



Ana Rita Sequeira

A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença

Centro de Estudos Internacionais

Capítulo I - Metodologia e Epistemologia

Editora: Centro de Estudos Internacionais

Lugar de edição: Lisboa

Ano de edição: 2017

Online desde: 11 dezembro 2019

coleção: ebook'IS

ISBN eletrónico: 9789898876928



<http://books.openedition.org>

Refêrencia eletrónica

SEQUEIRA, Ana Rita. *Capítulo I - Metodologia e Epistemologia* In : *A Malária em Moçambique: Políticas, Provedores de Cuidados, Saberes e Práticas de Gestão da Doença* [en ligne]. Lisboa : Centro de Estudos Internacionais, 2017 (généré le 10 septembre 2020). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/cei/488>>. ISBN : 9789898876928.

CAPÍTULO I

METODOLOGIA E EPISTEMOLOGIA

“A story is not neutral. Nor is it a hidden text which the anthropologist somehow unearths like buried treasure. Narratives never simply mirror lived experience or an ideational cosmos, nor is a story a clear window through which the world, or some chunk of it, may be seen. Telling a story, enacting one, or listening to one is a constructive process, grounded in a specific cultural setting, interaction, and history. Text, context and meaning are intertwined” (Garro e Mattingly, 2001: 22).

O meu interesse por Moçambique remonta a 2002, quando passei por uma experiência de voluntariado, durante dois meses, no distrito de Chiúre (Província de Cabo Delgado). A intensidade dessa vivência levou-me a regressar, em 2003 e 2004. Em Março de 2008, após um percurso profissional diverso, encontrava-me, de novo, em Moçambique, por motivos de trabalho, por um período indeterminado e sem data de regresso a Portugal. Durante os quatro anos que vivemos na província de Gaza, tive a oportunidade de trabalhar com instituições públicas ligadas à saúde e educação, Organizações Não Governamentais de distintas dimensões e de desenvolver um extenso labor nas áreas mais remotas desta província. As reflexões pessoais que surgiram destas experiências profissionais de mais de dois anos foram essenciais para a elaboração do projeto de investigação, uma vez que, nesse momento, já tinha acumulado inúmeros