dia chegara do serviço visivelmente “incrédula” quanto às narrativas dos seus pacientes. Precisava de bases para intensificar o aconselhamento para adesão e permanência no TARV e no PTV, com respeito as recomendações do uso do preservativo tanto como mecanismo de prevenir as novas infeções assim como as reinfeções.

Entrou no pátio, cumprimentamo-nos como de costume, mas parecia menos interessada connosco, murmurava e debatia consigo mesmo. Retirou da sua bolsa alguns preservativos, eu e minha prima, pensamos que fosse iniciar uma daquelas sessões de aconselhamento domiciliar para o uso de preservativo, que se não feita por ela era pelo pai. Mas desta vez tratava-se de uma outra questão que a colocava em crise. Seguiu para o lavatório introduziu água no preservativo e colocou no muro sobre o sol. Questionamos o que

estava acontecendo, respondeu que eram os seus pacientes que todos os dias chegavam com narrativas que lhes impediam de usar os preservativos, sobretudo aqueles de distribuição gratuita nos serviços de saúde. Passados 10 minutos recolheu o material e eram visíveis coágulos de óleo ou líquido lubrificante.

O TARV estava sendo enraizado em grande medida em quase todos os serviços de saúde. Entre a população eram grandes as dúvidas em relação à doença e mecanismos de prevenção e nesta altura quase que todos os produtos que vinham de exterior eram concebidos como vetores de propagação do HIV em Moçambique que se associavam aos diagnósticos e divulgações massivas de índices de seroprevalência. Nesta altura a incredulidade e medo em relação à doença eram bastante acentuados. Com frequência indivíduos que descobriam ser HIV+ se suicidavam.

Essa crença ter sido de certa forma ultrapassada, mas o uso do preservativo efetivamente continua deficitário. A maioria dos pacientes entrou em contato com o preservativo pela primeira vez por causa do diagnóstico do HIV e a sua adaptação a nova realidade não acontece. Uns afirmam que o preservativo não faz parte da realidade deles e muitos não se sentem confortáveis. Os pré-conceitos estão sendo ultrapassados muito lentamente.

As peculiaridades que caracterizam a província de Gaza, da necessidade de realização de rituais “mágicos-religiosos” em quase todas as esferas da existência dos Tsonga são frequentemente apontados pelas autoridades estatais sobretudo as sanitárias como sendo as que propiciam a rápida propagação do HIV/SIDA na região.

4 MÉDICO E PACIENTE NO TRATAMENTO DO HIV/SIDA

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein.

Aqui neste capítulo debato em torno da cooperação entre as redes tradicionais de cura e a biomedicina, no tratamento de pacientes HIV+, tendo em conta que no mesmo fenómeno podem estar atuando várias realidades. Essas múltiplas realidades em confronto são denominadas por Law (2002) de heterogeneidades ocultas ou ontológicas. Este debate se alicerça na teoria de ator-rede com especificidade no plano conceitual em torno do que se tem denominado de ontologias múltiplas (Mol, 2002b). Para Law e Mol (2012), existem múltiplas percepções em relação aos sintomas, as narradas pelos pacientes, dos profissionais da biomedicina e, no meu caso, das redes tradicionais de cura e que configuram diferentes realidades.

4.1 Dialogar heterogeneidades no tratamento do paciente HIV+

Mol e Law concebem o corpo humano (corpo vivo), como sendo objeto e sujeito. Sendo objeto de conhecimento médico, quando observado a simples vista e quando observado através dos instrumentos introduzidos na medicina a partir do desenvolvimento tecnológico. Acrescentam que o corpo é um objeto também quando é medido de maneiras distintas: desde contar a pulsação, à determinação do nível de sangue, hemoglobina, creatinina, cálcio, na busca de nódulos, até quando o médico faz os pontos de uma cirurgia. O corpo é também sujeito na medida em que experimenta a dor e é capaz de interpretá-la (Mol e Law, 2012, p. 153-154).

Antes do século XIX, as decisões do médico davam-se mediante as manifestações da doença, captadas a partir das narrações feitas pelos pacientes. Isso veio a mudar depois do século XIX com o desenvolvimento tecnológico, em que o auto-conhecimento do paciente privatizou-se e tomou o lugar soberano o uso de instrumentos que facilitam o diagnóstico das doenças (Mol e Law, 2012, p. 154-155). No caso do paciente HIV+ no distrito de Xai-Xai o seu auto-conhecimento é constantemente negligenciado por estar amplamente carregado de

significados que o pessoal da saúde traduz como “preconceitos” que permeiam a doença localmente.

Sullivan, citado por Mol e Law, (2012 p. 154-155), faz uma analogia entre o dualismo cartesiano entre o corpo e a mente com a forma pela qual os médicos tratam os seus pacientes, (corpos, dos pacientes como objetos), sem que estes participem deste tratamento. Sua pretensão é de que a medicina moderna não só garanta a vida dos seus pacientes, mas também enfatize o papel dos pacientes neste processo. Questionam o pouco que a medicina leva em conta que os pacientes são seres vivos que sentem e conhecem como é que a doença se manifesta nos seus corpos (Mol, 2008, Mol e Law, 2012).

Sullivan e outros autores sugerem que a medicina deve deixar espaço para a autoconsciência dos seus pacientes, como a necessidade de trata-los como seres vivos. O processo de toma de decisões para intervenções médicas podia se fazer acompanhar mais pelo diálogo entre médico e paciente (Mol, 2008, Mol e Law, 2012).

Os pacientes HIV+ no distrito de Xai-Xai, para que acedam ao TARV, primeiro passam por um processo de aconselhamento e a questão principal levada a cabo é a necessidade de rompimento imediato com as suas redes tradicionais de cura por formas a não tomarem nunca medicamentos tradicionais. De acordo com os profissionais da biomedicina os antirretrovirais não podem ser tomados em simultaneos com outros tipos de medicamentos.

Os medicamentos que nunca devem ser “misturados” com os ARVs são aqueles cuja prescrição é feita nas redes tradicionais de cura. Em várias ocasiões os mesmos médicos recomendam ou prescrevem outros tipos de medicações caso os pacientes apresentem outras enfermidades. Aqui a questão que se realça é de tais medicamentos serem oriundos das redes tradicionais de cura, que constantemente são vista como promotoras de desordens locais.

Mas o ponto central pelo qual tem sido subjugado o conhecimento local em detrimento do saber ocidental contido na biomedicina se situa na pretensão da hegemonia deste saber. Por isso que a realidade é constantemente vista sob prisma hegemónico da biomedicina, em que só fazem sentido aquelas questões que emanam da realidade biomédica. Apesar deste cenário neste distrito, a presença, atuação e seguimento de realidades espirituais têm sido constantemente narrados pelos pacientes HIV+ e estas questões estão patentes em todas as esferas do cotidiano Tsonga.

Latour (2005) chama a atenção para o fato de que em qualquer realidade não só estão em cena atores humanos. A compreensão do social deve ser por meio de associação de elementos que agem numa rede de relações que inclui humanos e não humanos. Assim é óbvio que no cotidiano do paciente HIV+, neste distrito, espíritos (qualquer que seja o seu

estatuto ontológico, o que a priori, como pesquisadora desconheço), influenciam grandemente no processo de tratamento, na medida em que fazem parte dos elos de relacionamentos do paciente com o seu meio familiar, comunitário até o hospitalar.

Por exemplo, a ida às redes tradicionais de cura em grande medida tem sido pela cobrança tanto por parte dos familiares, como pela pressão dos próprios espíritos, em pacientes que associam a enfermidade a eventos que envolvem antepassados da família. Envolvendo a circulação dos objetos ou pelas próprias ações dos sujeitos, que hipoteticamente não tenham corrido de forma conveniente séries de eventos eclodem associando-se causas humanas e não-humanas. A maioria dos sintomas ou todas as infecções pelas quais se recomenda o teste anti- HIV são de grosso modo interpretadas localmente como sendo infecções com origens espirituais e a principal saída para a cura se encontra nas redes tradicionais de cura.

Muitas vezes a interdição ao tradicional por parte dos profissionais da biomedicina não ocorre consubstanciada as suas próprias crenças, mas sim a serviço de quem estão representando nos serviços de saúde. Mol, (2008, p. 39), salienta que o sistema obriga que os profissionais se comportem de certo modo. No caso do distrito de Xai-Xai em circunstância não raras os profissionais da biomedicina têm a ciência e crêem no que os pacientes estão dizendo, pois as vezes eles próprios acedem as redes tradicionais de cura. Aqui estamos diante do que Mol (2008) denominou de estar-se a serviço do mercado dentro da lógica de escolha.

4.2 As experiências dos pacientes intervindo no cuidado médico

A política nacional de combate ao HIV determinou que a partir do segundo trimestre do ano 2016 todos os pacientes HIV+ que tenham valor inferior ou igual a 500 células/mm³ de CD4, devem iniciar o TARV. Alguns pacientes com que conversei que estavam nesta situação ainda no pré-TARV, afirmaram que iniciariam o TARV quando sentissem que o seu organismo necessitasse dos antirretrovirais, afirmando que ainda se sentiam melhor fazendo apenas a profilaxia.

As decisões dos pacientes de retardarem o início do TARV nem sempre é compartilhada com os seus clínicos. As consultas não têm sido espaço de negociação entre médico e paciente, limitando se em serem momentos informativos. O médico prescreve a medicação e exames a serem feitos pelo paciente e os tratamentos a serem seguidos. Considera que o paciente não tenha nada para contribuir neste processo.

Todos os pacientes diagnosticados HIV+ que aderem as consultas, mas que tenham o CD4 superior ao recomendável para o início do TARV são submetidos ao controle da infecção e sujeitos à ingestão do cotrimoxazol, da isoniazida, profilaxia da tuberculose e com outros antibióticos de acordo com a especificidade do paciente, sendo possível que pacientes permaneçam muitos anos ainda no pré-TARV.

A partir de sinais emitidos pelos próprios corpos há desejos controversos entre os pacientes e médicos, em que alguns pacientes que estão em Pré-TARV desejam iniciar o TARV antes que o vírus os debilite, outros afirmam que o seu nível não requer ainda o TARV. Uma paciente afirmou ter solicitado o início do TARV bem antes de diagnosticada HIV+. O marido estava em TARV e ela já sentia a doença atuando no seu corpo e seguiu fazendo consultas e testes anti-HIV, até ser diagnosticada HIV+, depois de mais de três meses.

Mol e Law (2012) apresentam a distinção entre a manifestação exterior e interior da doença. A exterior aquela que é detetada a partir das manifestações da doença quando observada pelos instrumentos laboratoriais e a interior, que se deteta com os sinais interiores da doença, na forma como ela se manifesta e é captada pelos pacientes nos seus corpos e também no cotidiano das observações dos familiares.

Um exemplo da negligência de fatores internos narrados pelos pacientes tem a ver com a demora em satisfazer os pedidos de troca de linha de ARVs devido à incompatibilidade com o organismo dos pacientes. As manifestações interiores da doença são as que têm feito com que os pacientes procurem pelos serviços de saúde e sejam diagnosticados HIV+. As enfermidades surgem como provocadas pelos espíritos e estes tipos de enfermidades não são completamente curáveis pela biomedicina sem que haja intervenção das redes tradicionais de cura.

Ainda, a paciente acima, que pediu para iniciar o TARV antes que a doença a debilitasse, mesmo antes do diagnóstico, afirmou que para a cura da tuberculose de que padecia o seu marido, foi necessária a conjugação da biomedicina e da tradição.

Meu marido tomou os medicamentos tradicionais porque, a tuberculose deve ser tratada tanto pela biomedicina e também pelo tratamento tradicional, não tomas comprimidos apenas, tomas também aquele medicamento que te tratam com ele na tradição. Tratam-te lá na tradição e depois vais ao hospital (Entrevistado B, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 44 anos, sexo F, união de fato).

Esta paciente acrescenta que o seu marido foi curado da tuberculose pelas duas redes de cura, tendo sido primeiro pelas redes tradicionais de cura e posteriormente pela biomedicina. Afirmou que os médicos tradicionais com base na consulta que fazem detetam se existem situações infligidas.

Se tu fores para a tradição, os curandeiros descobrem e perguntam a pessoa se se recorda dessa situação tal e tal e a pessoa começa a descrever a situação (Entrevistado B, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 44 anos, sexo F, união de fato).

As questões espirituais narradas pelos pacientes são ignoradas pelos profissionais de saúde da cidade de Xai-Xai, tomando apenas em consideração as questões da doença detetáveis a partir do diagnóstico no âmbito da biomedicina apesar dos debates constantes acerca da “existência” e influência destas realidades em Moçambique, sobretudo neste distrito.

Uma situação foi narrada por um paciente HIV+ que sentia a manifestação da tuberculose, mas durante o diagnóstico biomédico não era detetada. Com base nisso procurou pelas redes tradicionais de cura, onde efetuou-se o tratamento necessário e posteriormente retornou para o serviço de saúde onde pediu que fosse submetido ao tratamento biomédico da tuberculose:

vinha ao hospital e eles tentavam ver o que estava a acontecendo e me davam comprimidos, mas a grande tendência é que tinha uma doença *kookhlola*, que havia-se escondido e eu e a minha esposa, fomos descobrir que houve coisas que estavam escondidas e seguimos e quando segui aquilo, comecei a ver que os comprimidos, já estavam-me entrando e eu estava melhorando, e vim dizer e a minha médica me disse que podia-me dar os comprimidos de seis meses. (Entrevistado A, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 33 anos, sexo M, união de fato).

Profissionais da saúde consideram absurdas as experiências acerca da eclosão da doença a partir do encontro ou choque com o sobrenatural. Outras vezes a queixa não é ignorada pelo pessoal médico, mesmo nas situações em que os exames laboratoriais falham no diagnóstico. Aqui se faz necessário cuidar dos pacientes HIV+ tendo em conta as duas formas de manifestação da doença. A forma objetiva, a partir da forma pela qual a doença é observada pela biomedicina e a manifestação da doença de forma subjetiva, a partir das narrativas feitas pelos pacientes dos sinais emitidos pelo próprio corpo.

Em relação à tuberculose às vezes demora ser detetada ou às vezes não é detetada no exame de baciloscopia, e nisto os pacientes procuram o tratamento nas redes tradicionais de cura. Depois do tratamento nas redes tradicionais de cura voltam para o serviço de saúde.

Quando comecei a ficar doente, fizeram muitos exames, mas o de tuberculose não era detetado e daí, decidimos a cumprir a tradição e vim dizer a médica e ela perguntou como é que você soube porque eu não descobri, e eu lhe expliquei o que aconteceu e como descobri e ela aceitou e prescreveu a medicação (Entrevistado A, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 33 anos, união de fato).

Note-se que o caso do paciente acima é diferente dos outros casos observados. Podem-se apontar vários pontos positivos, primeiro o ambiente da consulta, sua relação com a profissional de saúde era muito boa, permitindo com que o paciente apresentasse todas suas preocupações em relação as suas experiências corporais. Sempre que o profissional de saúde além de conhecer o histórico do paciente tem uma relação pessoal prévia, o tratamento era diferenciado. Nesse caso, o paciente podia apresentar inclusive questões acerca das suas experiências espirituais sem constrangimento e o tempo de consulta era maior comparado aos outros pacientes. Talvez fosse pela amizade entre os dois, uma vez que eram ambos provenientes da localidade de Chicumbane e mantém amizade antes da relação médica e paciente ou pelo fato de ter sido ela a aconselhar-lo a submeter-se ao teste Anti-HIV, depois de muito tempo tratando a malária resistente.

Este mesmo paciente acrescentou que nas situações em que a tuberculose é detetada pela biomedicina e o paciente inicia o tratamento biomédico sem que tenha ido às redes tradicionais de cura, o tratamento não tem os efeitos desejados.

Se tiver tuberculose, de ser cozinhado no tradicional e daí vem levar os comprimidos. Porque se não tiver sido cozinhado os comprimidos não vão curar, até que podem curar, mas não será conforme porque aquelas coisas ainda terão fechado (Entrevistado A, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 33 anos, união de fato).

E se se incluíssem as experiências dos pacientes no cuidado médico? A rede de intervenções se ampliaria e a potência dos actantes também. A rede tradicional aceita essa ampliação de potência, a biomedicina nem tanto.

4.2.1 O autoconhecimento e o conhecimento do paciente

Neste contexto o autoconhecimento pode ser considerado como a forma pela qual o paciente capta a manifestação do corpo decorrente da doença (Mol e Law, 2012). No caso dos Tsonga o conhecimento denota a situação em que o paciente pensa acerca das consequências do que lhe advém quando são infringidas as regras prescritas pela tradição, principalmente aquela em relação ao tempo de espera para a purificação após a perda de um ente querido. E muitas vezes são diagnosticados a tuberculose a partir da experiência dos familiares e nisso procura-se as redes tradicionais e após busca-se o seguimento biomédico.

Nas observações de Mol e Law (2012), o esposo de uma paciente diabética tinha conseguido prever a ocorrência da baixa de insulina em sua esposa a partir do semblante que apresentava e sobretudo a partir da observação das características que ela apresentava (Mol e Law, 2012, p. 166).

Do ponto de vista tradicional, deve se conciliar a sensibilidade objetiva e a sensibilidade subjetiva no tratamento do HIV. Na medida em que para além de serem considerados os resultados de exames laboratoriais, deve se tomar em consideração as questões espirituais narradas pelos pacientes. Seria a questão de abrir-se espaço para que os pacientes que acreditam nessas realidades outras possam ter agência legítima para dar seguimento a esses tratamentos em paralelo com a biomedicina?

Parece que Mol e Law, não sugerem a conciliação, mas sim que a medicina reconheça que a medicação tem falhas que vão além dos efeitos colaterais. Eles pretendem que nas consultas o médico possa tentar enquadrar o caso nas histórias da evolução do campo da medicina, mas que também o paciente tenha tempo suficiente para explicar como é que a doença se manifesta no seu corpo, para diante disso os dois juntos decidirem que quadro seguir.

No caso de Moçambique essa alternância negociada de quadros é impossível. Alguns pacientes em TARV afirmaram que sentiram a necessidade de fazer em paralelo o tratamento alternativo, como as folhas de moringa, amargosa, aloé vera entre outras, para minimizarem a perda de força, tontura que sentem devido a toma dos ARVs. Mas estes pacientes não informam aos seus clínicos que fazem outras medicações em paralelo. Às vezes os pacientes fazem alterações das ingestões do ARVs sem negociarem com os seus clínicos por formas a agregarem outros tratamentos. A guerra entre saberes é clandestina.

Muitos pacientes com que conversei tanto no serviço de saúde como durante as visitas integradas afirmaram que os clínicos não criam espaço de conversa. Apenas limitam em fazer aquelas prescrições administrativas, tanto para a busca de comprimidos na farmácia, como para efetuar análises no laboratório. Em várias ocasiões não são sequer informados acerca dos resultados das análises. Parece que os resultados das análises servem apenas ao uso exclusivo dos médicos e do serviço de saúde. É a partir destes resultados que os médicos tomam decisões acerca dos procedimentos clínicos.

4.3 Lógica da escolha aplicada aos pacientes HIV+

Aqui há necessidade de orientação do paciente e, sobretudo conferir-lhe informações que possibilitem que a sua escolha seja consciente. Mas observa-se que existe ocultamento de informações acerca da natureza dos ARVs, possibilidades de tratamentos e, sobretudo acerca dos efeitos colaterais.

No caso de pacientes HIV+ de Xai-Xai, os pacientes não falam por si próprios, são tidos como “passivos”, ou melhor, se pretende que sejam passivos. Esta não “autonomia” dos pacientes não é pela mera passividade, (Miziara e Miziara, 2016) mas porque o processo de tratamento do paciente HIV+ em si no distrito não abre espaço para que as consultas entre médico e paciente sejam espaço de debate ou de trocas de possibilidade de lidar com os sintomas.

No contexto de tratamento do paciente HIV+ no distrito de Xai-Xai as informações que se atribuem aos pacientes são aquelas que interessam as agendas dos programas nacionais e internacionais envolvidos no combate ao HIV/SIDA. Sobretudo as da Política Nacional de Combate ao HIV/SIDA, as metas e os objetivos do milénio e que não contemplam a realidade local.

A lógica de escolha salienta a multiplicidade de procedimentos médicos, que o paciente pode optar em seguir. Na lógica de escolha se engloba o desenvolvimento tecnológico, os profissionais e os pacientes, que têm a missão de “ensinar” aos profissionais acerca de como pode ser conveniente cuidar-los. Este ensino se consubstancia na escuta dos mecanismos de sobrevivência à enfermidade, em que os profissionais têm de fazer de modo a auxiliarem na adoção de vivências capazes de proporcionarem o bem-estar (Mol, 2008).

Os hábitos adotados pelos pacientes HIV+ no distrito de Xai-Xai refletem por um lado as políticas de saúde existentes e por outro lado o relacionamento entre os saberes em

que os enunciados dominados só pode ser introduzidos de forma subordinada ou clandestina. Por exemplo, uma discussão mais aberta sobre as concepções locais acerca prejuízos do uso do preservativo, os interesses das corporações internacionais, a subordinação das autoridades do país, talvez propiciasse caminhos mais autônomos para se evitar a reinfeção pelo vírus entre pacientes e a infecção de outros indivíduos.

4.4 A lógica do Cuidado em pacientes HIV+

Na lógica do cuidado, Mol (2008, 15) afirma que o paciente é preponderante na medida em que ele desempenha grandes tarefas para a efetivação do tratamento. É quem administra o seu tratamento, sobretudo para aqueles pacientes que o tratamento é ambulatorial. Mesmo em aqueles pacientes que se encontram internados, a sua colaboração é fundamental para que haja sucesso no tratamento.

A maioria dos pacientes HIV+ no distrito de Xai-Xai encontra-se em tratamento ambulatorial. A administração dos medicamentos é feita por eles próprios, aderindo aos serviços de saúde para as consultas de rotina de 90 a 90 dias, salvo em situações em que se encontrem em estado de doença bastante avançado ou em casos de recaídas e que necessitam de internação. Observa-se que mesmo em situações de internamento continuam sendo eles próprios ou seus familiares responsáveis pela administração dos ARVs, cabendo aos serviços de internação apenas a responsabilidade em restaurar-lhe a saúde com recurso a outras terapias.

Se estes não tiverem ou não participarem ativamente no processo de cuidado, na escolha, negociação e renegociação do tratamento observa-se que o interesse no seguimento das recomendações diminui. Devido à ausência do espaço de aprendizagem entre médico-paciente, no tratamento de pacientes HIV+ no distrito de Xai-Xai, observou-se desinteresse acentuado por parte dos pacientes e em grande medida a maioria apontava que a linha de ARVs que seguia tomando não era compatível aos seus corpos e as suas solicitações para troca eram sempre frustradas.

Colocar o paciente na periferia neste processo de tratamento, ou de negociação ou renegociação denominado por Mol (2008) de “aprendizagem”, em que devem estar envolvidos de igual modo o paciente e o médico, deve ter sempre em conta as especificidades de cada corpo. Nisto as consultas pós-prescrição de medicamentos seriam momentos em que o paciente narra acerca do andamento do tratamento e, sobretudo das respostas emitidas pelo seu corpo, sua adaptação nos últimos dias e com base nisso o médico junto do paciente teria

ferramentas para que, de forma conjunta dessem continuidade ao tratamento ou buscassem ou agregar novas alternativas terapêuticas.

Este momento seria de troca de experiência, espírito que caracteriza essencialmente a lógica de cuidado, em que o trabalho deve ser coletivo centrado na aprendizagem em que o paciente e médico avaliam os resultados e o médico também pode tomar exemplos de uns para aplicar nos outros pacientes (Mol, 2008). No meu caso constatei vários processos em que alternativas bem sucedidas de uso de tratamentos das redes tradicionais de cura podiam ser passados para outros pacientes. Na maioria das falas dos profissionais da biomedicina fica evidente que por mais que proibam aos seus pacientes de darem seguimento às redes tradicionais de cura, estes seguem cumprindo de forma clandestina. A avaliação do pessoal médico caracteriza-se em forma de “desabafo” caracterizada pela frase “eles dizem que se não forem à tradição nunca estarão bem”.

A lógica de cuidado implica o envolvimento de profissionais, pacientes e de todos os instrumentos por formas a intervirem no corpo de modo a trazer-se benefícios, em que o maior interveniente tem de ser em grande medida o paciente, que deve fazer escolhas que lhe possibilitem envolver-se sem prejuízos ao tratamento.

Bons profissionais precisam perguntar aos seus pacientes sobre suas experiências e atentarem com cuidado no que tem sido dito, mesmo que não haja nada sobre isso na literatura clínica (Mol, 2008, p. 48). Questiono como seriam essas escutas com cuidado acerca de como os pacientes lidam com os sintomas uma vez que existem teorias pré-conceituosas acerca das realidades apresentadas pelos pacientes.

A ausência de literaturas das realidades de cura nas redes tradicionais, por pertencerem ao outro campo de realidade, que envolve questões da espiritualidade que não condizem com a realidade contida nos desígnios da ciência dominante e ainda é pouco explorada (Breton, 2016; Mol, 2008) leva a que as práticas tradicionais sejam constatemente colocados na zona periférica da biomedicina a ser colonizada.

4.5 A coexistência de várias realidades no HIV/SIDA entre os Tsonga de Xai-Xai

“O compartilhamento de várias realidades no mesmo espaço” (Law e Mol, 2002, p. 25) faz com que sejam tratadas como manifestação de “infecções oportunistas” sintomas que são tidas como sendo doenças trazidas ao corpo pelas forças espirituais. Se nas explicações biomédicas esses sintomas são interpretados como agência do vírus HIV, podemos não ter

aqui apenas duas concepções de um mesmo fenómeno, mas estarmos diante da atuação de dois fenómenos em tempo simultâneo no mesmo corpo.

As escolhas de trajetórias terapêuticas são em grande medida influenciadas por um processo bastante complexo. Por um lado as crenças por outro lado a proibição do seguimento nas redes tradicionais de cura. Os pacientes continuam aderindo a elas devidos aos significados que atribuem em grande medida potenciados pelo fato de ser oculto. A clandestinidade em vez de diminuir, aumenta a potência da cura alternativa.

Mol (2002a, p. 229), enfatiza que diante de uma determinada enfermidade podem estar atuando várias doenças. No caso do HIV a biomedicina estabelece que as infeções surgem por conta do enfraquecimento do corpo pela ação do vírus. Mas aqui o que se discute é que os sintomas da doença não descarta logicamente que existam outras associações que são localmente consideradas. A multiplicidade de males tanto pode estar sendo causada pelo vírus como, em parte sendo provocadas pelos espíritos, que muito antes da descoberta do HIV no mundo já tinham agências relacionadas a partes desses sintomas.

Assim o cuidado em relação ao paciente HIV+ nessas múltiplas realidades (Mol, 2002a, p. 245, 247) devia abrir espaço para que o paciente pudesse escolher seguir também outras formas de cura, uma vez que a forma pela qual o vírus é percebido pelo paciente abarca todas essas dimensões, a biomédica e aquela que se sustenta nas redes de relações cósmica que sustenta o local.

A questão de permanência ou seguimento de profilaxia ou seguimento do TARV, não é discutida com os pacientes. Tem sido decidido tendo em conta o desejo de abranger o maior número de pacientes no TARV, de modo a satisfazer as metas impostas pelas políticas nacionais de control e combate ao HIV/SIDA subordinadas aos órgãos internacionais intervenientes nesta área.

5 SISTEMA MÉDICO TRADICIONAL EM MOÇAMBIQUE

*“Um homem em boa saúde é um doente
que se ignora”.*

Dr. Knock

O uso da medicina tradicional em Moçambique remonta há vários séculos, mas só em 1990 que a sua prática foi legalizada, com a criação da AMETRAMO – Associação dos Médicos Tradicionais. Desde a era colonial, este saber foi considerado sem nenhum valor, e a sua prática proibida (Decreto lei n.º. 23 de 15 de Novembro de 1933). Esta proibição continuou mesmo com a criação do governo nacional pós-independência.

5.1 Géneses do processo da subalternização do conhecimento local

A subalternização do conhecimento local em Moçambique encontra-se alicerçado ao processo da descoberta ou encontro dos povos ocidentais com os povos do sul em que os modos de vida dos povos do sul foram interpretados como aberrações ou mesmo designados de momentos anteriores à humanidade ou à civilização em que cabia aos povos ocidentais torna-los humanos (MELO, 2002).

Esta humanização dos povos do sul consistiu essencialmente na introdução de novos valores na cultura destes povos, considerando-se os saberes locais como inválidos e nisto iniciava um processo de dominação epistémica que favoreceu grandemente o processo de colonização. Neste processo, Portugal para melhor dominar Moçambique usou sempre a tradição, a semelhança de muitas potências colonias que dominaram a África, introduzindo o legado europeu nos costumes locais sob a alegação de transformar e modernizar o pensamento e o comportamento dos africanos. Nisto, alguns moçambicanos foram tornados parte integrante do governo colonial. (Hobsbawn, 2014; Mazula, 1995).

Esses moçambicanos que podiam ascender a essa categoria tiveram o acesso à educação formal e seus comportamentos foram adequados à nova categoria de intermediários da colonização. Impunha-se a renúncia dos costumes locais, tais como comer a mão, honrar e prestar cultos aos antepassados e inclusive os seus sobrenome deviam ser escritos e lidos em língua portuguesa. Neste processo os costumes e rituais mágico-religiosos foram substituídos pelos rituais cristãos. Supunha-se que todo o “indígena” aspirava a ser assimilado e todas as

formas de vivência que não condissessem com a tradição inventada do europeu deviam ser desprezadas (Hobsbawn, 2014).

Durante o período colonial a atuação dos médicos tradicionais era autorizada em áreas do país sem cobertura da rede biomédica e atualmente os médicos tradicionais atuam respeitando as regras impostas pelo ministério da saúde.

De referir, contudo que em várias zonas de Moçambique, e mesmo durante a época colonial, não raro era ver os próprios colonos a consultar um terapeuta local, quer para resolver certos problemas de saúde, quer para alcançar soluções para problemas ligados à vida quotidiana ("pouca sorte", mortes súbitas, problemas com a família, no trabalho, sorte nos negócios, etc.), ou ainda para obter remédios (Meneses, 2000, p. 14).

Os pioneiros nos estudos acerca das práticas de cura locais em Moçambique, apontaram que com a civilização, modernidade e, sobretudo com a extensão de redes biomédicas para as zonas rurais o “poder mágico-religioso” ou a “religião empírico-metafísica” iria ter fim (Granjeo, 2009; Junod, 1996). Tais constatações evidenciaram grandemente a localização estratégica do lugar de onde falavam esses analistas e as suas pretensões nestes estudos (SAID, 2007). Muitos desses escritos eram de missionários enviados para envagelizar os moçambicanos.

Henri Alexandre Junod, conhecido pela etnografia acerca dos bantu do sul de Moçambique, foi o missionário que participou ativamente neste processo de dotar de “conhecimento” aos povos moçambicanos. A convivência com os nativos permitiu-lhe afirmar conhecer com pormenor todos os seus hábitos. Com base nessa autoridade presunçosamente acrescida questionou se deviam ser ou não proibidas as práticas dos médicos de cura local. Argumentou que a biomedicina poderia abrir a possibilidade de “legitimação de alguns médicos” destas redes, os especialistas em tratamentos de enfermidades específicas (Junod, 1996; Ngoenha, 1999).

Meneses (2000, p. 1-2, 24) afirma que a procura pelas redes tradicionais de cura não só se observa nas zonas rurais onde a rede do Sistema Nacional de Saúde-SNS ainda é limitada. Há demanda pelas redes tradicionais de cura também nas zonas urbanas e periurbanas que são abrangidas pela rede nacional de saúde. Aqui parecem contrariadas as teorias que sustentam que a procura pelas redes tradicionais de cura esteja alicerçada a falta de serviços de saúde.

Granjeo (2009) aponta que se tem sustentado várias vezes que o uso e a procura pelas redes tradicionais de cura se alia à pobreza, quando que os custos das terapias nestas redes são

muitas vezes mais elevados se comparados às consultas na biomedicina que em grande parte são gratuitas. Durante o meu trabalho de campo, pacientes afirmaram não ter procurado pelas redes tradicionais de cura por falta de recursos para os altos valores ali cobrados e porque ali sempre se recomenda qualquer tratamento por formas a se cobrar algum dinheiro.

Apesar de raro, existem situações em que os médicos das redes tradicionais durante o diagnóstico não encontram questões que necessitam de resolução espiritual. Vivenciei isso durante algumas consultas em que o médico disse que estava tudo bem com os pacientes. Um deles devia apenas preparar uma comida específica em memória de um ente querido e servir aos outros familiares e tudo se resolveria na vida dele. Geralmente nestas consultas os acompanhantes independentemente de estarem ou não doentes gostam de um diagnóstico geral da vida deles, e às vezes sem que eles peçam um espírito se manifesta se tiver algum problema grave ou emergente.

As congregações evangélicas em Moçambique continuam exercendo uma influência negativa mais evidente sobre a cultura local do que a biomedicina pregando que as práticas locais são sinónimos de bruxaria e devem ser abandonados para que os crentes tenham plena comunhão com Deus. Nisto os convertidos a cristãos devem renunciar publicamente as suas crenças. Nestes rituais de passagem, seus amuletos são queimados, mas a renúncia na maior parte das situações acontece com o sincretismo religioso em que os recém convertidos ainda se comunicam com os seus deuses e também procuram as redes tradicionais de cura.

O processo de subalternização do conhecimento local contribuiu em grande medida para que este saber fosse até hoje tido como não saber e atribuído um espaço inferior em comparação com os outros saberes.

“As tradições inventadas importadas da Europa, ao mesmo tempo que forneceram aos brancos modelos de “comando”, deram também a muitos africanos modelos de comportamento “modernos”” (Ranger, 2014, p. 273).

Em 1977, em Moçambique, com a afirmação do socialismo, a tradição inventada dos europeus foi reinventada proibindo-se todas as formas de religiosidade, as igrejas e os rituais mágicos-religiosos foram proibidos. Estes foram imperativos da formação de um Estado e de homem novo, longe do obscurantismo e da superstição (Ranger, 2014; Mazula, 1995).

Desde sempre as redes tradicionais de cura continuaram reconhecidas e respeitadas nas comunidades e o Estado Moçambicano viu-se obrigado a infiltrar-se nelas como forma de conseguir aliança para mobilização da população com o fim de legitimar os seus interesses políticos. Em 1990 criou-se a Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique –

AMETRAMO (Resolução n.º. 11, 2004 de 14 de Abril, p. 130-134), que parece só funcionar para melhor controle estatal da rede nas comunidades.

5.2 AMETRAMO, como criação do Ministério da Saúde

O processo do resgate do conhecimento médico tradicional conheceu vários estágios, desde a conferência de Alma-alta em 1978, em que a OMS exortou aos Estados membros a darem máxima prioridade a este conhecimento, exortação atendida com a criação da AMETRAMO pelo Ministério da Saúde (Imprensa Nacional, p. 131).

A criação da AMETRAMO não atende a necessidade da afirmação do saber local, mas sim visa controlar as atividades dos médicos das redes tradicionais de cura que são concebidas pelo Estado como sendo vetoras de propagação de doenças contagiosas.

As constantes tentativas por parte do Estado de «promover e valorizar» as medicinas tradicionais como complementaridade alternativa à biomedicina, desembocam num outro pólo de tensão e conflitos, fruto dos esforços para controlar politicamente as comunidades onde este conhecimento é produzido. Todavia, o reconhecimento da complexidade, da fluidez, e da ambiguidade dos meandros que compõem o campo social da medicina tradicional torna esta tentativa de controlo bastante difícil, senão mesmo impossível de alcançar. (Meneses, 2004, 105).

Visou-se particularmente a *Kuthlavela*, ritual de fechamento do corpo após a realização de um ritual de cura ou de livramento, em que geralmente para efetuarem os cortes nos corpos dos pacientes usavam-se a mesma lâmina para todos os membros da família. No meu trabalho de campo nunca observei esse uso generalizado da mesma lâmina, mas essa alegação persiste nas acusações dos profissionais da saúde.

Eles usam a mesma lâminas para efetuarem cortes em todos os membros da família porque acreditam que se fizerem com uma outra lâmina para cada membro o ritual não estará consumado, pois acreditam que é aquela lâmina que os liga com os seus antepassados (Entrevistado Psb, Serviço de saúde, Cidade Baixa, 33 anos, Sexo M, Casado).

As formas de atuação que devem ser adotadas nas redes tradicionais de cura são constantemente divulgadas pelo Ministério da Saúde, tanto para os próprios médicos por meio de encontros constantes com estes como também para as comunidades aderentes a estas práticas, através de campanhas e divulgações televisivas e radiofónicas.

Entre as duas redes os encontros visam encontrar mecanismos de integração de no tratamento da doença, mas na essência funcionam como sendo espaços em que somente

questões levantadas pelo lado da biomedicina devem ser levadas a sério. Essa questão está evidente na seguinte fala do profissional da saúde.

Temos tido reuniões com os médicos tradicionais, no sentido de fazermos palestras para que mudem os comportamentos que podem fazer com que cresça o nível de infecções por HIV, mas tem sido difícil porque eles estão defendendo a questão cultural. Mas quando eles apresentam as tais questões culturais que a gente deve considerar ao tratarmos os nossos pacientes de modo a enviarmos para eles, nos ouvimos e calamos. Às vezes dizem que os pacientes devem ser cozinhados primeiro por eles e só aí nós podemos conseguir diagnosticá-los. Mas o que acontece é tomarem medicamentos lá e nós também damos medicamentos e aí isso intoxica o fígado. O paciente fica com insuficiência hepática, e muitas vezes os pacientes não dizem que estão a fazer medicamentos tradicionais (Entrevistado Psb, Serviço de saúde, Cidade Baixa, 33 anos, Sexo M, Casado).

Em Moçambique o diálogo entre a biomedicina e as redes tradicionais de cura tem sido constantemente espaço de disputa em que os responsáveis das redes tradicionais de cura apesar de posicionarem-se oficialmente como recetivos as regras impostas pela biomedicina nas suas atividades quotidianas e nas suas falas estão subjacentes mecanismos de resistência. Filiar-se a AMETRAMO e assumir o acolhimento as regras impostas pelo Ministério da Saúde lhes possibilita exercer livremente o seu ofício e também lhes confere a possibilidade de circulação dentro dos órgãos do poder do Estado.

A organização dos médicos tradicionais é importante para a conquista de novos espaços de reconhecimento oficial, num jogo duplo entre a legitimidade tradicional e a racional, espelhando o aproveitamento, por parte da medicina tradicional, dos espaços de poder criados pelo Estado, (Meneses, 2004, p. 101).

Apesar da conquista de espaços de poder por parte dos médicos das redes tradicionais de cura isso não se reflete em inclusão de categorias de bem-estar defendidas nestas redes no tratamento da doença por parte dos órgãos legitimadores de práticas médicas em Moçambique. As vivências cotidianas apresentadas pelos pacientes nas relações estabelecidas com os profissionais da saúde são sempre motivos para exaltação da biomedicina em detrimento do conhecimento local. Abaixo se apresenta um trecho do posicionamento de um profissional que atende mães de CCR em relação às necessidades apresentadas de cumprirem as medicações nas redes tradicionais de cura recomendadas às crianças.

E nas condições de mal nutrição as mães dizem que é xilala, crianças com cabelo a voar e elas dizem que é xilala. A gente diz que elas devem parar de dar esses medicamentos as crianças e aí a gente dá uma educação nutricional e a mãe cumpre e nos próximos meses a criança recupera e aí a gente pergunta a

mãe se é xilala ou é fome. E agora com estas vacinas que existem nem é necessário esse medicamento de lua. (Entrevistado Psc, Serviço de saúde, Cidade Baixa, 32 anos, Sexo F, Casada).

No trecho acima supõe-se que com o desenvolvimento tecnológico ou a partir da biomedicina o conhecimento local passaria a não ter mais validade.

5.3 Concepções locais do papel do médico tradicional

Os médicos das redes tradicionais de cura não detêm apenas de poder de aliviar a dor física que enferma o paciente, também pretendem eliminar a fonte do problema, desempenhando a função apaziguadora das crises dos pacientes. No contexto local a doença é compreendida como a falta de harmonia que engloba o meio ambiente, os outros humanos, dentre eles, principalmente, vizinhos e familiares, o próprio corpo, a alma e os seres não viventes. (Meneses, 2000, 2004, 2008). Pois só se alcança o bem-estar quando o indivíduo estiver em paz com o meio ambiente, consigo próprio, com os vizinhos e com os antepassados. Acredita-se que se pode contrair a doença ao se entrar em contacto com seres ou mesmo objetos impuros e o reestabelecimento da harmonia depende exclusivamente da realização de rituais mágico-religiosos.

“As doenças são representadas pelos Tsonga como uma das formas de manifestação do descontentamento e punição desses espíritos contra seus parentes relapsos” (Passador, 2008, p. 6). E ela pode ocorrer como provocada pelos espíritos linhageiros, os chamados *tinguluvos*, espíritos protetores, que na sua essência devem defender os seus descendentes, mas em caso de serem desonrados podem provocar desgraça e também podem ser manipulados pelos vivos e aparecerem em forma de *mpfukwa*.

Mpfukwa é a denominação local dada as consequências de cobranças dos espíritos na vida dos violadores das normas ou na vida dos familiares de antepassados que durante a vida não saldaram suas dívidas com espíritos não linhageiros. Mas também pode ocorrer que os antepassados sejam manipulados para que amaldiçoem os membros da sua linhagem, podendo ser a partir de plantio duma planta no túmulo de um ente-falecido e logo que semente germinar “o espírito” começa a se manifestar no indivíduo culpado ou amaldiçoado, as vezes também nos membros da família. Também pode se fazer um ritual de busca do espírito de um ente-falecido e a partir daí começar a enviar-lo as pessoas que se pretende enfermar. A doença tradicional:

É aquela que tem desenvolvimento percebido como atípico, seja pela rapidez com que advém a morte, seja ainda pelo conjunto de múltiplos sintomas e sinais no corpo que se articula com outros problemas não corporais (baixa produtividade das Machambas e doenças e mortes entre familiares, por exemplo). Enfim, a doença tradicional, está normalmente fora dos padrões reconhecidos às doenças que levam um sujeito a buscar a biomedicina como sistema terapêutico exclusivo. No diagnóstico tradicional, faz-se uma revisão das relações que o doente estabeleceu com seu ambiente social e físico, a fim de que se possa encontrar nelas possíveis causas para o desenvolvimento típico e/ ou sabidamente tratáveis bi medicamente, pode ser atribuída a causa tradicional (Passador, 2011, p. 41).

Como nas medicinas tradicionais chinesa e ayurvédica e na homeopatia, aqui toda doença é fruto de um desequilíbrio de forças naturais (materiais) e sobrenaturais (imateriais), desequilíbrio entendido como ruptura de harmonia, quebra de uma certa ordem cósmica em movimento, que inclui o homem ao mesmo tempo como expressão e partícipe (Luz, 1995, p. 122).

A cura através das medicinas tradicionais permitiria um reencontro com um ethos moçambicano “original”, produzindo identidades sociais e políticas estáveis num contexto em constante transformação (período colonial, independência, guerra civil e construção do Estado pós-colonial e pós-socialismo) (Passador, 2008, p. 4).

Entre os Tsonga, os médicos tradicionais, os nyangas, podem emergir por herança dos espíritos ancestrais, na medida em que, estes escolhem um membro da sua descendência e se instalam. Pode ser homem ou mulher e os indivíduos possuídos devem atender a cerimónias de iniciação para que aprendam a ser nyanga, *paruriwa* ou *tchaeliwa*. Os nyangas podem emergir através dos espíritos não linhageiros aparecendo em forma de vingança na descendência dos ancestrais devedores e neste caso as dívidas devem ser pagas por meio de um casamento de uma filha virgem da família atormentada com o espírito vingativo, e neste também deve existir iniciação. Este poder espiritual também pode ser obtido por meio do treinamento sem que as pessoas tenham sido escolhidas pelos espíritos, mas sim pelo desejo de tornar-se nyanga (Meneses, 2004; Passador, 2008).

O momento de aprendizagem para se tornar médico das redes tradicionais de cura, que se designa localmente de *paruriwa* ou *tchaeliwa*, o indivíduo fica coadjuvante do nyanga, sendo ele quem prepara todas as medicações necessárias para o tratamento dos pacientes que chegam aos consultórios e em algumas circunstâncias eles próprios atendem aos pacientes, prescrevem medicamentos e administram alguns tratamentos. Num dos consultórios observei que o nyanga fazia consulta, e os seus estagiários preparavam os banhos e dirigiam as seções de cura e livramento quando o mestre se encontrava noutras seções de adivinhação.

O médico tradicional, o nyanga, entre os Tsonga tem funções de adivinhação ou diagnóstico da desordem social e reestabelecer a ordem ou a cura em caso da desordem se manifestar em forma de doença e a cura é feita através da administração de ervas ou por meio de rituais. Essa desordem se manifesta nos indivíduos transgressores individuais ou coletivos provocados pela agência dos espíritos linhageiros ou não (Honwana, 2002; Meneses, 2004; Passador, 2008).

5.3.1 Médico das redes tradicionais tido como Chalartão

O médico tradicional entre os Tsonga é sempre visto como ponte que interliga os mortos e os vivos e através deles os mortos revelam os seus desejos em relação aos seus entes vivos. Também em algumas vezes são tidos como charlatões, mas o sentido não é o mesmo pelo qual a medicina no ocidente marginalizou os saberes concorrentes na busca da cura.

Quando se organizou a profissão em 1892, a biomedicina travou guerras com charlatões, indivíduos que andavam de cidade a cidade gabando-se dos seus poderes e juntamente neste processo travou-se guerra com os curandeiros, colocando-os também nesta categoria (Breton, 2016 p. 216).

A acusação de charlatanismo para visar também o curandeiro rural traduz, de fato, uma luta de precedência pela qual a cultura erudita se arroga o direito de julgar em absoluto outros sistemas culturais e, fora de toda compreensão antropológica de sua eficácia, de sufocar costumes e crenças que suas categorias mentais não lhe permitem pensar (Breton, 2016 p. 217).

Charlatanismo em Moçambique não designa falsidade nos conhecimentos, mas manipulação indevida das forças em jogo. Esta característica charlatã foi-me revelada por um paciente HIV+, que afirmou não ter procurado as redes tradicionais de cura por causa do HIV e durante a entrevista parecia não crer no poder desses médicos. Mas ao longo da entrevista contou a experiência de cura do seu filho que estava muito doente por agência de espíritos não linhageiros por ter desviado propriedades alheias. A cura tinha sido feita por um mazione, um médico das redes tradicionais de cura, possuído pelos espíritos linhageiros, ou treinado para exercer o poder profético, que no processo de cura usa linhas, velas, sais, ervas e sangue e peles animais.

Entrevistado: Sabe, se você vai no curandeiro, ele sempre quer dinheiro, vai procurar muita coisa para te dizer, já isso não vale pena, eu conheço a vida

dos curandeiros e os maziones, eles querem dinheiro (Entrevistado U, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 61 anos, separado).

Pesquisadora: Eles costumam mentir?

Entrevistado: Falam a verdade, mas falam de muita coisa que você tem de tratar isto, falam muita coisa para se tratar. Mas há situações que você não pode não ir, por exemplo xifula. No xifula Yaaa, é muito perigoso, tenho um meu filho, que haviam lhe feito essas coisas, então eu corri e fui no maziones e tratou. A senhora tratou e ficou melhor, estava doente mesmo, fizeram consultas e descobrimos que foi feito isto por causa dele ter desviado coisas alheias. O dono havia feito aquela doença para o meu menino. Doía-lhe todo corpo, e lhe carregamos, porque nem conseguia andar, mas no dia seguinte já estava bem e foi pessoalmente com a sua mulher fazer os acabamentos (Entrevistado U, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 61 anos, separado).

Os médicos tradicionais para além do poder da cura, quando solicitados podem exercer também obras de feitiçaria, que normalmente são atribuições dos feiticeiros, aqueles que manipulam as ervas e o poder espiritual para prejudicar outras pessoas. A permeabilidade entre a medicina tradicional e a feitiçaria tem sido uma das questões alegadas para a relegação das redes tradicionais de cura no sistema de saúde do Estado.

Mas os médicos tradicionais diferem dos feiticeiros na medida em que associados ao poder de cura. Os curandeiros têm poderes espirituais, o feiticeiro tem o poder de provocar o mal. Os curandeiros também têm o poder de neutralizar a ação dos espíritos maus, os feiticeiros. É com base nessa distinção que os curandeiros são designados de médicos das redes tradicionais de cura. “O médico tradicional joga com comportamento dos pacientes e dos presentes estabelecendo-lhes ligação e confiança psíquica que terminam por informar sobre as causas profundas dos males que afligem o paciente” (MENESES, 2000, p. 21).

Os consultórios dos médicos das redes tradicionais de cura geralmente encontram-se próximos às suas residências e talvez seja por conta disso que os pacientes quando tem problemas de saúde procuram imediatamente por eles. A proximidade faz com que os pacientes tenham mais confiança neles que nos profissionais da biomedicina, podem falar com mais detalhes acerca da doença e todas as suas circunstâncias envolventes.

Os pacientes veem nos médicos tradicionais autoridade, tal que a maioria dos pacientes que haviam seguido as redes tradicionais de cura antes da adesão ao TARV ou tratamento da tuberculose teve que continuar atendendo aos conselhos destes.

A autoridade e respeito que os Tsonga atribuem as suas redes tradicionais de cura se consubstanciam em questões da própria convivência e todas representações relativas a sua existência. Pensa-se que os médicos das redes tradicionais de cura detém do poder de fazer profecias e estancar males que ainda estão por vir.

Uma das interlocutoras nossas disse ter evitado a morte do seu marido simplesmente pelo fato de ter ido com ele a uma rede tradicional de cura para fazer o ritual da abertura de caminho. O seu marido estava de regresso ao trabalho na África do Sul, mas no momento em que o nyanga jogou os búzios, *tinhlolos* descobriu que havia sido feito um ritual maligno que o levaria a morte. Com a realização de um ritual de livramento e devolução da raiz do mal faleceu o filho mais velho da senhora que havia feito o mal.

Doutro modo os médicos das redes tradicionais de cura são visto também como justiceiros na medida em que detém do poder de fazer voltar o mal para a sua origem. Através da profecia, adivinhação, estancam o mal na raiz e detém do poder de devolvê-lo ao seu mentor. Em relação às atribuições do médico das redes tradicionais de cura não existe consenso quanto ao que deviam seguir fazendo ou não. Alguns consideram que se deva consulta-los apenas para a cura das doenças, outros buscam para além da cura e tratamento das enfermidades, todo atendimento de outras questões como a expulsão de demónios, inveja e feitiçaria e o constante encontro com os antepassados. Algumas pessoas preferem que os médicos não revelem os motivos dos males, apenas se detenham na resolução dos problemas e outros preferem saber de tudo e vingarem-se dos seus feiticeiros, caso sejam enfermidades ou males enviados.

A adivinhação por vezes é vista como o principal elemento de desordem entre as pessoas, uma vez que, quando reveladas, tais verdades levam a cortes de relações com as pessoas acusadas. Não raras são as situações em que acontecem justiça pelas próprias mãos dos amaldiçoados. Tais ações levam a banalização do papel dos médicos das redes tradicionais de cura.

Esta banalização tem feito alguns *nyangas* e *zionistas* revelarem apenas os problemas diagnosticados, mas não apontam os provocadores desses males e outros apenas revelam o que deve ser feito e não apontam os problemas e muito menos as suas origens. De acordo com um dos médicos entrevistados, a não revelação evita contradições no seio das famílias. Mas estes tipos de *nyangas* e *zionistas* são pouco preferidos e considera-se, por vezes, que não estejam desempenhado bem o seu papel. Para alguns pacientes é papel destes médicos abrir-lhes a vista de forma saberem conviver com os verdadeiros inimigos.

Os *nyangas* em algumas regiões são reguladores da justiça. Quando as pessoas se acusam de feitiçaria e submetem estes casos às autoridades, canalisa-se o caso aos órgãos superiores da AMETRAMO, que tem a responsabilidade de apurar a veracidade dessas acusações. Nisto para apurar-se a veracidade dessas acusações, convoca-se uma assembleia pública e participam as pessoas ofendidas e qualquer um da comunidade que se interessa pela

cerimónia. Na presença de todos administra-se ervas, *mondjo* aos acusados e aos acusadores, após a ingestão destas ervas fica-se em transe. O acusado se efetivamente for culpado começa a narrar como foi que lançou o feitiço e nisto para que ele volte ao estado normal é necessário que lhe dêem medicamentos. Geralmente o feitiçeiro após a ingestão do *mondjo*, fica inconsciente e quando regressa a normalidade lhe é explicado que foi detetado e depois de descoberto. O culpado é sancionado de acordo com o que os órgãos superiores determinarem. O *mondjo* pode ser ingerido por até mais de cinquenta pessoas, este procedimento é usado para detetar os feiticeiros os protagonistas dos problemas de *mpfukwa*, dentre os membros duma determinada família.

5.3.2 Os rituais magico-religiosos

Mesquita, (2014), Aponta que os médicos tradicionais de cura têm mais possibilidades de poder melhor diagnosticar e tratar a doença em relação aos médicos da rede biomédica pelo fato de gozarem de prerrogativa de poder interagir com os seus pacientes durante várias horas, tanto nas casas das redes tradicionais de cura assim como nos domicílios dos seus pacientes. Este tempo os possibilita na melhor descoberta das razões do adoecimento. Os rituais de cura assim como os de purificação demandam dos envolvidos muita paciência e boa memória. Ao médico é necessário que siga de forma minuciosa os passos revelados pelos espíritos e é também fundamental a colaboração do paciente e dos seus acompanhantes para auxiliar o processo, pois há situações em que o médico não lembra de tudo que visualizou no momento da possessão.

A prescrição da medicação e os passos a serem seguidos não são arbitrariamente escolhidos pelo médico, mas revelados pelos espíritos, por isso a que atenção dos pacientes e dos seus acompanhantes é fundamental. Durante uma observação para realização de tratamento, o médico perguntava a uma paciente quais seriam as coisas que deveria ter comprado para a realização do ritual para além daquelas coisas que encontraria na casa das redes tradicionais de cura. A paciente retirou o seu bloco de anotações conferindo os materiais que eram necessários e foi retirando um a um da sua mochila. Se os pacientes e os seus acompanhantes não forem muito atenciosos alguns passos e alguns materiais podem ser esquecidos.

Durante a realização destes rituais os pacientes devem estar muito conectados com o que estão fazendo, parecendo que o ingrediente fundamental para o sucesso deste processo seja a força interior do próprio paciente, que consiste na fé e em levar a sério todos os rituais

prescritos, pois para além dos rituais que são realizados sob orientação na presença do próprio médicos e dos acompanhantes de ambos, existem aqueles rituais que são realizados pelo paciente em solo.

Quanto ao elemento confiança que se demanda ao paciente durante o processo de cura, um dos médicos tradicionais dizia que os rituais têm tido muito sucesso quando o paciente mostra fervorosamente a sua angústia durante a realização dos ritual, pois os espíritos buscarão resolver o problema com mais cautela. Esta angústia que o paciente deve revelar durante os rituais é diferente daquela que caracteriza o homem em Sartre, na medida em que, como na concepção ocidental dominante de sujeito não se convencionou a intervenção de nenhum ser sobrenatural na agência do indivíduo, supõe-se que o poder e a responsabilidade estão exclusivamente no próprio homem, ele é quem escolhe os caminhos a seguir.

Sou responsável por tudo, de fato, exceto por minha responsabilidade mesmo, pois não sou o fundamento do meu ser. Portanto, tudo se passa como se eu estivesse coagido a ser responsável. Sou abandonado no mundo, não no sentido de que permanecesse desamparado e passivo em um universo hostil, tal como a tábua que flutua sobre a água; mas, ao contrário, no sentido de que me deparo subitamente sozinho e sem ajuda, comprometido em um mundo pelo qual sou inteiramente responsável, sem poder, por mais que tente, livrar-me um instante sequer, desta responsabilidade, pois sou responsável até mesmo pelo meu próprio desejo de livrar-me das responsabilidades ... (SARTRE, 1997, p. 680).

Na cosmopolítica Tsonga o homem tem a liberdade de escolher em obedecer e andar nos caminhos determinados pelos seus antepassados de modo a renovar a honra e aliança com as forças do passado. Essas forças atuam nele por forma a ser protegido. Se optar em romper com todas estas forças estará agindo sem nenhuma proteção e a probabilidade de fracasso torna-se maior.

A realização dos rituais envolve um conjunto litúrgico, desde a obrigatoriedade de jejum, a nudez, etc. Após a realização dos rituais é necessário que se consulte a um outro médico com vista a apurar-se se o ritual foi conforme. Esta necessidade de constante revisitar dos médicos se consubstancia no devir que caracteriza a trama relacional da pessoa Tsonga. Quando se trata de expulsar um demónio e todas as suas forças diabólicas, os protagonistas destes males, resistem a esta ação, buscando outros mecanismos de fazer prevalecer o feitiço. A insegurança em relação à mutação destes eventos, eu percebi particularmente, na indagação duma jovem de 35 anos de idade que estava na casa das redes tradicionais de cura pela segunda vez. Desta vez ela ia realizar o processo de livramento, mas antes do início da

cerimónia perguntava ao médico se a situação profetizada continava a mesma ou algo tinha mudado, e imediatamente fez-se uma breve adivinhação e contactou-se que permanecia o que havia sido constado na primeira seção. Ela devia seguir as riscas os passos que haviam sido revelados.

5.3.3 Distinção entre Zionistas e Curandeiros

A igreja Zion de natureza pentecostal é oriunda da cidade norte americana Zion City, criada por J. Dowie. Em 1896, teve início com a Christian Apostolic Catholic Church. As primeiras igrejas Zionistas na África Austral surgiram na África do Sul sob influência norte-americana no início do século XX. E em Moçambique estas igrejas começaram com a era colonial trazidas pelos mineiros e outros trabalhadores na África (Agadjanian, 1999, 416).

A natureza primeira desta igreja é a orientação por meio do espírito santo, mas atuação dos *zionistas* em Moçambique, sobretudo dos *zionistas* em Gaza é também guiada pelos seus espíritos, que são chamados de *Vapfi* ou *Mupfi*, que quer dizer antepassados ou defuntos, que geralmente em vida tinham poder. Se pode ver na sequência que se aproxima deste modo mais da atuação dos curandeiros tradicionais animistas do que da matriz do cristianismo (Agadjanian, 1999, p. 419).

Os espíritos, *Vapfi*, são responsáveis por aquelas obras mais fortes, tipo a expulsão dos demónios. Responde-los a altura ou superando a maldade enviada pode culminar na morte do indivíduo que enviou o feitiço. E após a realização deste ritual, como disse um pastor *zionista* em entrevista para este estudo, é necessário que o *mupfundisse* e a pessoa ou as pessoas sobre as quais o ritual se realizou sejam purificadas por meio de um ritual de sacrifício de ovelha ou cordeiro. Por este ritual eles se redimem do mal cometido e pedindo perdão a Deus por intermédio do espírito santo podem ainda alcançar o reino dos céus.

O mesmo pastor estava convicto que não entraria nos reinos dos céus quando morresse por conta dos trabalhos que tem sido solicitado a fazer, embora tenha constatemente pedido a remissão dos seus pecados com sacrifícios de cordeiros e ovelhas.

Uma sessão de cura ou de adivinhação entre os *zionista* inicia com a entoação de canções comuns entre os envagélicos e no decorrer dela o *mufundissse* é possuído e a canção é interrompida deixando-se que o espírito causador da doença ou maldade se manifeste. Esse traço difere das sessões entre os curandeiros que consiste no lançamento e leitura dos búzios.

No geral, tanto na África do Sul como Moçambique várias semelhanças podem ser encontradas entre os dois sistemas:

Há semelhança em vários aspectos, mas, sobretudo nos actos de exorcismo e mesmo o uso de alguns objectos que acompanham tal acto, exacerba a animosidade mútua entre os ziones e os curandeiros resultante da concorrência entre os dois campos no mercado terapêutico. Assim, para as Igrejas ziones a diferença entre bons e maus espíritos (*swikwembu* e *swigono*, respectivamente), que é central nas práticas dos curandeiros, desaparece, e ambos são considerados como demónios causantes de doenças. Portanto a expulsão de ambos é o objectivo central da cura milagrosa (Agadjanian, 1999, p. 419).

O processo de ordenação para curandeiro ou zionista geralmente inicia com uma doença atípica, que se vem a reconhecer como de doença de chamamento. Não curável pela biomedicina, frequentemente se manifesta em fortes dores de cabeça, denominado pelos zionistas de *madimona*, manifestação do espírito ou do defunto, exigindo que o escolhido lhes deixe trabalhar como curandeiro ou *nyanga*.

No exercício dessa habilidade, cabe aos escolhidos seguir por via de *nyanga*, curandeiro ou de *zionistas*. Mas também indivíduos não escolhidos que queiram ser curandeiros ou *zionistas* podem procurar por treinamento. Durante o treinamento são atribuídos ou compram um certo poder, *kukendla*, processo pelo qual o indivíduo agrega dentro dele uma força que lhe auxiliará naquilo que pretende ser ou ter. Este procedimento pode ser feito também nos escolhidos. Estes *nyanga* e *maziones* que agregam o poder são menos preferidos pelos utentes ou pacientes, afirmando que sejam mafiosos e em algumas circunstâncias perdem este poder, uma vez que necessitam de renovação constante.

Apesar das igrejas zionistas serem pentecostais não existe nenhuma obrigatoriedade de conversão aos pacientes que procuram por tratamento.

É notável que hoje em dia, enquanto o tratamento dos curandeiros é rejeitado pelos ziones, a medicina ocidental moderna não o é, apesar das atitudes negativas em relação à essa que o movimento zionista tinha sustentado na sua fase inicial. De facto, os ziones de Maputo muitas vezes comparam as suas Igrejas a um hospital: o tratamento dos ziones é considerado compatível com o do hospital, e os dois podem ser feitos simultaneamente (Agadjanian, 1999, p. 419).

Estas igrejas zionistas cresceram bastante no período pós-colonial por representar a cultura e a política estrangeira (Agadjanian, 1999, p. 416). Há muitas igrejas zionistas distintas sob o ponto de vista litúrgico, nas doutrinas, nos ritos, mas que se identificam com as características de cura divina efetuada por sua acção milagrosa. Esta igreja é essencialmente comunitária e é situada dentro da comunidade e se integra na vida da comunidade.

As igrejas *mazionistas* em Moçambique após a abertura para a liberdade religiosa e com a economia do mercado cresceram significativamente. Estas igrejas podem ser encontradas no interior das famílias até em várias circunstâncias, os consultórios situados em casa dos profetas. O elemento principal que caracteriza ou deve se encontrar em qualquer congregação *mazione* é um profeta. Geralmente estes profetas são de fraca escolarização, o que facilita a interação com a maioria dos pacientes (Agadjanian, 1999).

A facilidade de comunicação tanto com os mais assim como com os menos escolarizados é visto pela Mesquita (2014, p. 11), como sendo um diferencial bastante significativo entre as duas redes do meu estudo. Na biomedicina o médico na maioria percebe com dificuldade a língua local e por conta disso pode fazer prescrições não adequadas a doença que o paciente tem. Diferente do que acontece nas redes tradicionais de cura que para além da partilha de língua, existe confiança mútua por sobreposição de princípios cósmicos, o que facilita a abertura do paciente.

De acordo com Ngubane (1992) citado por Mesquita (2014, p. 11), devido a distância, sob ponto de vista ideológico ou de orientação quanto aos significados da doença entre o médico e paciente, os pacientes sul-africanos pouco dialogam durante as consultas e dificilmente falam acerca de terem já se consultado ou a possibilidade de ainda procurar fazer consultas e medicações nas redes tradicionais, e estas omissões podem levar a super-dosagens.

As consequências das super-dosagens devido a falta de diálogo entre as duas redes são concebidas pelos profissionais das redes biomédicas no Xai-Xai como sendo o fator da ineficácia da conciliação entre o tratamento biomédico e as fitoterapias. Existe um sentimento generalizado de que o tratamento oferecido nas redes tradicionais de cura não tem uma dosagem certa. Uma leitura mais atenta permite ver que a primeira indicação de medicação carrega a precaução de ser reduzida por forma a se apurar se o medicamento é ou não adequado ao paciente. Uma adequação empírica a partir dos sintomas revelados pelo paciente se observa também na biomedicina, no grande número de casos de auto-medicações.

A inadequação do coquetel TARV, tem-se verificado em grande medida entre os pacientes HIV+ no distrito de Xai-Xai e muitas vezes tem levado muitos pacientes a desistirem do tratamento. Esta desistência acontece devido à persistência dos profissionais na prescrição da mesma medicação justificando que o paciente se adapte ao coquetel.

As igrejas zionistas conciliam o caráter pentecostal com a tradição que caracteriza essencialmente o curaderismo, esta igreja se transformou em indígena apesar da sua origem ocidental, sendo que a sua essência é a fé e a cura milagrosa.

5.4 Olhar do médico tradicional si mesmo na comunidade

Os médicos das redes tradicionais de cura situam-se numa zona privilegiada na relação com as comunidades, comparados com os médicos da biomedicina. Na medida em que eles para além de serem aqueles que têm poder de reestabelecer a ordem total do corpo, são muitas vezes acedidos pelas pessoas que buscam orientações em torno de questões de vária ordem, independentemente de estarem ou não relacionadas com saúde.

Entre os Tsonga existem sinais que não podem ser ignorados. O palpar das palpebras inferiores significa que algo desagradável está em vias de acontecer e se forem as superiores prenúnciam eventos agradáveis. A visualização animais em determinadas circunstâncias, por exemplo, ver-se gatos mantendo relações sexuais ou o aparecimento de mochos no quintal, são tidos como *massinguita*, prenúncios de maus acontecimentos dentro da família ou na vida de quem viu.

Também ainda entre os Tsonga pesadelos podem também tem significados específicos, alguns podem ser facilmente decifrados por qualquer um na comunidade e aqueles que podem ser prenúncio de situações graves só podem ser decifrados pelos médicos tradicionais de cura. E estes para além de decifrá-los têm poder de evitar que tais eventos maliciosos aconteçam. E antes que se consulte os médicos é comum observar-se um ritual de defumação, *basso*, um antídoto que serve para expulsar os espíritos maus dentro de casa. Na defumação usam-se medicamentos para queima que são sobras de anteriores tratamentos e que também funciona como *kit de primeiros socorros*.

Nestas redes os pacientes tem mais acolhimento e muitas vezes encontram com facilidade o que estão buscando, que muitas vezes tem sido um conforto espiritual. A casa do médico tradicional é o espaço de serem ouvidos sem serem julgados e muitas vezes a ida nessas consultas serve de precaução para situações em vias de eclodir e que devido à capacidade profética dos curandeiros podem ser neutralizadas.

Os médicos das redes tradicionais de cura, sobretudo aqueles filiados a AMETRAMO, detém a dupla função, de fazer com que as normas transmitidas pelo Ministério da Saúde e de fazer com que a cura se efetive por meio de seus tratamentos nisto, mantendo sempre o diálogo entre os vivos com os seus antepassados.

Para o reestabelecimento da ordem perdida os médicos das redes tradicionais administram tratamento de acordo com o que se infligiu. O ritual consiste em devolver a pureza ao indivíduo e quem pode fazer isso só é o médico tradicional. Um dos médicos muito

influyente na província de Gaza disse que eles tinham a missão de reestabelecer a ordem rompida pelo violador, referindo-se aos indivíduos que tenham transgredido as norma de convivência local, tanto aqueles que não honram aos seus antepassados, com cultos de recordação, quanto aqueles que tenham se envolvido sexualmente nos dias esbalecidos para *Kuzila*, esperar até que passe o período do luto.

O status do violador das normas sociais, muda significativamente, pois o violador sente se inferior e não se mistura mais na sociedade e por meio da nossa sensibilização ele volta a enquadrar-se normalmente na sociedade (Entrevistado X, Casa da Rede tradicional de cura, 59 anos, Sexo M, casado).

Muitas vezes os familiares dos pacientes solicitam a eles para intermediarem a adesão dos seus HIV+ aos serviços de saúde em casos destes não escutarem os conselhos familiares.

Nas redes tradicionais de cura os médicos no fim de tratamentos e em casos em que veem necessidade encaminham os seus pacientes para um acompanhamento também na biomedicina. Aqui há uma abertura para o diálogo entre as duas redes, o que não se observa da parte da biomedicina. Mas em algumas zonas um pouco distantes da cidade de Xai-Xai, há uma tendência de diálogo mútuo entre as duas redes. Durante entrevista com uma médica tradicional de cura da localidade de Matchelene ela disse que depois de administrar tratamentos tradicionais a um dos seus pacientes, ela própria acompanhou-o ao serviço de saúde e foi muito bem recebida. Findo o tratamento biomédico o paciente foi recomendado que voltasse à sua a fim de realizarem os tratamentos finais.

O doente chegou da África do sul direto para aqui para a minha casa, ele não sabia o próprio nome dele, e eu fiquei três dias trabalhando com ele e foi melhorando e no quarto dia ele já se reconhecia, e eu segui dando o meu tratamento a ele e quando terminei o tratamento eu lhe acompannei para o serviço de saúde e lá ele ficou internado uma semana e quando teve alta lhe disseram que devia voltar na pessoa que lhe tinha encaminhado para o hospital a fim de receber os últimos tratamentos (Entrevistado W, Casa da Rede tradicional de cura , 44anos, Sexo F, Casada).

A fraca tensão entre as duas redes nesta região, talvez se dê pelo fato da maioria dos pacientes aderirem em grande medida as casas da redes tradicionais de cura. Ainda na casa desta senhora encontrei uma menina dos seus 10 anos de idade que estava internada a fim de receber tratamento tradicionais e ela em simultâneo recebia o TARV, que era administrado por esta médica *mazione*. A presença desta menina constante naquela Casa mesmo apos a

realização dos tratamentos talvez fosse para controlar rapidamente as forças diabólicas que lhe afetavam e a sua permanência no domicílio dos pais anularia o tratamento.

5.4.1 Estar de boa Saúde na concepção dos Médicos tradicionais

A ausência de dor física no corpo do paciente entre os Tsonga do sul de Moçambique não é suficiente para que se afirme que se goza de boa saúde, uma vez que existem várias questões que são levadas em consideração para o alcance do bem-estar na sua plenitude, a destacar a relação com o meio, com os vizinhos, consigo próprio, com os objetos e inclusive com os antepassados (Meneses, 2000, 2004).

Se a princípio a biomedicina apenas lhe interessava os aspectos ligados a dor física as outras medicinas, tidas como medicinas paralelas desde cedo tiveram em consideração que o bem-estar só se alcançaria se o paciente estivesse em paz na sua plenitude. Estar de boa saúde é sinónimo de equilíbrio entre várias forças, o indivíduo com os antepassados, vizinhos, consigo próprio e com o seu próprio corpo (Menezes, 2000, 85).

Estar de boa saúde significa realizar em si mesmo equilíbrio necessário, estar em paz com os antepassados, com os vizinhos, com o próprio corpo (incluindo a higiene), estar convenientemente alimentado (o que na atualidade inclui ter emprego que garante o sustento) e protegido de males, sejam estes naturais ou “enviados”(MENESES, 2000, p. 16, 17).

Para o reestabelecimento do bem-estar é necessário que se faça um diagnóstico de modo que se apure a origem desse desequilíbrio e a partir daí buscar o reestabelecimento. O reestabelecimento do equilíbrio dependendo da origem pode ser por via de junção do casal em caso de infidelidade de um dos parceiros, ou mesmo a infidelidade dos dois perante as normas locais. Pode ser também por via de livramento, expulsão ou reconciliação em caso de feitiçaria ou mesmo violação ou desobediência aos antepassados. Meneses, (2004, 82), sustenta que os tratamentos visam manter a ordem.

As chamadas «medicinas tradicionais» estão imbricadas em muitos outros sectores da vida social — neste sentido, elas obrigam ao redimensionamento dos conceitos de «doença» e «mal», que ultrapassam a categoria de infelicidade, e que se traduzem em aspectos de ordem cognitiva, simbólica e institucional próprio à sociedade (Meneses, 2004, 81).

Devido a estas concepções de bem-estar, entre os Tsonga observa-se que o estabelecimento da harmonia em todos os setores da vida tem movido a adesão dos pacientes

aos tratamentos nas redes tradicionais de cura. Mesmo tendo iniciado o TARV, iam a busca das redes tradicionais de cura com vista a reestabelecerem uma determinada ordem perdida.

Geralmente este desequilíbrio acontece em momentos de luto, quando se transgride a regra da abstinência sexual. Aqui se pode estabelecer um paralelismo entre a principal forma pela qual segundo a biomedicina se contrai o HIV/SIDA com um dos vetores pelo qual se tem transgredido as normas locais. Os vizinhos são geralmente aqueles que são protagonista de más ações devido a inveja. E os antepassados se revoltam se não forem prestados cultos, designados de *timambas ou xidilo*, cerimónias que servem para lembrar os entes já falecidos, e que para a sua realização sacrificam-se cabeças de vacas.

5.4.2 Influência da Modernidade no ofício do médico das redes tradicionais de cura

As ações dos *nyanga* e dos *zionistas* são muito influenciadas pelo advento da modernidade agravados pela hegemonia biomédica nos encontros com os profissionais da saúde. Um médico *zionista* afirmou que devido às mudanças que ocorrem na sociedade nem todas as doenças são mais curáveis pela realização de rituais contrários como se verificava antigamente.

“Antigamente quando as pessoas chegavam aqui com qualquer tipo de doença nós fervíamos nossas ervas, juntando com sangue de um animal adequado a cura de cada doença e punhamos em um balde ou uma bacia e tampávamos com cobertor a pessoa doente e a doença passava, mas actualmente existem muitos tipos de doenças e nós já não conseguimos fazer isso com todas as doenças”(zionista e bispo herdeiro da igreja fundada pelo pai).

Nestas circunstâncias recomendam que os pacientes se derijam aos serviços de saúde. Meneses (2000, p. 1-2, 24) aponta que a abertura das redes tradicionais de cura para a inclusão e diálogo com biomedicina não se limita a recomendações dos pacientes para a procura de tratamento nos serviços de saúde existindo situações em que os médicos tradicionais prescrevem antibióticos e outros fármacos biomédicos tais como o paracetamol e a cloroquina.

Para GRANJO, (2009, p. 579) a inclusão das práticas biomédicas nos tratamentos efetuados pelos médicos das redes tradicionais de cura é derivado de vários elementos tais como o fato de alguns dos médicos destas redes usarem conhecimentos adquiridos antes do chamamento, nos casos em que foram chamados ou aceitaram tardiamente os chamamentos para se tornarem médicos destas redes quando já tinham concluído licenciatura ou mestrado

noutras áreas de saber e também vêem como um mecanismo de publicitação do médico para os outros pacientes.

Os médicos das redes tradicionais de cura são em grande maioria vetores de vinculação das mensagens oficial para comunidades. Verifiquei que durante as consultas, os médicos das redes tradicionais que são membros da AMETRAMO tem aconselhando os seus pacientes a aderirem as redes biomédicas para posteriores tratamentos. Na conversa com um dos médicos perguntado acerca de como tem sido tratadas as infeções oportunistas, respondeu que sempre que lhes aparecem indivíduos com esses sinais, usam do momento da consulta também falando dessas doenças de transmissão sexual relacionadas com HIV de modo que os pacientes após os rituais de cura procurem cumprir com o TARV.

Uma outra médica das redes tradicionais de cura respondia que por conta das sensibilizações que dão aos pacientes tem levado pouco a séria estas relações entre as doenças tidas tradicionais com os sintomas do HIV/SIDA que antigamente os inibiam de procurar o TARV pensando que estas doenças fossem provocada pelas questões tradicionais.

Pesquisadora: Existem outras doenças associadas ao HIV a tuberculose, a paralisias, o que chamamos localmente de Kookhlola e Xifula.

Entrevistado Z: Sim existem, mas atualmente as pessoas já não procuram muito pela tradição, pois antes eles queriam tratar tudo com base na tradição, ou mesmo ficavam a espera que a doença acabasse com elas, que o CD4 baixas, aí procuravam o tratamento, quando já estavam com sida. Pode ser que eu tinha HIV, mas não tenho nenhuma ferida, porque HIV, não é Sida, e as pessoas a muito tempo queriam, que primeiro caíssem doente, ficarem podre, não mais se locomoverem para acreditarem que estão doentes, mas agora já mudaram por conta do trabalho que ADCR, tem vindo a fazer, sobretudo aqui nesta região de Siaia (Entrevistado Z, Casa da rede tradicional de cura, 56 anos, Sexo F, casada).

Na maioria os médicos das redes tradicionais de cura fazem trabalho de sensibilização de modo que os paciente a aderirem as redes biomédicas.

Pesquisadora: Quando os pacientes chegam aqui, vem a procura de que tipo de tratamento?

Entrevistada Z: Quando chegam aqui, não dizem que querem tratamento, dizem que vem a procura de ajuda e caminhos a seguir, porque a pessoa não se sente bem, e eu pergunto desde quando não sentem bem? E eles podem dizer, a duas semanas, ou três semanas, e já tentaram de outras formas, como beberem as folhas de goiabeiras fervidas e não conseguiram cura-los e daí nos damos referência no hospital para serem atendidos e daí eles vão para serem atendidas e daí sentem felicidade por termos sido bem atendidas e recomendam aos outros pacientes. Mas há vezes em que as pessoas não estão graves aí não precisam ir ao hospital e nós podemos resolver isso sem que

precisem ir ao hospital (Entrevistado Z, Casa da rede tradicional de cura, 56 anos, Sexo F, casada).

Nos dias de hoje o trabalho da maioria dos *nyanga* não só se baseia no diagnóstico da doença no âmbito das suas atribuições, transcendendo para a área da biomedicina, que algumas vezes esses conselhos não soam muito bem por parte dos pacientes.

As vezes os familiares vem e pedem ajuda porque sabem que nós ajudamos, a partir das palestras que damos, as vezes, as pessoas não aceitam os conselhos dos seus familiares e daí os familiares aparecem nos pedindo para lhes ajudar e nós tentamos entrar nas pessoas por formas a lhes convencer a procurar o hospital. Até que a pessoa se convença que a gente só quer ajudar e aceita os nossos conselhos. As vezes ajudamos sem pedido de alguém, podemos começar no primeiro dia até conseguirmos convencer a partir das conversas mesmo, e alguns acabam acatando e por fim vem já bem para agradecer. E outros já não precisam de sensibilização, vem por elas próprias por saberem que nós fazemos esse trabalho (Entrevistado Z, Casa da rede tradicional de cura, 56 anos, Sexo F, casada).

5.5 Controversias entre as duas redes

Entre a biomedicina e as redes tradicionais de cura estabelece-se uma relação tensa apesar da abertura dos médicos tradicionais para a inclusão da biomedicina nas suas práticas quotidianas. Durante a entrevista com o representante da AMETRAMO na cidade de Xai-Xai, médico tradicional Tamele, afirmou que o saber que emana das redes tradicionais é muitas vezes negligenciado pelos representantes da biomedicina, onde mesmo aquelas doenças de origem tradicional que a biomedicina não consegue cura-las a sua origem é explicada com base científica.

Muitas vezes a biomedicina interpreta as razões dessas doenças, por exemplo em relação aos vômitos de sangue que ocorre aos pacientes que fizeram o sexo antes da purificação da casa depois de um falecimento, a biomedicina tem dito que houve a obstrução de veia respiratória, mas não é na verdade o que aconteceu, é uma doença tradicional e nós curamos isto (Entrevistado X, Casa da Rede tradicional de cura, 59anos, sexo M, Casado).

A explicação da doença e questionamento da tradição, por parte dos profissionais da saúde, sustentada a partir da ciência é muito evidente durante uma entrevista com um técnico acerca da atuação dos médicos das redes tradicionais de cura, ele dizia que:

A estes médicos tradicionais falta-lhe o entedimento científico ou a parte científica e uma das coisas que ouvi lá é que os ARVs aumentam gorduras no

organismo e servem para alimentar o vírus (Entrevistado Psb, Serviço de saúde, Cidade Baixa, 33 anos, Sexo M, Casado).

Para Silva, (2013) os médicos tradicionais têm conhecimentos científicos na medida em que há propriedades curativas nas plantas e ervas. E por sua vez os próprios médicos das redes tradicionais de cura salientam que ser médico nas redes tradicionais de cura exige muito aprendizado, que só é adquirido a partir do treinamento com os curandeiros e este conhecimento não é ministrado na faculdade de medicina. Daí os estudantes de medicina podiam também aperfeiçoar de forma paralela este conhecimento por formas a conseguirem responder satisfatoriamente questões da doença onde a biomedicina não pode alcançar (Meneses, 2004, p. 79).

Numa outra entrevista, uma técnica que também atende aos pacientes em TARV, mostrava a supremacia da ciência biomedicina, falando acerca de algumas experiência com pacientes que lhe apresentavam situações relacionadas à tuberculose e a sua relação com as doenças concebidas localmente como sendo tradicionais. Colocava as realidades apresentadas pelos pacientes como mitos ou tabu.

Entrevistada Psa: Ontem atendi uma senhora que perguntou o seguinte: porque alguém com tuberculose não pode ir a um falecimento? Eu lhe disse que isso não pode ser verdade, isso é tabu. Talvez porque a tuberculose pode contaminar as pessoas, uma vez que ela transmite se por vias aéreas e no falecimento tem aglomerado de gente, e a pessoa que já está em tratamento a dois meses a contaminação é difícil e é lenta, enquanto na fase intensiva é rápida, talvez seja por contaminação, mas dizer que alguém com tuberculose não pode ir ao funeral, isso não existe. Não piora nada, isso é tabu, a ciência não diz isso. Por isso o paciente com tuberculose deve ficar nos sítios arejados (Entrevistado Psa, Serviço de saúde, Cidade Baixa, 39 anos, Sexo F, Casada).

Pesquisadora: Qual tem sido o vosso posicionamento face a estas realidades?
Entrevistada Psa: E quanto a isso nós temos dito a eles que isso apenas trata se de mito. E tem aquelas coisas que as pessoas foram dadas de comer e isso circula no peito da pessoa. E nós temos dito a eles que isso é mito. Nas reuniões com médicos tradicionais nós explicamos a eles como se contrai a tuberculose (Entrevistado Psb, Serviço de saúde, Cidade Baixa, 33 anos, Sexo M, Casado).

Durante a assistência as consultas no serviço de saúde da cidade de Xai-Xai, observei uma consulta em que a paciente HIV+ com tuberculose, apresentava questões relacionadas a que se apresenta acima em que perguntava a médica se podia participar nas cerimónias fúnebres, pois lhe haviam dito na sua comunidade que não devia. E a médica respondeu que a não participação deve-se ao facto da tuberculose se transmitir por vias aéreas e por isso o

paciente com tuberculose que não esteja ainda em tratamento pode através da respiração transmitir a tuberculose aos outros devido a respiração no aglomerado de gente.

A colocação da paciente estava relacionada a aspetos da tradição, em que se acredita que o paciente com tuberculose ao ver um corpo sem vida as suas dores reaparecem, isto é, mesmo que curado se entrar em contato com um corpo sem vida a doença reaparece.

As crenças e os significados da doença apresentados pelos pacientes são concebidos pelos profissionais da biomedicina como questões sem nenhuma validade e não são levadas a sério. O conhecimento local em Moçambique é sempre visto a luz dos paradigmas da modernidade e das ciências herdadas com a colonização e globalização. Nisto aos pacientes que apresentam estas questões são encaminhadas para o atendimento psicológico.

Entrevistado Psa: Quando os pacientes vêm com essas narrativas a gente leva para psicólogo ou para o aconselhamento e há outros que acabam aderindo o tratamento e os outros mesmo assim não aceitam. Porque acreditam naquilo que a tradição diz, que se em casa morre alguém e vai fazer sexo fora, vais ter tuberculose (Entrevistado Psa, Serviço de saúde, Cidade Baixa, 39 anos, Sexo F, Casada)

Pesquisadora: Como lidam com pacientes que precisam de seguir tratamentos tradicionais?

Entrevistado Psa: Já tivemos casos dessa natureza, mas é relacionado a tuberculose, em que os pacientes vem e dizem que faleceu alguém, daí contraíram a tuberculose, porque teve falecimento em casa ou porque se envolveram com alguém que perdeu marido ou esposa, e a gente tem dito que isso não existe é tabu. Mas a pessoa que conhecem a tradição não aceitam fazer o tratamento da tuberculose. Pois dizem que que não é tuberculose (Entrevistado Psa, Serviço de saúde, Cidade Baixa, 39 anos, Sexo F, Casada).

Quando nas redes tradicionais de cura faz-se o encaminhamento para a biomedicina ou mesmo administram-se medicamentos normalmente prescritos pelos profissionais da biomedicina supõe-se que a doença manifestada pelo corpo do paciente tenha também causas espirituais. Já os profissionais da biomedicina proibem e ignoram completamente a dimensão espiritual da doença apresentada pelos pacientes.

Desde sempre a biomedina travou embate contra as medicinas populares e, sobretudo com os curandeiros na sua tentativa de impor-se, e este embate não aconteceu necessariamente no campo da doença, mas sim nos tribunais, quando a lei 1892 organizou a profissão dando o monopólio do direito de tratar (Breton, 2016 p. 216).

O tratamento das redes tradicionais de cura choca à biomedicina pelo fato de relacionar-se a doença com casos de feitiçaria e o tratamento ser em muitos casos feito evocando a espiritualidade (Granjo, 2009, p. 568). Quando os profissionais se referem as

crenças apresentadas pelos pacientes como tabu, mito e fazem encaminhamento para o psicólogo não vêm importância no conhecimento local assim como nas questões que são apresentadas pelos pacientes. Mas nalgumas situações eles próprios aderem as redes tradicionais de cura quando se trata de suas próprias situações de aflição.

É preciso lembrar que a medicina não se impôs sem embate, sobretudo com as camadas populares, cujas tradições medicinais e curandeiras ela combateu; para estes últimos, menos no terreno da doença do que frequentemente nos tribunais, quando a lei 1892 organizou a profissão e assegurou-lhe o monopólio do direito de tratar (Breton, 2016 p. 216)

Uma das profissionais da saúde no CCR, durante a entrevista dizia que os tipos de medicamentos oferecidos às crianças suprem todas necessidades e curam todas as patologias, daí não mais necessitarem de medicações oferecidas pelas redes tradicionais de cura.

A criança recém-nascida não deve ter outra alimentação para além do leite materno até aos seis meses, mesmo aquelas crianças que não estão expostas. E as mães não cumprem. E quando as crianças ficam pequeninas por causa dessa má alimentação começam a dizer que é aquela doença de lua que a criança tem. Mas se a gente submete as crianças ao teste dá positivo ou a criança é mal nutrida. E as outras mães que amamentam as suas crianças, mesmo que as sogras insistam de forma elas acatam os nossos conselhos de esperar pelo menos as crianças completarem seis meses. E agora com estas vacinas que existem nem é necessário esse medicamento de lua (Entrevistado Psc, Serviço de saúde, Cidade Baixa, 32 anos, Sexo F, Casada).

A biomedicina não pode lidar com as doenças isoladamente, necessita grandemente se acoplar às medicinas paralelas, mas não se admite a hibridização do tratamento (Mello e Oliveira, p. 1). Meneses afirma que apesar dessa hegemonia:

A medicina moderna aparece apenas como mais uma prática terapêutica nesta região, sem constituir, ainda hoje, um concorrente verdadeiro às restantes medicinas, que mantêm a sua vitalidade. O denominador comum reside na vantagem que estas medicinas «tradicionais» paradoxalmente possuem, por não constituírem um domínio autónomo, fechado num corpo de regras, saberes, práticas e especialistas (Meneses, 2004, 81).

A vitalidade das redes tradicionais de cura realça as dificuldades da biomedicina que não consegue fazer face aos seus objetivos (de tratar, curar do corpo) (Meneses, 2004, 80).

6 TRAJETÓRIA TERAPEÚTICA DOS PACIENTES HIV+ NO DISTRITO DE XAI-XAI

"O sucesso é ir de fracasso em fracasso sem perder entusiasmo".

Winston Churchill

A busca pelo cuidado médico entre os pacientes HIV+ residentes no distrito de Xai-Xai não obedece a uma trajetória linear tanto no seguimento do tratamento nas redes biomédicas assim como pelo tratamento nas redes tradicionais de cura. A trajetória de cada paciente depende de várias questões tais como a manifestação e a eclosão do vírus, a sensibilização por parte dos familiares para adesão ao TARV assim como para o seguimento do tratamento nas redes tradicionais de cura.

Geralmente a chamada de atenção ao paciente pelos familiares ocorre grandemente para a busca de tratamento nas redes tradicionais de cura e enquanto a busca pelo tratamento biomédico ocorre por recomendação dos médicos das redes tradicionais. A busca pelas redes tradicionais de cura tanto para os tratamentos fitoterapêuticos como para os espirituais pode ocorrer pré ou pós-diagnóstico do vírus.

A eclosão da doença e as formas da sua manifestação percebida pelo paciente e seus familiares entre os residentes de Xai-Xai determina os caminhos a serem percorridos na busca do diagnóstico e da cura. Se os sintomas estiverem relacionados aos símbolos e significados atribuídos à tradição, o paciente segue as suas redes tradicionais, onde o médico das redes tradicionais de cura no uso das suas competências e com ajuda dos *tinholos*, faz o diagnóstico da doença e as prescrições para os processos de cura.

6.1 A similaridade entre as doenças oportunistas com os sintomas de doenças atribuídos a agência espiritual

O diagnóstico e a procura pelo tratamento, entre os doentes HIV+ no distrito de Xai-Xai, não ocorre de modo diferente das outras doenças. Sob a perspectiva tradicional, tais sintomas são concebidos como sendo provocados pelos antepassados em familiares que não cumprem as normas de convivência local (Honwane, 2002; Passador, 2011).

A tuberculose tem sido a principal infecção por meio da qual os pacientes descobrem que são HIV+ e na maioria das vezes quando ela eclode no organismo a tendência de muitos

pacientes tem sido o seguimento das redes tradicionais de cura, derivado da compreensão local de que sintomas similares ocorrem aquando da desobediência às normas sociais vigentes. Tais normas são referentes à prática normal da atividade sexual durante o período de luto, período anterior à realização da purificação após o falecimento de um dos membros da família ou depois da ocorrência de aborto entre os membros integrantes da família. Os membros da família devem esperar a realização duma cerimónia tradicional chamada *kutchinga* e no período anterior a este ritual não podem praticar relações sexuais. Caso aconteçam relacionamentos sexuais antes da realização da purificação, uma das pessoas dentre o casal irá contrair uma doença que a biomedicina reconhece como tuberculose. E a doença torna-se mais grave ainda para o homem que se relacionar com a mulher que tenha sofrido o aborto. Às vezes a morte pode ocorrer lhe durante o ato sexual ou imediatamente ao primeiro raiar do sol, em que o indivíduo vomita coágulos de sangue.

Para que se consiga salvar a pessoa é necessário que quando isto ocorre se recolham esses coágulos de sangue expelidos pelo paciente e que sejam encaminhados imediatamente a uma rede tradicional de cura para o processo de cura. Nestas circunstâncias o médico tradicional prepara o sangue expelido pelo paciente com medicamentos tradicionais e dá-se ao paciente. Esta ocorrência em que um homem se relaciona com uma mulher que tenha tido aborto, se associa ao enunciado de que a mulher está muito quente, pois ainda existe no seu útero muito sangue. Esta mulher só deve voltar a relacionar-se sexualmente depois de lhe aparecerem pelo menos três ciclos menstruais.

Uma paciente contou-me que o seu marido contraiu a tuberculose por ter-se envolvido de forma secreta com uma ex-parceira, que já havia feito purificação com um outro homem depois do falecimento do filho que havia tido com ela.

Mas no fim descobriram que tinha sido *hambanisseka*¹¹ com uma amante dele que tinha fora, com quem havia feito um filho que morreu e depois, aquela mulher se meteu com outro homem e por fim voltou para o nosso marido, daí contraiu a doença, mas que não conseguiram tratar. E se calhar ele sentia essas doença e escondeu (Entrevistado H, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 45 anos, Sexo F, união de fato).

¹¹ *Hambanisseka* é o termo que se atribuem aos efeitos tradicionais decorrentes de não observância minuciosa dos preceitos locais em relação a realização de cerimónias de purificação pós luto. Pode ocorrer o *hambanisseka*, *hambanisso* se um membro da família em luto não receber alimentos ou matérias usados para a purificação. Pode também ocorrer quando um indivíduo que é o legítimo purificador não participa do primeiro envolvimento sexual depois da ocorrência do luto quando envolver-se com a parceira/parceiro não realizar nenhum ritual preventivo.

No caso deste paciente o relacionamento sexual com a sua ex-parceira, lhe trouxe consequências nefastas uma vez que ela havia feito a purificação com um outro parceiro, ritual que por normas devia ter sido realizada pelo marido da minha interlocutora. Não tendo ocorrido conforme o prescrito, o cruzamento posterior com a mesma mulher com quem tivera um filho, já falecido, provocou-lhe os sintomas da tuberculose. O *ku Hambanisiwa* refere-se a não inclusão no ritual de purificação e a consequência é que recaia o *kuhambanisseka* sobre o violador. O trecho refere-se ao caso em que ritual deve ser realizado por aquele indivíduo que ficou doente, mas também abrange situações em que indivíduos da família não tenham recebido a água da purificação.

Sintomas traduzidos como sendo de tuberculose também podem ocorrer sem que o doente ou o afetado tenha necessariamente praticado o ato sexual no período de luto, mas devido a troca ou a circulação de objetos tais como vestuários, utensílios, sobretudo metálicos no período de luto. Os objetos da família em luto não podem transitar para outros domicílios, se isto acontecer este luto pode afetar os membros que não pertencem à família em luto ou até podem provocar doenças aos membros da família se eles retornarem no período posterior à realização da purificação.

Um paciente, trabalhador na África do sul, narrou-me que durante a sua ausência em cumprimento ao contrato laboral na África do Sul, a sua esposa sofreu aborto e quando ele regressou a Moçambique sentiu-se mal. Este mal-estar no seio familiar foi interpretado como decorrência de uma doença tradicional, levantando-se a possibilidade de ter havido prática sexual na casa do seu irmão e que a mistura dos utensílios entre as duas casas, fez com que contraisse a tuberculose. Provavelmente nesta situação os objetos da casa deste paciente estivessem em casa do seu irmão quando se realizou o ritual e tenham retornado depois.

Entrevistado C: Houve, uma falha, algo nos atrapalhou, a minha mulher quando eu estava na África do sul em 2010, estava grávida e perdeu essa gravidez, e eu quando voltei, fizemos a purificação, assim que voltei, mas acho que o meu irmão que vive próximo da minha casa, já havia-se metido com sua esposa, e nós misturamos loiças e nem nos deram água nem nada, para purificação, por isso mesmo com a purificação que fizemos em casa, eu e minha mulher, não deu efeito, por que já tinham feito na casa deles e com a mistura de utensílios entre as nossas casas piorou por isso é que queimei (Entrevistado C, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 39 anos, Sexo M, união de fato).

Pesquisadora: Queimou, como foi?

Entrevistado C: Sim, quando há falecimento, na nossa tradição, qualquer que seja a perda na família, diz-se que as pessoas devem ficar em luto, não se relacionarem sexualmente até que, se escolha um casal, dentro da família

para fazerem a purificação e daí as pessoas já ficam livre de cruzarem (Entrevistado C, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 39 anos, Sexo M, união de fato).

Assim que a esposa sofrera aborto o luto não só invadiu a sua casa, mas também a todos os membros pertencentes a sua família e nesta situação, ele e sua esposa deveriam realizar o *Kutchinga* e posteriormente prepararem um chá para os membros da família. A ingestão do chá liberta os membros da família para a prática sexual. Este chá é preparado pela mulher depois da consumação do ato da purificação. Para o preparo do chá o homem e a mulher selecionados para a realização do ritual, no fim da relação sexual lavam as suas mãos e a essa mesma água é acrescentada água corrente e açúcar; deve ser bebida quando estiver arrefecida.

Quando um membro da família está longe de casa é necessário preparar-se um alimento com farinha de milho e com o mesmo chá oferecido aos membros presentes e este alimento pode ser consumido mesmo seco e depois de muito tempo. A necessidade de preparo do alimento tem em conta a melhor forma de conservação da água para o membro da família que se encontra distante.

No evento relatado acima, o legítimo purificador foi considerado traído, ou deixado para traz, pela circulação dos utensílios entre as casas, antes que ele tivesse se relacionado sexualmente com a esposa, o que se chama *kuwambanissiwa* ou *Kusiyiwadzaku*. Por conta disso quando começou a sentir se mal, ele e todas as suas redes de relações apontaram a possibilidade de estarem diante de *kookhlola* e o paciente seguiu às redes tradicionais de cura.

Sinti meus pés a aquecerem muito, estavam muito inchados, suova muito durante as noites, minha bariga encheu muito, emagreci bastante, daí desconfiei que não tinha resultado aquele tratamento. Quando suspeitamos disso, os meus familiares me levaram para um curandeiro, que me deu banho e me fez tratamento e me deu medicamentos para tomar. Houve melhoria por um tempo, mas depois fui ao hospital, porque pensei que não tivesse ocorrido bem, e não estava a ver bem meu corpo (Entrevistado C, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 39 anos, Sexo M, união de fato).

Apos o seguimento do tratamento tradicional o bem-estar se restabeleceu por apenas um mês e por conta disso sentiu a necessidade de procurar por um serviço de saúde. Quando chegou ao serviço de saúde da cidade baixa, o paciente foi imediatamente enviado para o Hospital Provincial de Xai-Xai- HPXX, onde foi diagnosticada a tuberculose e o HIV, passando a fazer o tratamento da tuberculose seguindo a rede biomédica e posteriormente a inserção no TARV.

Existem situações em que os pacientes seguem as redes biomédicas e a doença oportunista dificilmente se detecta, sobretudo em casos de tuberculose. Conscientes de terem infringido regras de convivência e, sobretudo a partir da chamada de atenção por parte dos familiares, acabam seguindo as redes tradicionais de cura, onde efetuam o tratamento tradicional tanto fitoterapéutico como espiritual.

Uma paciente que se tornara viúva e imediatamente após o falecimento do marido, padecia de tosse, interpretou o mal a partir do prisma da doença tradicional. Narrou-me que seguiu durante um longo período a biomedicina e não foi detectada a tuberculose e por conta da manifestação da doença aliada a um momento de luto, decidiu procurar o tratamento nas redes tradicionais de cura. Tendo se reesbelecido o bem-estar, só depois de três anos voltou a procurar pela rede biomédica, tendo sido então diagnosticada como HIV+.

Eeee, comecei vindo para hospital, e fizeram todos os tipos de análises, tinha tosse, faziam sempre teste de tuberculose por muitas vezes, mas não acusava, mas sentia muita fraqueza e daí, vi sozinha e fui procurar fora, porque no hospital não acusava nada, até os médicos viam que não conseguiam diagnosticar o que eu tinha, (Entrevistado G, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 42 anos, Sexo F, viúva).

Nesse tipo de trajetória é o seguimento pelas redes tradicionais de cura o que possibilita uma atenção e encaminhamento para o diagnóstico da doença por parte da biomedicina. O diagnóstico não ocorre e o paciente segue o tratamento nas redes tradicionais por incentivo dos familiares. O diagnóstico biomédico da tuberculose só vem a acontecer após relativa melhora através do tratamento tradicional. É comum que os médicos tradicionais recomendem aos pacientes o tratamento biomédico após o tratamento tradicional relativamente bem sucedido.

Um paciente narrou que seguiu durante um período de quatro meses o tratamento biomédico, mas não sentiu melhora e por conta disso os seus familiares incentivaram a busca pelo tratamento nas redes tradicionais de cura. Esta chamada de atenção estava aliada ao luto que assolou a sua família, o falecimento do sobrinho do paciente no período de seis meses anterior a eclosão da doença. Isso fez com que suspeitassem que durante esse período os utensílios da casa em luto tivessem transitado para o seu domicílio. Ele e a esposa durante este período, talvez tenham mantido relações sexuais enquanto os objetos estivessem na sua casa e antes que os legítimos donos do luto realizassem a purificação.

Yaaa, aqui no hospital não conseguiram descobrir, mas quando fui para casa, sofri muito e não passava, mas já havia trocado de comprimidos e de todos os tipos, mas os pés não melhoravam, mas estes pés ao serem pressionados com dedos, ficavam marcados, e daí comecei a tentar recordar, o que devia ter acontecido, sabes nós pessoas (negras, mocambicanas), temos leis, regras... e tentamos pesquisar o que tinha nos escapado, dentro da família, e haviam coisas que não havíamos nos dado conta, por que houvera um falecimento recente na família e as crianças saíram com objetos de metal de casa para lá e de lá para casa e isso fez com que houvesse problema. Então tentamos saber, como poderia ter acontecido e descobrimos que haviam saído coisas de lá para aqui, porque, onde há falecimento crianças são muitas e levam coisas de lá, mas como não eram nossas dzaka, mas acabamos por kulelar coisas que não eram nossas. E daí fez com que houvesse problemas (Entrevistado A, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 33 anos, Sexo M, união de fato).

O ritual em que ele foi submetido visava a purificação do casal da transgressão cometida, ora por não ter esperado tempo necessário para voltar a cruzar normalmente com a sua esposa ou ter purificado o luto que não lhe pertencia devido transferência de utensílios do domicílio em luto para o deles.

O paciente afirmou que com o tratamento tradicional observou melhora no seu estado de saúde física. E após o tratamento tradicional a médica tradicional lhe aconselhou a procurar pelo serviço de saúde para poder iniciar o tratamento biomédico da tuberculose. Na rede biomédica o paciente pediu que lhe fossem feitos outros exames laboratoriais de tuberculose, mas o resultado do exame foi negativo. O paciente continuou insistindo que lhe prescrevessem o tratamento da tuberculose, uma vez que já havia passado quatro meses fazendo o TARV e não observava melhora substancial. O início do tratamento biomédico da tuberculose após a terapia tradicional fez com que se reestabelesse efetivamente o bem-estar.

Vim a cumprir, foi necessário, são aqueles comprimidos que referi que são os comprimidos de seis meses, até agora tomo. Devia cumprir e completar a medicação do hospital, estes de seis meses. Inclusive quem me tratou me disse que devia cumprir com estes medicamentos de seis meses (Entrevistado A, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 33 anos, Sexo M, união de fato).

A tuberculose pode eclodir devido à inúmeros eventos que se interligam com a decorrência do luto e que em algumas situações não são levadas a sério ou porque são desconhecidas pelos próprios atores e passam a ser conhecidas e levadas a sério através da chamada de atenção pelos mais velhos ou quando a enfermidade já se está manifestando.

Durante as constantes conversas cotidianas havidas com uma vizinha idosa de 65 anos que faz o TARV desde 2005, me falava continuamente de situações em que a negligência a

assuntos de natureza espiritual fez com que pacientes perdessem a vida mesmo em situações em que o paciente tenha apresentado melhoras depois de muito tempo de seguimento do TARV.

Ela narrou-me o caso de uma jovem de 40 anos que contraiu a tuberculose com o falecimento de um sobrinho do seu marido em 2009 em Maputo, momento em que ela vivia no mesmo terreno com a mãe do menino falecido. Nessa altura não realizou-se nenhuma cerimónia de purificação que incluísse o casal, uma vez que para além de serem parentes do falecido faziam parte do mesmo domicílio que o falecido. Nisto segundo os preceitos culturais deveria ter sido feito um ritual de purificação com vista a se purificar o terreno compartilhado.

Em consequência da não realização deste ritual, a partir daquele ano a moça começou a ficar muito doente e durante muito tempo frequentando a biomedicina, que não diagnosticava as origens da doença. Só depois de quase sete meses veio a ser diagnosticada a tuberculose ossea associada ao HIV, tendo iniciado o tratamento da tuberculose em 2009 e posteriormente o TARV em 2010, teve várias recaídas e acabou falecendo a 6 de Abril de 2016.

Para esta senhora idosa, a falta de tratamento nas redes tradicionais de cura para lavagem da moça foi a causa do não restabelecimento efetivo do seu bem-estar. Esta paciente durante os seis anos e meio de tratamento Arv teve inúmeras recaídas e sempre que as crises chegavam seguia as redes tradicionais de cura, mas a fonte do problema não era levada a sério, sempre se apontando ou procurando culpabilizar ou atribuir a fonte de doença aos familiares ora maternos ora paternos.

Houve muitos eventos que fizeram com que essas interpretações fossem feitas. Primeiro pelo fato da moça não ter sido criada pelo pai e na hora do pagamento do dote mais da metade ficou com a família materna. Esse foi tido como o fato influenciador da infertilidade do casal. O segundo fator foi o fato da moça não ter gerado filhos no lar e isso incomodava à família do seu esposo. Mas a raiz do problema era necessariamente a falta da realização da purificação, que é apontada na maioria das vezes como solução para os sintomas da tuberculose, pois se o paciente cumprir apenas a biomedicina a cura não se efetiva.

Entrevistado B: A tuberculose deve ser tratada tanto pela biomedicina e também pelo tratamento tradicional, não tomas comprimidos apenas, tomas também aquele medicamento que te tratam com ele na tradição. Te tratam lá na tradição e depois vais ao hospital (Entrevistado B, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 44 anos, Sexo F, união de fato).

Pesquisadora: As pessoas que a sua tuberculose não cura, é por não terem sido tratados pela tradição?

Entrevistado B: Sim pode ser que não tenha sido cozinhado, ritual de inalação de água quente, contendo ervas, barros e sangue de animais, porque se tiver vomitado aquele, é com ele que lhe cozinham, e se não tiver vomitado sangue, lhe dão medicamentos tradicionais, e aquele sangue que não saiu e está a fechar lhe o peito, vai tirando através das necessidades e esse sangue só sai por via desses medicamentos tradicionais, os comprimidos não resolvem, muito pelo contrário só piora, então se tomar aquele medicamento e depois tomar os comprimidos, eles estão a sarar as feridas que dizem que a pessoa tem nos pulmões. Ser lavado com aquele medicamentos tradicionais, faz com que a pessoa por mais que veja cadáveres aquele sangue não se torne a ele, porque já foi curado (Entrevistado B, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 44 anos, Sexo F, união de fato).

Outro evento com dimensão tradicional que permite entender a perda da eficácia simbólica da medicina convencional diante do HIV em Moçambique se relaciona ao caso de um paciente que contraiu a tuberculose após ser chamado a levar de volta para casa uma irmã após o parto. Mas quando chegou aos serviços de saúde se deu conta de que a irmã havia tido um nado morto. E quando ocorrem estas situações de perda de recém-nascidos, entre os Tsonga, o contato e o enterro devem ser feito pelas *massungucates*, designação dada às anciãs em língua changana.

Nisto o jovem transportou no seu veículo um nado morto sem a realização anterior e posterior de qualquer ritual devido ao desconhecimento e à negligência da própria mãe. A mãe do jovem sabia da necessidade de um ritual de lavagem do veículo posteriormente ao transporte do nado morto. Aqui o contágio do carro com situação de luto que não teve um encaminhamento adequado, fez com que o jovem contraísse a tuberculose. Ao envolver-se com a própria esposa sem ter em conta os preceitos tradicionais contraiu a tuberculose que foi tratada pela biomedicina, tendo observado alguma melhora, mas sempre com recaídas e veio a falecer a 14 de Dezembro de 2015.

Em relação a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, a maioria dos homens deste distrito se mostram mais preocupados em prevenirem-se de *hapala*, de vômitos de coágulos de sangue que acontecem em caso de relacionamento sexual com mulheres que tenham tido aborto do que com o HIV propriamente. Nisto o que move os homens a usarem o preservativo é o medo de relacionar-se com mulheres que tenham tido aborto, fato que parece explicar porque que é mais predominante o uso do preservativo nos primeiros meses de namoro quando a namorada é ainda relativamente desconhecida.

E quando ganham confiança “nas parceiras”, tendem a impor o relacionamento sem preservativo, pois o tempo de convivência lhes garante conhecer o caráter das mulheres. Enquanto a saúde parece boa, raras vezes os casais procuram por um serviço de testagem para

se informarem acerca do seu estado em relação ao HIV e outras infecções de transmissão sexual.

Uma paciente narrou que o seu parceiro que foi diagnosticado HIV+, quando estava padecendo de tuberculose, contraiu a doença em um envolvimento fora do casamento com alguém que recentemente tinha tido aborto, pois na família não havia tido nenhuma situação de luto.

Entrevistado B: Nunca houve falecimento, só pode ter cruzado com alguém que tenha abortado, alguém que tenha raspado, antes de menstruar de novo, porque aquele sangue pode... vai bater ao homem. E outras mulheres não chegam a informar aos homens que estão nessa situação e isso provoca doença ao homem. As vezes essa doença pode voltar-se contra a mulher (Entrevistado B, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 44 anos, Sexo F, união de fato).

Pesquisadora: Isso acontece quando o aborto tiver sido provocado com ervas?

Entrevistado B: Em todos os casos isso acontece, tanto o feito na biomedicina e o do tradicional. Imagina só a pessoa raspa ou faz curretagem hoje e no dia seguinte quer cruzar? Aquele sangue ainda não está aliviado, tudo está ainda abafado. E a moça também pode ter esta doença. Isso acontece mesmo estando no lar ter aborto, os mais velhos dizem que a pessoa deve ficar três meses até menstruar três meses. E te dizem o que fazer, e no dia em que fizer a purificação preparas o chá para todas as pessoas da casa. Mesmo isso acontece também na purificação da viúva que não aceita ser purificada pelos familiares do marido, para que corra bem, é melhor que a pessoa saia e vai se purificar e voltar já fria para casa. O procedimento consiste em o casal fazer sexo no primeiro dia e no segundo não faz e volta a fazer no terceiro dia, e neste intervalo nenhum dos dois deve praticar o ato sexual com outra pessoa, só pode praticar após o fim do procedimento. Porque se mulher quiser enganar o homem, não lhe contar tudo, e se homem adoecer ele pode devolver a doença para a pessoa, tirando a areia da pegada do pé da mulher ou ir colocar o feitiço na casa dessa mulher (Entrevistado B, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 44 anos, Sexo F união de fato).

Entre os Tsonga sempre que eclodem os sintomas da tuberculose se subentende que questões espirituais estão se manifestando em virtude de violação das normas de convivência entre vivos e mortos. Os sintomas que indicam estas violações são concebidos entre os senas da região centro do país como sendo doença da vergonha, tendo-se constatado este sentimento entre os Tsonga também na medida em que os pacientes nas suas falas apresentavam que por mais que as pessoas cometam essas violações em secreto e não revelem a ninguém a verdade se tornará pública por meio da doença.

Isso não tem segredo, por mais que gente pense isso, não tem segredo nisso. Por fim a verdade aparece em desta forma de doença. Por mais que não comentemos acerca tudo acontece, porque ninguém provoca a doença, é a tradição que nascemos e encontramos e os nossos pais também nasceram e encontraram já prescrito. Por exemplo eu posso ter uma amante e ela fazer aborto via tradicional, e não me contar e a gente cruzar, mas a verdade vai aparecer, ou nela, ou na minha mulher ou em mim. E daí nos vamos procurar saber donde vem a doença, e a gente vir para hospital, o hospital não vai conseguir resolver isso, e os mais velhos terão que procurar a mim a sós, para saber o que está a acontecer, como vivo com minha esposa e com a minha amante, como é que confio nela? e procura se as coisas das duas e a minha e nos juntam, daí a medicação vai dar efeitos positivos. E se acontecer que fosse algo secreto que a amante estivesse a fazer. Posso buscar a areia da casa da minha amante e coisas da minha esposa e minhas e nos juntam. E daí posso ser curado pela biomedicina, mas sem isso a toma dos comprimidos não fará efeito por que ainda terá esse problema não resolvido (Entrevistado A, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 33 anos, Sexo M, união de fato).

A ocorrência destas doenças tradicionais visa sancionar e denunciar os indivíduos infieis a tradição, e essa infidelidade se deteta através da ocorrência das doenças, pois por meio delas vai se decifrando as prováveis falhas cometidas pelo paciente ou pelas pessoas próximas ao paciente.

6.1.1 Ocorrência das ITS e herpes

As infecções de transmissão sexual são também concebidas localmente como originadas de violações de normas de sociabilidades entre mortos e vivos. E o interessante entre os Tsonga é o como a sexualidade se apresenta como espaço de interface entre esses dois planos: da vida e seus prazeres e da morte e seus temores. A interpenetrabilidade e os ruídos entre o HIV e as doenças tradicionais se relacionam ao fato de que os rumores do SIDA também chegam aos Tsonga como interface entre prazeres sexuais e risco eminente de morte.

Entre os Tsonga a sexualidade tem peculiaridades que passam longe das cosmogonias biomédicas. Aquela mulher que rapidamente se excita durante as relações sexuais pensa-se que esteja doente tida como “aguada”, pois que produz de forma fácil fluídos libidinosos. Essa lubrificação rápida e excessiva pode fazer com que ela não conceba, tendendo sempre a expelir o semén imediatamente após as relações sexuais. E essas mulheres devem ser submetidas a um processo fitoterapéutico designado de secagem.

Durante o trabalho de campo na localidade de Siaia, no distrito de Xai-Xai, um paciente e um ativista da ADCR, médico fitoterapéutico, envolveram-me numa conversa que devia ter sido uma entrevista pessoal. O paciente havia sido recuperado do estado de

convalescência pelo ativista que nos levou até ele. Com o uso de recursos fitoterapêuticos das raízes da moringa, uma planta muito nutritiva também conhecida vulgarmente por “acacia-branca”, o médico tradicional fez com que a mulher, antes acamada, pudesse se recuperar muito bem, não tendo mais precisado dar seguimento ao TARV.

Durante a conversa acerca do processo de cura, a paciente afirmou que o ativista tinha sido a pessoa que lhe devolvera a vida, por conta disso se dirigia a ele carinhosamente como o “meu médico”. Ao longo da conversa a paciente enumerou outras pessoas que haviam sido curadas por ele.

Quando a conversa chegou ao tema secagem. O ativista, falando acerca do processo de secagem nas mulheres, disse que era feito por meio de ervas e que para ele era um processo necessário, pois as mulheres aguadas para além de não proporcionarem prazer aos homens também facilmente expulsam o semém e dificilmente engravidavam. No decorrer da conversa deu a entender que reconhecia as possíveis lesões que podiam ocorrer nesse tipo de penetração, mas segundo ele fazia parte da “existência Tsonga”. Os Tsonga daquela região haviam sido educados assim, e os outros como os brasileiros insistiam ou investiam mais nos momentos pré-penetração o que facilita a penetração e reduz desta forma a possibilidade de infecção.

O médico tradicional reconhecia assim o que é apontado pela biomedicina como sendo um dos principais vetores da propagação do vírus, mas enfatizava o quanto a secagem era bastante apreciada e considerada prazerosa para os homens. Do ponto de vista da biomedicina podem surgir lesões que levam a contração do vírus se um dos parceiros for HIV+.

As peculiaridades envolvendo a sexualidade em Moçambique variam de acordo com a região. Em algumas regiões da província de Tete no centro do país, para que se aprecie uma mulher é necessário que tenha condiloma de modo a dificultar a penetração sexual e aos homens se faz necessário que tenham hérnias para que sejam preferidos pelas mulheres e aqueles que não tenham hérnias são tidos como homens fracos.

Entre os Tsonga sintomas próximos à condiloma são concebidos como *kutsamiwa*, e para o processo de cura é necessário que a mulher seja submetida a cortes nos órgãos genitais. Uma paciente que contraiu esta doença durante a visita ao seu marido na África do Sul afirmou que antes de ser diagnosticada HIV+ seguia o tratamento de condilomas nas redes tradicionais de cura. Quando descobriu a doença, e por não ter melhorado, teve que seguir a biomedicina.

Tinha coisas nos meus órgãos genitais que comecei a sentir quando estava na África do sul em visita ao meu marido, daí voltamos para Moçambique e fomos aos curandeiros e lá davam uns medicamentos para tomar e outros aplicavam diretamente lá e também cortavam com lâminas. Fui lá várias vezes, mas quando cortavam aquilo parecia que crescia mais. Fiquei pior e meus pais levaram-me para o hospital. (Entrevistado L, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 39 anos, Sexo F, união de fato).

Com o encaminhamento feito para a biomedicina, foi tratada a condiloma e começou o seguimento do TARV em virtude de ter sido também diagnosticada HIV+. Geralmente o *kutsamiwa* pode ser contraído através de problemas espirituais dentro da família ou quando a mulher tiver se relacionado sexualmente com um homem sem que este ejacule diretamente no seu órgão genital pelo menos uma vez.

Quando cheguei aqui, assim que eu estava muito mal, tiveram que me internar e daí recuperei bastante, porque nem conseguia bem andar, aquilo havia coberto toda a minha parte genital, mas quando comecei a tomar os comprimidos daquela doença, aquilo começou sozinho a cair quando ia tomara banho (Entrevistado L, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 39 anos, Sexo F, união de fato).

Uma paciente que não conseguia conceber por conta da agência espiritual de coisas que tinha dentro dos seus órgãos genitais submeteu-se a terapia nas redes tradicionais de cura para que fossem removidas. O processo de remoção consistiu na aplicação de medicamentos tradicionais nos seus órgãos genitais e posteriormente, ela foi colocada no sol e daí as coisas viventes foram saindo. A paciente não nos falou dos detalhes em virtude de que ela estava amamentando e a natureza do caso não deve ser tratada enquanto a mulher estiver amamentando para não trazer problemas à criança.

Quando esta paciente foi diagnosticada HIV+ estava em Chinavane, um distrito da província de Maputo em visita ao seu cunhado, um profissional da saúde. Durante a sua estadia sentiu dores de cabeça e tinha muito prurido nos seus órgãos genitais. Foi levada ao serviço de saúde. Nessa altura ela não aderiu facilmente ao TARV, por dois motivos: primeiro porque não acreditava que fosse efetivamente HIV+ e porque não tinha informações sobre a doença. Mas com a sensibilização feita pelo cunhado, ela e o marido acabaram aderindo ao TARV.

Durante o TARV ela sentia-se bem, mas as dores genitais não saravam efetivamente. Seus sogros lhe recomendaram que seguisse o tratamento tradicional com o fim de também poder conceber.

Nas falas dos membros das associações que trabalham com plantas medicinais, para além de combater pela raiz as infeções de transmissão sexual, ervas eliminam todos os

problemas de infertilidade e também estimulam a vontade sexual tanto para o homem como para a mulher.

Um médico fitoterapeuta e ativista referiu-se as infecções urinárias e outras infecções de transmissão sexual que dificilmente são tratadas pela biomedicina, como sendo infecções que necessitam de tratamento fitoterapeuta. Acredita que existem ervas potentes a que só são submetidos os pacientes que a biomedicina não consegue curar efetivamente.

Numas das entrevistas com uma ativista, percebemos que também a ocorrência de abortos é concebida entre os nativos como sendo derivada da agência de doenças tradicionais.

Entrevistada F: Oooh, a pessoa pode até estar grávida, mas sempre tem aborto, ou até pode ser que quando, cruza com o homem, o sêmen é evacuado todo, mas quando dou esse medicamento não salva, tem bebê (Entrevistado F, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 50 anos, Sexo F, união de fato).

Pesquisadora: Que tipo de medicamento é?

Entrevistada F: é do mato, é ximunhuamunhuane, tem uma raiz que parece batata-doce, para encontrar deve cavar muito, até chegar a uma profundidade do joelho e junta-se com uma outra coisa chamada, xiwezila, que amarga bastante, esta planta cura ITS, kutsamiwa, e só dou pessoas casadas. Porque lava todo o útero e todo o tipo de ITS que podem dificultar a fertilidade (Entrevistado F, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 50 anos, Sexo F, união de fato).

O início do seguimento a algumas mulheres lhes possibilitou a concepção. Uma paciente que havia seguindo as redes tradicionais de cura durante muito tempo, conseguiu conceber meses depois de ter iniciado o TARV. Durante o tratamento Arv foi submetida a tratamentos de ITS. As patologias de que ela padecia foram sempre concebidas como sendo originadas por obras de feitiçaria, protagonizadas pela ex-esposa do seu marido.

Sempre quando adoeci, pensei que fosse feitiço e ia procurar sempre a cura na tradição e meu marido disse para sairmos disso. Agora que rezo, mesmo quando for para jejuar, aviso aos pastores que eu não posso, por causa de comprimidos que estou a tomar, e eles me dizem para não parar de jejuar, me disseram para continuar o orar acerca dos meus problemas, dizem para acordar muito cedo para eu orar e daí seguir com o tratamento (Entrevistado R, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 38 anos, Sexo F, união de fato).

6.1.1.1 Herpes zoster e sua natureza

Sintomas similares ao herpes zoster são concebido pelos Tsonga como manifestação da *dzilo usiko*, traduzido literalmente de changana para o português de *fogo da noite*. Pode ser

enviado aos pacientes pelos feiticeiros durante a noite e pode também ser enviado pelos antepassados. *Dzilo usiko* é geralmente descoberto pela manhã e por isso, pensa-se que tenha sido enviado aos pacientes durante a noite

Uma paciente que foi diagnosticada HIV+ por ter lhe saído no corpo o herpes zoster de forma horizontal ao seu abdômem, referiu-se a esta infecção na concepção tradicional segundo a qual começa num ponto e complementa o círculo em forma de cinto designado localmente de *bande*.

Entrevistado H: Primeiro, fiquei doente. Me havia saído aquilo que é *bande*, e fui ao hospital me deram injeções e me curei e tornou a sair de novo, de outro lado e fiz consulta, aqui mesmo no hospital e me perguntaram se havia feito teste, eu disse que não e me disseram e perguntaram se eu queria fazer o teste, e respondi que sim, e fui fazer teste e comecei a cumprir (Entrevistado H, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 45 anos, Sexo F, união de fato).

Mesmo depois da cura tradicional a doença tornava a aparecer, por conta disso teve que procurar a biomedicina.

Entrevistado H: Tive *bande*, e que como começaram das costas, quase ia fechar se em forma de cinto mesmo, enquanto dizem que estas doença se completar se em cinto a pessoa morre, nisto veio uma minha tia que sabe tratar, aplicou me um remédio e aquela dor foi atenuada, e parou a progressão daquela doença, mas que no fim decide vir ao hospital, e a minha amiga me trouxe, e comecei a fazer o tratamento (Entrevistado H, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 45 anos, Sexo F, união de fato).

Pesquisadora: E medicamento da tia, o que resolveu?

Entrevistado H: Fez com que aquelé cinto não se efetivasse, ela aplicou aquele remédio partindo da origem daquela doença e inibiu a progressão do cinto. E me deu o medicamento tradicional para tomar. E chamei minha amiga por que já havia ouvido várias vezes acerca desta doença e da necessidade de se testar em HIV nesta situações, e também como era uma doença recorrente a mim. A minha amiga me trouxe para ser testada e deu HIV+. (Entrevistado H, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 45 anos, Sexo F, união de fato).

As outras doenças tais como a trombose e a paralisia, segundo o que se crê no entre os Tsonga, podem ser contraídas através da obra da feitiçaria ou como cobrança dos antepassados devido a desobediência aos preceitos locais.

6.1.2 A trombose, paralesia ou Xifula

Sintomas associados pela biomedicina à trombose concebe-se localmente como *xifula*, uma doença provocada pelos *mazione* ou *zionista* por encomenda dos seus clientes.

Entre os Tsonga o *xifula*, é também tido como uma doença provocada pelos antepassados como cobrança de várias ordens, tais como a não obediência aos desejos dos ancestrais, a violação das normas, cobranças dos espíritos não linhageiros pelas dívidas dos antepassados e forma de manifestação dos ancestrais aos escolhidos para se tornarem curandeiros.

Uma paciente descreve e explica a proveniência das suas dores, quatro anos antes de ser diagnosticada HIV+.

Nem conseguia andar, nem dar poucos passos, aqui no meu joelho doia muito, sentia dores nas verilhas e até para andar, devia abrir as pernas, mas quando comecei a fazer o tratamento que durou três meses, eu indo nesse curandeiro para tirar aquelas coisas, nessa altura estava muito magra, parecia que eu tinha casca de castanha nos meus órgãos genitais, até esta doença de HIV, foi assim tão rápida a piorar, mas a doença era aquela que haviam feito para mim (Entrevistado G, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 42 anos, Sexo F, viúva).

Segundo um dos médicos tradicionais as dores provocadas, do tipo *xifula*, são de natureza peculiar e de fácil diagnóstico.

Pode acontecer que alguém sinta todo o seu corpo a lhe doer, e toma comprimidos e o corpo continuar a lhe doer, pode até ser cabeça a doer e mesmo tomando paracetamol a cabeça continuar a doer, aí tem problema, só pode ser *xifula*, porque por mais que seja, uma dor de cabeça qualquer, pode ser de demónio, quando se toma comprimidos aquela dor de cabeça deve parar, mas se a dor não passa a pessoa foi lançado feitiço (Entrevistado V, Casa da Rede Tradicional de Cura, Machelene, 49 anos, Sexo M, união de fato).

Observamos ainda na fala da paciente viúva acima que padecia de *xifula*, que atribuía a fonte das suas dores à família do seu marido, que a queria a matar para se apropriarem dos bens. Entre os Tsonga existem situações em que os casais fazem pactos com os espíritos de modo a ficarem ricos, mas nisto logo que um deles morrer o outro deve seguir. Movida por esses valores e crenças a paciente teve que seguir as redes tradicionais de cura e posteriormente ao processo de cura, deixou a casa onde morava, mudando-se para um outro local.

Haviam feito algumas coisas, armadilhas que colocaram para que eu morresse, para dizerem que morri e segui meu marido, para curar isso tive que buscar a cura no curandeiro, tinham posto no meu estômago e em todo meu corpo. Foi curandeiro, até vim para me tirar aqui mesmo no Xai-Xai, não foi lá no meu lar, só que depois fomos juntos, para lá na minha casa, porque tinham colocado isso em todos os objectos (almofadas, portas), para que eu seguisse o filho deles, me haviam amarrado em todas as coisas que ele encontrou, e daí, vi que isto não ia- me levar para lado nenhum, e decidi sair de lá e vim para Xai-Xai. Melhorei bastante, desde que me curou, levei 4 anos sem ir para aquela casa de utsopi, porque meus familiares, me disseram para não ir mais para lá, porque dizem que por mais que esteja a usar o dinheiro da pensão do meu marido, o maior bolo é deles e todas as despesas são arcadas por eles (Entrevistado G, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 42 anos, Sexo F, viúva).

Muitos pacientes HIV+ só são diagnosticados o seu estado serológico muitos anos depois de estar doente. Esta demora tem sido pelo fato de que os primeiros sinais da doença terem sido as dores dos pés, concebidas como *xifula*. Nisto vão seguindo as redes tradicionais de cura, mas por não encontrarem a cura acabam seguindo as redes biomédicas ou vice-versa.

Em alguns casos os pacientes que padecem de dores dos pés tendem a seguir simultaneamente as duas redes e se a raiz do problema não for identificado os pacientes tendem a abandonar o tratamento. Na biomedicina a recomendação para testagem anti-HIV tem sido feita a paciente com infecções muito próximas a transmissão sexual, dores abdominais, genitais, herpes entre outras.

Apesar das associações de amparo aos pacientes infetados e afetados pelo HIV estabelecerem vínculos com os serviços de saúde, a maioria dos associados veem sempre a necessidade de conciliação das duas redes para o tratamento do HIV/SIDA de modo a se estabelecer equilibrio, tanto para as doenças tratáveis pela biomedicina como para aquelas que só as redes tradicionais de cura tratam.

A condição dos associados influencia grandemente a adoção desta postura. Primeiro pelo fato de vivenciarem o sofrimento dos pacientes durante a visitas domiciliares, segundo pelo fato de tomarem as aflições dos pacientes como suas, terceiro pelo vínculo afetivo que se constrói durante o cuidado dos pacientes, quarto por não terem surgido alicerçadas aos serviços de saúde, mas sim por ter sido por meio delas que as políticas que incluem o indivíduo portador de HIV nos serviços de saúde foram promovidas.

A situação de doença tradicional muito tempo depois de início de TARV, foi narrada por uma paciente que iniciou o TARV em 2004 e nessa altura tinha 70 células/mm³ de CD4 e com o tratamento registou a subida para 800 células/mm³. Mas a partir de 2015 teve uma queda até 12 células/mm³ de CD4 em 2016. Nessa altura procurou uma profetisa da igreja

ziona, que detetou que tinha Xifula, que no caso dela lhe provoca emagrecimento e baixas do sistema imonológico e a consequente caídas das células CD4. A doença tinha sido provocada por questões familiares e após o tratamento tradicional registou a subida de novo nas suas células CD4.

Durante a observação no departamento de digitação apareceu para cadastrar-se para poder aceder o serviço de saúde com vista a receber recomendações para o início do TARV um jovem de mais ou menos 24 anos de idade acompanhado de sua esposa, os dois externamente saudáveis. Durante o cadastramento, perguntei quando é que havia sido diagnosticado HIV+, respondeu que tinha sido naquele mesmo dia. Ele não tinha ido ao serviço para fazer teste anti-HIV, e sim para o atendimento à paralisia que lhe ocorrera de forma mometânea há mais ou menos três meses, mas que não havia levado a sério. Quando isso ocorreu de novo de modo a ficar inconsciente deu-se conta de que se tratava de algo muito sério e foi ao serviço de saúde, onde foi encaminhado para a UATS e lá foi submetido ao teste anti-HIV.

Durante este processo apercebi-me que a sua esposa usava um amoleto no seu pulso esquerdo, uma pulseira feita de linhas verdes, amoleto de proteção ou sorte usados após processos rituais de cura ou livramentos, e o moço usava uma tira colo e um cordão de cor amarla e outro de cor vermelha feitos pelos profetas da igreja *ziona*. Por conta disso, perguntei se a igreja já havia feito rituais de cura e eles responderam que não.

Pedi para que me convidassem à igreja deles, o jovem sorriu não muito interessado em falar acerca disso, mas a esposa exigiu que levasse o meu contato que no dia seguinte teria uma cerimónia importante. De imediato uma das profissionais perguntou qual era a igreja deles, responderam que eram praticantes de *ziona*, e ela de seguida disse era importante que também cumprissem os rituais lá, pois podem ser forças diabólicas atuando no jovem.

No dia seguinte quando entrei em contato, disse que a origem do fenómeno já havia sido diagnosticada, mas que a cerimónia para a sua neutralização havia sido adiada, pois se estava ainda organizando os produtos para o processo de cura. O ritual se realizou depois de dois dias, e consistiu na cozedura e administração oral dos medicamentos tradicionais. A doença era o *lihuhe*, uma onda que assola o indivíduo e o torna inconsciente, o início de uma doença que pode se equiparar a perturbações psicológicas, visto sob o ponto de vista biomédico.

Para a primeira ingestão dos medicamentos esperou-se que a doença se manifestasse, pois para que o tratamento tenha bons resultados é necessário que o paciente faça a primeira medicação inconsciente e as ingestões subsequentes do medicamento, podem ser efetuadas normalmente três vezes ao dia. Até a altura da realização do ritual o jovem e nem a sua esposa

ainda não haviam efetuado a abertura do processo para o início do TARV. Para eles o que lhes preocupava bastante era a cura da doença tradicional e no fim do tratamento tradicional, o estado de saúde determinaria se seguiriam ou não com o TARV. Apesar do casal ter aceitado o diagnóstico e os conselhos recebidos dos profissionais da saúde a questão de serem HIV+ não era motivo de maior preocupação que a agência espiritual sob o *lihuhe*.

Todos esses casos apontam para uma complementariedade entre biomedicina e cuidado tradicional que não pode ser determinada pelo grau de eficiência física das redes, mas pelo caráter necessariamente hibridizado dos horizontes cósmicos dos pacientes.

6.2 Seguidamentos do TARV apenas na gravidez

Muitas mães cumprem o TARV quando estão grávidas e no momento da amamentação. A questão fundamental que faz com que elas adiram o TARV e ao PTV é evitarem a transmissão do vírus de HIV para os seus filhos por via vertical e durante a amamentação. E mesmo nesse período algumas necessitam de acompanhamento médico bem atento em todas as consultas. Algumas tendem a aderirem as consultas de saúde-materno infantil-SMI, de mães HIV-, quando devem ser atendidas nas CCR.

Em relação ao não seguimento adequado ao TARV e da PTV, uma mãe que deu parto no dia 1 de Março, mas que só apareceu dois meses depois para a primeira consulta pós-natal, tinha ido para a consulta, apenas para o controle do peso da criança e não para o PTV e seguiu nas consultas SMI normais. A enfermeira que lhe atendeu detectou na carteirinha do bebê o sinal de exposição ao HIV e encaminhou para as CCR. No atendimento foi perguntada acerca das faltas ao tratamento e da busca dos comprimidos, e ela simplesmente limitou-se em não responder as profissionais. Deram o seguimento no atendimento da criança que já havia sido iniciado no SMI e posteriormente seguiu-se o atendimento a ela. No fim do atendimento pedi que conversasse com ela em particular, ela concedeu-me mais de uma hora e meia de conversa.

Durante a conversa, a paciente respondendo a pergunta a acerca da ingestão dos comprimidos, disse que se não tivesse sido encaminhada para as CCR, não se importaria com isso porque, só havia ido ao hospital por conta da consulta e peso da criança, não para a recolha de comprimidos ARVs muito menos de xarope para o seu filho, porque estava cansada de tomar sempre comprimidos. Perguntei lhe se não tinha medo de contaminar o bebê por estar a amamentar sem estar a medicar, respondeu que se for para a criança se infetar se

infetaria cumprindo ou não o PTV. Falava como se não valesse a pena seguir o TARV e o PTV.

Por que todas pessoas vão morrer e também já vi muitas crianças que nasceram com essa doença, que foram diagnosticadas logo ao nascer. Também não curam porquê desde que iniciei o tratamento até hoje não fui curada e estes comprimidos não influenciam em nada na minha vida, tomando assim como não tem nenhum problema (Entrevistada Q, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 29 anos, Sexo F, união de fato).

Também afirmou que não cumpriu muito bem o TARV e muito menos o PTV na primeira gravidez em que foi diagnosticada HIV+, mas quando o seu filho foi submetido ao teste anti-HIV depois de seis meses do aleitamento exclusivo estava livre do HIV e que ela também não mudou em nada com o diagnóstico da doença e mesmo segue muito bem de saúde.

As falhas do sistema biomédico são tão percebidas como as falhas das redes tradicionais. Circular entre as duas é apenas a atitude mais racional em circunstâncias extremamente dramáticas.

6.3 Conciliação de Propriedades Fitoterapéuticas com o TARV

Mais da metade dos pacientes que fazem o TARV afirmaram que se beneficiaram das propriedades fitoterapéuticas em alguma fase do TARV. Estas propriedades são difundidas entre os nativos e elas muitas vezes são prescritas por indivíduos da comunidade que não detém nenhum poder espiritual e nem são médicos fitoterapéuticos, mas pessoas comuns que em alguma fase da vida usaram as ervas ou plantas e daí levam esse conhecimento para a vida e partilham com os outros.

Esta dimensão de partilha e troca de experiência no que concerne as propriedades fitoterapéuticas das ervas e plantas, foi apresentada durante uma conversa de cerca de duas horas com um ativista, médico Fitoterapéutico e espiritual, quando lhe perguntava onde havia adquirido o conhecimento de cura contido nas ervas que prescreve.

Aprendi, com as pessoas com que convivo, pois foi troca de experiência, quase que intercâmbio e competição. Eu ensinando acerca da moringa e eles também dizendo que conheciam o rei dos homens. O rei dos homens está em primeiro lugar, porque cura as ITS, e não é uma qualquer, tem de ser uma ITS que não conseguiram curar no hospital, porque este tratamento é muito forte, é para tratar ITS resistentes e eliminam a possibilidade de infertilidade,

porque as ITS resistentes provocam infertilidade (Entrevistado Y, Ativista, Siaia, 57 anos, Sexo M, Casado).

O conhecimento de propriedades fitoterapêuticas contidas nas ervas e plantas pode ser também adquirido durante os rituais de treinamento para ser médico tradicional. Nesta aprendizagem se aprimora a capacidade divinatória e também a manipulação de objetos, tais como sangue, pelos, ossos de animais, etc de forma a conciliar com as propriedades fitoterapêuticas. E esta aprendizagem geralmente é recebida nos consultórios das redes tradicionais acompanhando os tratamentos realizados pelo dono da casa da rede tradicional de cura, mestre, sendo que o iniciado atua na qualidade de coadjudante, com a missão de preparar o ambiente e os materiais para a realização dos rituais.

Aqui apresentarei questões relativas a aprendizagem das propriedades fitoterapêuticas em matéria nutricional e terapêutica para indivíduos portadores de HIV concedida aos ativistas da ADCR pela Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade-FDC. Esta aprendizagem conferiu aos ativistas matérias para melhor intervenção comunitária.

Uma ativista da ADCR, médica fitoterapêutica e paciente em TARV há dez anos, falou dos benefícios das ervas para os pacientes HIV+ e, sobretudo para o seu organismo.

Eu tomo comprimidos de seropositivo, e também uso plantas medicinais, ferver as raízes de moringa e tomo, as folhas de moringa, faço salada, as folhas pilada posso por no chá e no molho e me dá muita força, daí posso ficar de janeiro a dezembro sem ficar doente, posso sentir dores normais, mas não caio doente, assim estou com dores de cabeça, porque hoje fui ao funeral e ouvi pessoas chorando e isso me pus assim, mas eu sei assim que cheguei em casa, o que devo fazer para atenuar esta dor que estou sentindo, assim que tenho tensão, engolo as sementes de moringa, é remédio para tensão. A moringa por ela só, por colocar na comida, sinto muito bem, lava o estômago, não sei se isso só acontece comigo, quando cozinho aquelas sementes e bebo a água, urinou bastante e isso me faz muito bem. E amargosa, tomo quando estou com sintomas de amargo no paladar, daí arranco a amargosa e mastigar e engolir aquelas folhas, ohhh quando vou dormir, durmo muito bem e aqueles sintomas que podiam me por doente desaparecem (Entrevistado F, Ativista, Siaia, 50 anos, Sexo F, não casada).

Ela afirmou que começou a sentir se melhor quando começou a conciliar o TARV com as propriedades fitoterapêuticas das ervas.

Havia recuperado, mas não do jeito que estou hoje, mas perdia força e ficava sempre doente, mas agora já estou com muita força e me sinto bem (Entrevistado F, Ativista, Siaia, 50 anos, Sexo F, não casada).

E esta conciliação que ela faz é escondida do seu médico.

Eu os comprimidos já os habituei, junto todos os comprimidos e tomo a mesma hora, me ensinei a ter que tomar os comprimidos de uma única vez de noite e de manhã tomo moringa e a noitinha antes do sol se por, volto a tomar a moringa, de forma a deixar um intervalo entre os medicamentos tradicionais e os comprimidos, mas no hospital, ainda está registrado que eu tomo duas vezes, mas porque eu me ensinei que devo tomar uma vez, é o que habituei o mesmo organismo (Entrevistado F, Ativista, Siaia, 50 anos, Sexo F, não casada).

É a experiência vivida por uma das ativistas em relação aos benefícios das propriedades fitoterapêuticas da moringa para a recuperação do estado de saúde do seu sobrinho, que já estava em TARV, mas em que o tratamento biomédico não lhe trazia bons resultados.

Tive uma primeira experiência, acerca do uso dessa planta no momento em que um sobrinho que tinha tuberculose, então tinha tuberculose e era associado ao HIV, e estava a fazer o tratamento no hospital, mas numa fase inicial dizia que sentia muita fome, e chegou de procura o Instituto Nacional de Segurança Social, solicitando ajuda. Ele quase que ia perder a vida, mas quando começamos a administrar aquelas folhas nele, recuperou-se rapidamente e voltou para o serviço, davamos a ele as folhas para consumir, mastigando, punhamos em todos seus alimentos.

Esta ativista apresentava a possibilidade, da existência de propriedades preventivas do HIV/SIDA nas folhas, raízes e sementes da moringa, afirmando que se calhar ela fosse HIV+ se não consumisse a moringa no cotidiano, uma vez que o seu marido tem lhe sido infiel e provavelmente nessas relações contrairia o vírus. Envinei várias tentativas frustradas em explorar mais essa conversa, mas ela fechou-se, afirmando que o que ela estava dizendo podia não fazer muito sentido na medida em que os profissionais da saúde ignoram completamente as propriedades fitoterapêuticas contidas nas ervas e plantas. Aí percebi imediatamente que ela não me via como pesquisadora, apesar de ter-me apresentado a ela como pesquisadora, via-me exclusivamente como filha de profissionais da saúde, não conseguia dissociar-me dessa imagem.

O benefício nutricional contido na moringa tem sido um dos principais argumentos que fazem com que estes ativistas aconselhem aos pacientes a consumirem, as folhas, raízes e as sementes da moringa.

Porque quando o paciente de HIV, vai ao hospital, dão lhe ARV, aconselham ao paciente a se alimentar bem, consumindo ovo, leite, frutas e quando a pessoa não tiver essas condições, nós a essas pessoas costumamos aconselhar a fazer o pó da moringa, o pó da moringa, um pouco só, quando

colocado na papinha para um doente e um bocadinho de açúcar, o doente começa a sentir que alguma coisa está a mudar na sua vida (Entrevistado F, Serviço de Saúde Cidade Baixa, 50 anos, Sexo F, união de fato).

Estas propriedades fitoterapéuticas também podem ser vistas como sendo atenuantes tantos dos efeitos colaterais do TARV, tanto como mecanismo de evitar a eclosão de infeções recorrentes aos pacientes HIV+, em virtude de que o seu sistema imonológico está frequentemente enfraquecido pelo virus.

Ativista: A raiz da moringa é usada em questões de, a raiz descacada faz uma limpeza geral do organismo, se a pessoa tiver problemas de hemorroides ajuda, então são doenças que quando alguém tem HIV concorrem e quando a pessoa HIV+ consome esta planta, a pessoa fica longe dessas doenças oportunistas. A folha para além de ser nutritiva ajuda ao indivíduo a sarar feridas ao longo do intestino, da boca até ao instestino. Por isso que aconselhamos o consumo desta plantas as pessoas que tem aftas, os frutos da moringa ainda tenrinhos, podem ser preparados como sendo feijão-verde, podem preparar um molho normal mesmo para consumir com pão, arroz ou com farinha de milho. Esses frutos também ajudam para questões de rins, eu tinha problemas de rins, então passei a consumir estes frutos de vez em quando, cozia na panela e punha um pouco de sal e comia.

Pesquisadora: A moringa pode curar HIV/Sida?

Ativista: Esta planta ajuda em muitas doenças, esta planta não é curativa, mas ela ajuda dando força ao indivíduo, ajuda o indivíduo na abertura de apetite, em casos de prisão do ventre, faz limpeza no organismo da garganta até ao intestino, quando a pessoa tem dificuldade em,.. tem um nome próprio, é prisão do ventre, neste caso quando o indivíduo consumir as folhas começa a ir defecar normalmente, isso usando as folhas, as folhas podem ser colocas no chá, podem ser consumidas cruas e frescas, podem ser mastigadas, colocadas nas refeições prontas, elas tem multiplas vitaminas.

Os ativistas vêm a necessidade de conciliar-se o TARV com as propriedades fitoterapéuticas das ervas, justificando que os Arv são drogas muito fortes que enfraquecem o organismo dos pacientes e a ingestão simultanea fortalece o paciente.

Os ARV, inibem ação do vírus e a moringa fornecem ao doente a força para viver e por forma a fazer com que os doentes não se sintam enfraquecido por estes comprimidos. Há vezes que os doentes que estamos demasiadamente enfraquecidos quando começam estes comprimidos, lhes enfraquece e morrem. Estes comprimidos não são contra ARVs, a moringa e os ARVs, podem ser consumidos simultaneamente (Entrevistado Y, Ativista, Siaia, 57 anos, Sexo M, Casado).

O teor bastante forte contido nos ARVs tem sido motivo de reclamação entre os pacientes em TARV, o que em algumas situações tem os levados a abandonarem o tratamento alegando o enfraquecimento. Por outro lado este enfraquecimento do organismo é justificado

pela biomedicina como sendo derivado na má alimentação e também da má administração dos ARVs. De um e de outro lado, a moringa entra como mediador entre redes.

7 CONCLUSÃO

“Por mais que a gente seja submetida ao tratamento biomédico se não fizermos o seguimento do tratamento nas nossas redes tradicionais de cura, a cura efetiva da doença não acontece”. Este pronunciamento esteve presente em todo momento durante a pesquisa, em que os problemas que se refletiam através da dor concebidos pelos Tsonga como transcendentais, de algum modo representando desordens cósmicas.

Esta desordem remetia constatemente a busca de respostas simultaneamente cósmicas e locais. Muitas vezes a busca pelo tratamento nas redes tradicionais de cura era ocultada aos médicos, pelos efeitos de subalternização e censura do conhecimento local. Por conta disso a mobilização dos recursos terapêuticos das redes tradicionais de cura, pelos pacientes, não cumpria o papel complementar à biomedicina que o Estado moçambicano prescreve. Outras vezes era o processo da subalternização do saber local que potenciava efeitos disruptivos de mistério e contestação.

Pelo fato dos pacientes serem informados em todas as secções dos serviços de saúde, que a partir do momento em que iniciam o tarv não devem buscar outro tipo de tratamento, a interdição tende a funcionar como incentivador de alternativas, quando o fracasso biomédico se faz evidente. Para Breton (2016 p. 218), a instituição médica tem sempre a pretensão de se perpetuar como única instância capaz de tratar e curar a doença. Na situação colonial essa relação consubstancia a tese de Said (1990) de que o conhecimento ocidental foi sempre se afirmando como a negação ou subalternização do conhecimento oriental.

A pesquisa fez nos perceber que a ausência do diálogo entre a biomedicina e as redes tradicionais de cura influencia em alguma medida o elevado número de óbitos e a não retenção dos pacientes em tarv mesmo com as constantes reinvenções de políticas de assistência aos pacientes HIV+. Se não se hostilizasse as concepções e os significados que os pacientes atribuem aos sintomas, abrir-se-ia espaços para uma melhor interação entre pacientes e profissionais da biomedicina. Esta abertura faria com que a relação médico-paciente nos serviços de saúde fosse menos “hostil”. Atualmente o paciente não pode negociar junto aos profissionais biomédicos a sua trajetória terapêutica e a clandestinidade das práticas alternativas diminui a potência da cura tradicional, por ficar menos aberta a crítica pública.

São múltiplas as estratégias de resistência dos pacientes, desde a falsificação de informações sobre a rotina de administração dos medicamentos até a aberta denúncia da falência terapêutica dos ARVs, e o seguimento inconstante do tarv.

O seguimento incorreto do tarv responde à imposição de uma determinada linha do tarv, mesmo quando os pacientes informam profundo desconforto. O médico insiste em que o organismo se acomode à linha terapêutica como se o mal estar do paciente nada tivesse a dizer ao processo terapêutico. O paciente perde o interesse e inclusive passa a não mais informar adequadamente o pessoal médico.

Por essas razões na maior parte das vezes o momento de consulta serve apenas para a prescrição administrativa de receita e para o recolhimento do tarv. O momento que deveria servir de diálogo entre o paciente e o profissional para que conjuntamente determinassem caminhos terapêuticos a seguir, se esgota na presunção colonialista da verdade única sobre a natureza da doença.

O diálogo e a abertura da rede biomédica em ouvir mais os pacientes, sem intenção de fazer juízos preconcebidos sobre o estatuto epistêmico dos enunciados nativos, faria com que se reduzissem os casos de intoxicação, constantemente apontados pela biomedicina no distrito de Xai-xai como sendo causa da falência terapêutica entre pacientes em tarv.

O que se torna mais evidente na tomada de decisões dos profissionais da saúde do distrito da cidade Xai-Xai é guiarem-se exclusivamente pelas orientações do Ministério da saúde de Moçambique que promovem a hegemonia da biomedicina em detrimento das redes tradicionais de cura. Ignorando os limites da biomedicina em lidar com os problemas de saúde sozinha, (Mello e Simone, Breton) a legislação moçambicana preconiza a inclusão subordinada do sistema médico tradicional de Moçambique.

A permanência apenas no plano teórico das propostas de inclusão ou de diálogo entre a instituição médica moçambicana e as redes tradicionais de cura se evidencia no fato de não se estabelecer ainda um diálogo entre representantes efetivos das duas redes em situação de simetria. Representações médicas funcionam como reguladores das condutas nas redes tradicionais de cura, sem se reconhecer que, com limites, se desenvolvem aí também formas eficazes de tratamento dos pacientes.

O diálogo de surdos que se estabelece entre as duas redes dificulta tanto o intercâmbio personalizado e mais confiante dos pacientes na rede da biomedicina como a possibilidade de abertura ou de informação para os pacientes que ainda desconhecem outras medicinas paralelas que poderiam complementar de modo eficaz o tratamento.

A continuidade na divulgação dessa medicina contida nas redes tradicionais de cura e, sobretudo o trabalho conjunto entre as duas redes, não substimando ou proibindo que os paciente acedam a estes serviços poderia minimizar a tragédia que é o HIV-SIDA em Moçambique. Este estudo apontou pistas a serem melhor aprofundadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Railda Fernandes; SILVA, Renata Pimentel; ERNESTO, Monalisa Vasconcelos; LIMA, Ana Gabriella Barros; SOUZA, Fabiana Maria, **Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate**, in Psicologia, teoria e prática, São Paulo. 2011.

ARTHUR, Maria José, Não sofrer caladas. Violência contra mulheres e crianças: denúncia e gestão de conflitos, in (WLSA) Moçambique. Maputo. 2004.

AGADJANIAN, Victor. **As Igrejas ziones no espaço sócio-cultural de Moçambique urbano (anos 1980 e 1990)**. In: *Lusotopie*, 1999.

BAGNOL, Brigitte, **Lovolo e espíritos no Sul de Moçambique**, in *Análise Social*, vol. XLIII (2.º), 2008.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina: A condição Feminina e a Violência Simbólica**, Edições BestBolso, Rio de Janeiro, 2014.

_____. **Para uma Sociologia da Ciência**. Edições 70, Lisboa, 2008.

_____. **A produção da Crença: Contribuição para uma economia dos bens simbólicos**, Porto Alegre, 2015.

BOULAGA, Fabien Eboussi. **Autenticità africana e filosofia. La crisi del Muntu: intelligenza, responsabilità, liberazione**, Marinoto, Italian, 2007.

BRETON, David Le. **Antropologia do Corpo**. Editora Vozes. Petrópolis. 2016.

CASTRO, Fábio Fonseca de. **A Sociologia Fenomenológica de Alfred Schutz**, Ciências Sociais, 2012.

CHIZIANE, Paulina. **Eu mulher... por uma nova visão do mundo**. Abril, Rio de Janeiro. 2013.

CRUZ e SILVA, Teresa; ANDRADE, Ximena; OSÓRIO, Conceição; ARTHUR Maria José. **Representações e práticas da sexualidade entre os jovens e a feminização do Sida em Moçambique**, (WLSA) MOÇAMBIQUE, Maputo. 2007.

CUMAQUELA, Feliciano Pedro Maurício, **Adesão a Terapêutica anti-retroviral (TARV): Experiência dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Central de Maputo**. Dissertação. Maputo. Universidade Eduardo Mondlane, 2011.

DIERKHEIM, Émile. **Da Divisão Social do Trabalho**. São Paulo. Martins Fontes, 2008.

FLICK, Uwe, **Introdução à Pesquisa Qualitativa**, 3ª ed, Artmed, 2009.

_____. **Introdução à Metodologia de Pesquisa**, Um guia para iniciantes, Porto alegre, 2013.

GARCIA, Sandra; KOYAMA, Mitti Ayako Hora, **Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro**, 1998 e 2005, (Grupo de Estudo de População, Sexualidade e Aids), 2008.

GEFFRAY, C., **A causa das armas em Moçambique**: antropologia da guerra contemporânea em Moçambique. Porto: Afrontamento, 1991.

GOFFMAM, **O estigma: a deterioração da identidade social**, S.a.p 4.

GLEISER, Marcelo. **O fim da Terra e do Céu**: O Apocalipse na ciência e na religião, São Paulo: Companhia de letras, 2011.

GRANJO, Paulo. **Limpeza ritual e reintegração pós-guerra em Moçambique**: Análise Social, n.182.

_____. **Saúde e Doença em Moçambique**, in Saúde Soc. São Paulo, 2009.

GUERRA, **As crianças e adolescentes com HIV/AIDS**: Revisão de estudo sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma, 2009.

HOBSBAWM, Eric, RANGER, Terence (Eds.), **A invenção das Tradições**, Editora Paz e Terra S.A., Rio de Janeiro, 2014.

HONWANA, Alcinda Manuel. **Espíritos vivos, tradições modernas**: Possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no Sul de Moçambique. Maputo, Promédia, 2002.

JOAQUIM, Joelma, **Eu vi elas dando peito e eu não podia dar**: Representações e práticas de mulheres vivendo com HIV/Aids sobre aleitamento materno, Dissertação, (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do sul, Porto Alegre, 2012.

JÚNIOR, Florêncio Mariono Costa, Maia, Cláudia Bortolozzi, **Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde**, in Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Mar 2009.

JUNOD, Henri Alexandre. **Usos e Costumes dos Bantu**. Maputo, Arquivo Histórico de Moçambique, 1996.

LAW, John. **On hidden heterogeneities**: complexity, formalism, and aircraft design, in LAW, John & MOL, Annemarie, **Complexities: Social studies of knowledge practices, Science and cultural theory**, Durham and London: Duke University Press, 2002.

LAW, John; MOL, Annemarie. (Eds). **Complexities**: An Introduction, in **Complexities: Social studies of knowledge practices, Science and cultural theory**, Durham and London: Duke University Press, 2002.

LATOIR, Bruno. **Ciência em ação**: Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

LATOURE, Bruno. **Jamais Fomos modernos**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

LATOURE, Bruno. **Reassembling the Social: an introduction to actor-network-theory**. New York: Oxford University Press, 2005.

LOURENÇO, Vitor Alexandre. **Moçambique: Memórias sociais de ontem, dilemas políticos de hoje**. In: *África em Perspetiva*, Centro de Estudos Africanos. Lisboa. 2010. <https://books.google.com.br/books?isbn=9899609412>. Acesso: em 26 de fev de 2017. LUZ, Madel. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Cadernos de Sociologia, 7:108-128, dez. 1995.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MANDLATE, Nosta da Graça, **A herança patriarcal como impulsionadora do elevado índice de mulheres HIV+ no distrito de Xai-Xai em Moçambique**, in Anais do IV Seminário Internacional Pós-Graduação em Ciências sociais, ISSN: 2316-6819, 2016.

MATSINHE, Cristiano. **Tábula rasa: Dinâmicas da resposta moçambicana ao HIV/SIDA**. Maputo: Texto Editores, 2005.

MAÚNGUE, Hélio. **A face feminina do HIV e SIDA: um estudo sobre as experiências de mulheres infectadas pelo HIV na cidade de Maputo, Moçambique**, Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

MAZULA, Brazão, **Educação, Cultura e Ideologia em Moçambique: 1975-1985**, Edições Afrontamento, 1995.

MESQUITA, Elaine Cristina, **Práticas de cura: saberes, poderes, tensões e diálogos nos campos da cura**, in Anais do XV Encontro Estadual de História “1964-2014”: Memórias, Testemunhas e Estado”, Florianópolis, 2014.

MELLO, Márcio Luiz.; OLIVEIRA, Simone Santos Silva. **Relação religião e saúde: possíveis contribuições**. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 27, 2010, Belém. Anais... Belém: Universidade Federal do Pará, 2010. CD. Disponível em: <

http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_27_RBA/arquivos/grupos_trabalho/gt30/mlbcm.pdf> Acesso em: 20 out. 2016.

MELO, Luiz Gonzaga de, **Antropologia Cultural: Iniciação Teoria e Temas**, Editora Vozes, Petropolis, 2002.

Meneses, Maria Paula G. **Medicina tradicional, biodiversidade e conhecimentos rivais em moçambique**. Oficina Ces. 2000, 150.

_____. **Corpos de Violência, linguagens de resistência: As complexas teias de conhecimento no Moçambique contemporâneo**, in SANTOS, Boaventura de Sousa, MENESES, Maria Paula, (org.); Epistemologias do Sul, 2008.

_____. **«Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada»: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas**; in SANTOS, Boaventura de Sousa,

CRUZ e SILVA, Tereza (org.); Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social; Centro de Formação Jurídica e Judiciária; Maputo; 2004. pp. 77-110.

_____. **Traditional Authorities in Mozambique: Between Legitimization and Legitimacy**, in Manfred Hinz (org.), *The Shade of New Leaves: Governance in Traditional Authority – A Southern African Perspective*. Berlin: LIT

Verlag. 2006. 93-119.

_____. **Pluralism, Law and Citizenship in Mozambique: Mapping the Complexity**, *Oficina do CES*, 2007. 291.

MIZIARA, Ivan Dieb; MIZIARA, Carmen Silvia Molleis Galego, **Guia Do Bolso De Ética, Bioética E Deontologia Médica**. Editora Atheneu, Rio de Janeiro, 2016.

MOL, Annemaie. **Cutting Surgeons, Walking Patients: Some complexities involved in comparing**, in LAW, John & MOL, Annemarie, *Complexities: Social studies of knowledge practices, Science and cultural theory*, Durham and London: Duke University Press, 2002a.

_____. **The Body multiple: ontologia in medical practice**. Durham: Duke University Press, 2002b.

_____. **The logic of care: health and problem of patient choice**. Oxford: Routledge, 2008.

MOL, Annemarie; LAW, John. **Acción Encarnada, Cuerpos Actuados: El Ejemplo de la Hipoglucemia**, in *Cuerpos y Diferencias*. Rebeca Ibáñez Martín and Eulália Pérez Sedeño (Eds.). 2012. Madrid: Plaza y Valdes. pp. 153-177. ISBN: 978-84-15271-27-7, traduzido por: María José Miranda Suárez e Rebeca Ibáñez Martín.

MUGOE, Dulce Maria Domingos Chale. **Identidades Viajantes Família e Transnacionalismo no contexto da experiência Migratória de Moçambicanos para as minas da terra do Rand África do Sul**. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

NGOENHA, Severino. **Os missionários suíços frente ao nacionalismo moçambicano. Entre a tsonagnidade e moçambicanidade**. *Lusotopie*, 1999.

PALMERI, Paolo; STERNE, **Chase, Aids and Land Tenure in Africa: Two case studies in Mozambique and Tanzania**, Cleup, Padova, 2006.

PASSADOR, Luiz Henrique, **Guerrear, Casar, Pacificar**, Curar: O universo da Tradição e a Experiência com o HIV/AIDS no Distrito de Homoine, Sul de Moçambique. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

_____. **Parentesco, cosmologia e guerra no Sul de Moçambique: aproximações com os estudos ameríndios** 32º Encontro Anual da ANPOCS, GT 19: Entre Fronteiras e disciplinas: Estudos sobre África e Caribe, 2008.

_____. **As mulheres são más: pessoa, gênero e doença no sul de Moçambique**, in Cad. Pagu no. 35 Campinas Dec. 2010. *Online version* ISSN 1809-4449 <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332010000200007>.

PONTES, Angela Cristina; ESPINDULA, Joelma Ana; Valle, Elizabeth R. Martins Do; SANTOS, Manoel Dos. **Bioética e profissionais de saúde: algumas reflexões**, Centro Universitário São Camilo. 2007.

RANGER, Terence. **A invenção da tradição na África Colonial**, in, HOBBSAWM, Eric, RANGER, Terence (Org). *A Invenção das Tradições*, Editora Paz e Terra S.A., Rio de Janeiro, 2014.

ROCHA, A. L. C. D.; ECKERT, C. **Etnografia: saberes e práticas**. In: GUAZZELLI, C. A.; PINTO, C. R. *Ciências Humanas: pesquisa e método*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008.

SAID, Orientalismo, **O oriente como invenção do ocidente**. Traduzido por Tomás Rosa Bueno. São Paulo: Companhia das Letras, [1990].

SANTOS, Walquíria Jesusmara dos; DRUMOND, Eliane Freitas; GOMES, Adriana da Silva; CORRÊA, Cristal Marinho; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. *Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG*. Rev. bras. enferm. vol.64 no.6 Brasília Nov./Dec. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600007>.

SARTRE, Jean-Paul. **O ser e o nada: ensaio de fenomenologia ontológica**. Tradução de Paulo Perdiggão. 5º ed, RJ: Vozes, 1997.

SILVA, Bruno Rafael Vera de Moraes, **A Medicina Empírico-Metafísica dos Tsonga do sul de Moçambique: Arte Médica, Magia, Doença e Cura através da obra do missionário suíço Henri A. Junod**, in Boletim do tempo presente- ISSN 1981-3384, 2013. Disponível em: <www.seer.ufs.br/index.php/tempopresente/article/viewFile/4178/3475. Acesso: em 20 de out. 2016.

STRAUSS, Claude-Lévi. *A antropologia diante dos problemas do mundo moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

STRAUSS, Claude-Lévi. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1975.

TVEDTEN, Inge; PAULO, Margarida; TUOMINEN, Minna. **Não fica bem que uma mulher seja chefe quando existem homens: Gênero e Pobreza no Sul de Moçambique**. CMI. 2010.

DOCUMENTOS

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (<http://www.abiaids.org.br%29%20/>)

ATA GERAL REDIGIDA EM BERLIM EM 26 DE FEVEREIRO DE 1885.

Decreto lei n.º. 23 de 15 de Novembro de 1933.

INE, Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique 2008.

_____. Estatísticas do Distrito de Xai-Xai Distrito - 2008. 2010.

_____. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique, (INSIDA, 2009). 2010

Imprensa Nacional de Maputo, I Série, Número. 15.

Juramento de Hipócrates.

Resposta global à sida. Relatório do progresso, 2016 Moçambique. 2016.

Relatório do Instituto Nacional de Saúde. Diagnóstico precoce Infantil do HIV em Moçambique. Janeiro 2009- Dezembro 2011.

CNCS, Relatório Sobre Os Objectivos De Desenvolvimento Do Milénio República De Moçambique. 2010.

_____. Relatório Anual de Progresso das Atividades de combate ao HIV e SIDA- 2013.

Resolução n.º. 11, 2004 de 14 de Abril, pp.130-134.

Jornal eletrónico Deutche Welle. <http://www.dw.com/pt-002/mais-passado-que-futuro-mineiros-mo%C3%A7ambicanos-na-%C3%A1frica-do-sul/a-17762980>, Acesso: em 26 de Fev. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Quadro 1- Perfil dos pacientes entrevistados

Entrevistado	Escolaridade	Profissão	Idade	Sexo
A	Não escolarizado	Guarda Noturno	33 anos	M
B	Não escolarizada	Do lar	44 anos	F
C	Ensino Básico Completo	Pedreiro na África do Sul	39 anos	M
D	Ensino Básico Completo	Vendedor ambulante	24 anos	M
E	Ensino Básico não Completo	Do lar	57 anos	F
F	Ensino Básico não Completo	Ativista/Do lar	50 anos	F
G	Não Escolarizada	Do lar	42 anos	F
H	Ensino Básico não Completo	Vendedeira de hortícolas	45 anos	F
I	Ensino Médio	Motorista/Ex. Trabalhador da África do Sul	38 anos	M
J	Ensino Básico Completo	Do lar	37 anos	F
K	Ensino Básico Incompleto	Ativista em matéria de HIV/Sida	46 anos	F
L	Ensino Médio Completo	Do lar	39 anos	F
M	Ensino Básico Incompleto	Do lar	32 anos	F
N	Ensino Básico Incompleto	Pedreiro na África do Sul	34 anos	M
O	Ensino Médio Completo	Do lar	32 anos	F
P	Ensino Médio Completo	Motorista/ Ex. Trabalhador da África do Sul/ Ex. Professor	50 anos	M
Q	Ensino Básico Completo	Do lar	29 anos	F
R	Ensino Básico Completo	Do lar	38 anos	F
S	Ensino Médio Completo	Farmacêutica	25 anos	F
T	Graduação em andamento	Professora	35 anos	F
U	Ensino Médio Completo	Aposentado	61 anos	M

APÊNDICE B – Quadro-2 Perfil dos Profissionais da biomedicina Entrevistados

Entrevistado	Escolaridade	Profissão	Idade	Sexo
Psa	Ensino secundário Completo	Técnico Médio	39	F
Psb	Ensino secundário Completo	Técnico Médio	33	M
Psc	Ensino secundário Completo	Técnico Médio	32	F

**APÊNDICE C – Quadro-3 Perfil dos Profissionais das redes tradicionais de cura
Entrevistados**

Entrevistado	Escolaridade	Profissão	Idade	Sexo
V	Não escolarizado	Médico Zion	49 anos	M
W	Ensino primário Incompleto	Médica Zion	44 anos	F
X	Ensino superior Completo	Curandeiro	59 anos	M
Y	Ensino Primário completo	Ativista e Fitoterapêutico	57 anos	M
Z	Ensino Primário Incompleto	Ativista e médica Zion	56 anos	F

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Aos pacientes HIV+**

Pesquisa de Dissertação de Mestrado**Tema: o tratamento de pacientes HIV+ no distrito de Xai- Xai em Moçambique****Pesquisadora: Mestranda Nosta da Graça Mandlate****Orientador: Dr. José Carlos Gomes dos Anjos**

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa sobre **o tratamento de pacientes HIV+ no distrito de Xai- Xai em Moçambique**. Esta pesquisa tem como objetivo compreender o contexto sociocultural que conduz aos portadores do vírus da Aids a procurarem a cura e a interpretação da doença dentro das suas redes tradicionais de cura. A pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na cidade de Porto Alegre.

Esperamos que os resultados do estudo possam ajudar os serviços de saúde a identificarem e melhor atenderem as demandas das pessoas que vivem com HIV/SIDA. A sua participação será através de uma entrevista individual semi-estruturada, em local privativo, conduzida por mim. A não participação na pesquisa não trará nenhum tipo de prejuízo a você e nem ao seu atendimento aqui no serviço de saúde. Em casos de dúvidas ou preocupação sobre o estudo, pode contatar a pesquisadora do estudo (Nosta da Graça Mandlate) no número 835569446. Se tiver dúvida acerca de questões éticas desta pesquisa, ou qualquer denúncia, poderá entrar em contacto com Dr. Helder, Enfermeiro Chefe da unidade Sanitária da cidade de Xai-Xai. A entrevista será gravada em arquivo digitais que posteriormente serão transcritos. Os dados serão analisados de forma geral, não aparecendo em nenhum lugar o seu nome ou outros dados que possam identificar os participantes.

Declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Xai-Xai, ____ de _____ de 2016

Assinatura do entrevistado Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Aos cuidadores dos Pacientes HIV+**

Pesquisa de Dissertação de Mestrado**Tema: o tratamento de pacientes HIV+ no distrito de Xai- Xai em Moçambique****Pesquisadora: Mestranda Nosta da Graça Mandlate****Orientador: Dr. José Carlos Gomes dos Anjos**

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa sobre **o tratamento de pacientes HIV+ no distrito de Xai- Xai em Moçambique**. Esta pesquisa tem como objetivo compreender o contexto sociocultural que conduz aos portadores do vírus da Aids a procurarem a cura e a interpretação da doença dentro das suas redes tradicionais de cura. A pesquisa está sendo realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) na cidade de Porto Alegre.

Esperamos que os resultados do estudo possam ajudar os serviços de saúde a identificarem e melhor atenderem as demandas das pessoas que vivem com HIV/SIDA. A sua participação será através de uma entrevista individual semi-estruturada, em local privativo, conduzida por mim. A entrevista será gravada em arquivo digitais que posteriormente serão transcritos. Os dados serão analisados de forma geral, não aparecendo em nenhum lugar o seu nome ou outros dados que possam identificar os participantes. Em casos de dúvidas ou preocupação sobre o estudo, pode contatar a pesquisadora do estudo (Nosta da Graça Mandlate) no número 835569446.

Declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Xai-Xai, ____ de _____ de 2016

Assinatura do entrevistado Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE F – Roteiro de entrevistas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Roteiro para entrevistas individuais e semiestruturada com Mulheres em PTV para Dissertação de Mestrado

Pesquisadora: Mestranda Nosta da Graça Mandlate
Orientador: Professor Dr. José Carlos Gomes dos Anjos

1. **Idade:**
2. **Escolaridade:**
3. **Estado civil:**
4. **Residência:**
5. **Com quem mora:**
6. **Relação com as pessoas com quem mora:**
7. **Ocupação:**
8. **Número de filhos**
9. **Religião**

I. Descoberta da doença

1. Como soube que tinha HIV? E como reagiste ao diagnóstico?
2. Como acha que contraiu o HIV?
3. O que mudou em sua vida, após o diagnóstico?
4. A quem das suas relações contou que tinhas o vírus e qual foi a reação?
5. Recebes algum tipo de apoio por causa desta doença? Aonde?

II. Tratamento ARV

1. Quando e como iniciou o TARV?
2. Recebeu algumas orientações para o início do tratamento? Se sim, pode falar dessa experiência?
3. Fale da sua experiência de tratamento?
4. Quais é que pensa que são os efeitos dos medicamentos que tomas para si e para o seu bebé?
5. Tomaste algum outro medicamento? Se sim, qual e onde encontrou?
6. Procuraste por apoio noutra sítio para além do hospital? Se sim, aonde e pode narrar a experiência desse tratamento?

I. Doenças oportunistas relacionadas com tradição

1. Alguma vez teve Xifula. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
2. Alguma vez teve Kuhambanissiwa. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
3. Alguma vez teve Kuhapala. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
4. Alguma vez teve Kusiwiwa dzakuo. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
5. Alguma vez teve kookhlola. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
6. Alguma vez teve Kutsamiwa. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
7. Alguma vez teve o xikadzabeto? Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?

III. Cuidados com o recém-nascido

1. Como tem sido cuidar do seu bebé?
2. Recebes algum tipo de apoio para cuidar do seu bebé?
3. Achas que eu bebé necessita de algum cuidado especial em relação aos outros bebés?
Se sim, quais?
4. Como alimenta o seu bebé?

IV. Medicamentos aos bebés

1. Dás algum medicamento ao seu bebé? Se sim
 - 1.1. Quais e com que frequência?
 - 1.2. Para que servem?
2. Deu medicamento algum tradicional ao seu bebé? Se sim
 - 2.1. Quando começou a dar?
 - 2.2. Dá com que frequência?
 - 2.3. Onde é que busca? E com que frequência?
 - 2.4. Porque tem que dar esse medicamento?
 - 2.5. Como escolhe o sítio para buscar o medicamento tradicional?
 - 2.6. Que benefícios têm estes medicamentos para o seu bebé?
3. Que importância tem para a saúde do seu bebé?

V. Relação com os serviços de saúde

1. Como é atendida no hospital?
2. Sentiu algum constrangimento por ser atendida na seção de consultas de crianças em risco (CCR) e em consultas integradas?
3. Passou por algum tipo de atitude negativa por parte de algum profissional da saúde ou de outras mulheres pelo facto de ser HIV+?

VI. Orientações do serviço de Saúde

1. Que orientação recebeu do serviço de saúde em relação ao TARV e a amamentação?
2. Cumpre com as orientações?

APÊNDICE G – Roteiro de entrevistas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Roteiro para entrevistas individuais e semiestruturada com Homens e mulheres HIV+ para Dissertação de Mestrado

Pesquisadora: Mestranda Nosta da Graça Mandlate
Orientador: Professor Dr. José Carlos Gomes dos Anjos

1. **Idade:**
2. **Escolaridade:**
3. **Estado civil:**
4. **Residência:**
5. **Com quem mora:**
6. **Relação com as pessoas com quem mora:**
7. **Ocupação:**
8. **Número de filhos**
9. **Religião**

I. Descoberta da doença

1. Como soube que tinha HIV? E como reagiste ao diagnóstico?
2. Como acha que contraiu o HIV?
3. O que mudou em sua vida, após o diagnóstico?
4. A quem das suas relações contou que tinhas o vírus e qual foi a reação?
5. Recebes algum tipo de apoio por causa desta doença? Se sim, onde?

II. Tratamento ARV

1. Quando e como iniciou o TARV?
2. Recebeu algumas orientações para o início do tratamento? Se sim, pode falar dessa experiência?
3. Fale da sua experiência de tratamento?
4. Quais é que pensa que são os efeitos dos medicamentos que tomas?
5. Tomaste algum outro medicamento? Se sim, qual e onde encontrou?
6. Procuraste por apoio noutra sítio para além do hospital? Se sim, aonde e pode narrar a experiência desse tratamento?

III. Cuidados consigo mesmo

1. Que cuidados tem com sua saúde?
2. Recebes algum tipo de apoio por causa da doença?
3. Achas que necessita de algum cuidado especial em relação as que não são HIV+ ? Se sim, quais?

IV. Tratamento em paralelo com Tarv

4. Tomas outros medicamentos? Se sim:
 - 4.1. Quais e com que frequência?
 - 4.2. Para que servem?

5. Alguma vez tomaste medicamento tradicional? Se sim
 - 5.1. Quando começou a tomar?
 - 5.2. Tomas com que frequência?
 - 5.3. Onde é que busca? E com que frequência?
 - 5.4. Porque tem de tomar esse medicamento?
 - 5.5. Como escolhe o sítio para buscar o medicamento tradicional?
 - 5.6. Que benefícios tem estes medicamentos para a sua saúde?

V. Doenças oportunistas relacionadas com tradição

8. Alguma vez teve Xifula. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
9. Alguma vez teve Kuhambanissiwa. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
10. Alguma vez teve Kuhapala. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
11. Alguma vez teve Kusiwiwa dzakuo. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
12. Alguma vez teve kookhlola. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
13. Alguma vez teve Kutsamiwa. Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?
14. Alguma vez teve o xikadzabeto? Se sim, onde foi tratado e como foi o tratamento?

VI. Relação com o serviços de saúde

4. Como é atendido/a no hospital?
5. Sentiu algum constrangimento por ser atendida na seção de consultas integradas?
6. Passou por algum tipo de atitude negativa por parte de algum profissional da saúde ou de outros pacientes pelo facto de ser HIV +

VII. Orientações do serviço de Saúde

3. Que orientações recebeu do serviço de saúde em relação ao TARV?
4. Cumpre com as orientações?

APÊNDICE H – Roteiro de entrevistas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Roteiro para entrevistas individuais e semiestruturada com médicos tradicionais para Dissertação de Mestrado

Pesquisadora: Mestranda Nosta da Graça Mandlate
Orientador: Professor Dr. José Carlos Gomes dos Anjos

I. Procura pelo tratamento tradicional

1. Quem são as pessoas que procuram por atendimento aqui?
2. O que estão buscando?
3. Tem recebidos pessoas a busca de cura de doenças?

II. Tratamento

4. Que medicamentos usas?
5. Que tratamento dá?
6. Por que usas especificamente esses medicamento?
7. O que voce faz?
8. Porque esse tratamento pode curar?
9. Relate casos de pessoas que ficaram bem.
10. Há hora específica para fazer tratamento? Porque?

III. doenças oportunistas

11. Como fazes o diagnóstico e trataas o Xifula.
12. Como fazes o diagnóstico e trataas o Kuhambanissiwa.
13. Como fazes o diagnóstico identificas e trataas o Kuhapala.
14. Como fazes o diagnóstico e trataas o Kusiyiwa dzakuo.
15. Como fazes o diagnóstico e trataas o kutsola
16. Como fazes o diagnóstico Kutsamiwa
17. Como fazes o diagnóstico xikadzabeto

IV. Orientações para tratamento

18. Tem dado orientações para tratamento? Se sim, quais?
19. Os seus pacientes cumprem? E o que acontece se não cumprirem?

APÊNDICE I – Roteiro de entrevistas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

Roteiro para entrevistas individuais e semiestruturada com profissionais de saúde para Dissertação de Mestrado

**Pesquisadora: Mestranda Nosta da Graça Mandlate
Orientador: Professor Dr. José Carlos Gomes dos Anjos**

I Descoberta do tarv

1. Os pacientes fazem livremente o teste?
2. Em que situações recomendam aos pacientes o teste de hiv?
3. E o que tem sido feito em relação aos que não aceitam fazer teste?
4. Como tem sido a recepção da notícia?
5. Como tem sido a reação deles depois de saberem que são hiv positivo?
6. Todos pacientes que vem ao serviço de saúde são submetidos ao teste anti-HIV?

II Administração do Tratamento

7. Todos pacientes que fizerem o teste independentemente do seu estado físico devem iniciar o tarv?
8. O que tem sido tido pelos pacientes acerca da toma dos comprimidos?
9. O que faz com que eles não adiram ao tarv?
10. E muito abandonos são no pré tarv ou em os que estão em tarv?
11. Conheces algumas outras formas de tratamento de hiv, para além da biomedicina dentro do distrito?
12. Os pacientes esperam pela substituição dos comprimidos por injeções, existem?
13. E naqueles casos que eles pedem trocar de medicamentos.
14. As atenções das políticas da saúde estão viradas ao Tarv?

III Relação com as comunidades

16. Como tem sido a articulação com a comunidade?
17. Quais tem sido as ações do serviço de saúde na sensibilização da comunidade para adiram mais ao tarv?
18. Como tem sido a coordenação entre a comunidade e os serviço de saúde?

IV Relação com as redes tradicionais de cura

19. Quais são as questões apresentadas pelos médicos tradicionais?
20. E qual tem sido a essência da negociação com Ametramo?
21. As pessoas diagnósticas hiv +, iniciam imediatamente o tarv?
22. O que faz com que os pacientes adiem o tarv tem a ver com questões da tradição?

V Relação com paciente

23. E em relação às doenças tradicionais relacionadas às doenças oportunistas?
24. Tiveste alguma experiência de pacientes terem abandonado pós aconselhamento?
25. O adiamento do tarv é devido a questões tradicionais?
26. Quais são as questões que os serviços de saúde deviam desenvolver para melhorar a adesão?
27. Quais são as principais demandas que os pacientes apresentam?

28. Como e que tem gerido as questões em que os pacientes apresentam narrativas relacionadas a tradição?
29. O que é que tem sido feito em caso de paciente que acreditam que se não fizerem o tratamento nas suas redes tradicionais de cura não alcaçaram a cura?
30. Quais são as outras nativas que fazem com não adiram ao TARV?

VI Tratamento tarv em mães HIV+

31. O que tem levado as mães a não acederem o PTV e o Tarv?
32. A justificativa tem sido não ter revelado ao parceiro?
33. Não há obrigatoriedade de levar os maridos para a abertura do processo no pré-natal?
34. Isso acontece na abertura do processo?
35. Ou as mães pensam que devem fazer o tarv por causas dos bebês?
36. E no momento da testagem da criança, se for HIV+, as mães revelam que não cumpriam as recomendações?

VII Administração de PTV

37. Como tem sido o PTV e a questão dos medicamentos de lua?
38. Já teve situações em que aparecem mães com crianças com sintomas de doenças de lua? E o que tem feito nesses casos?
39. A divisão na cabeça, que as mães vêem como sinais de doença de lua, que tipo de doenças é?
40. E depois de seis meses as mães que estão em PTV, podem dar esses medicamentos tradicionais aos seus bebês?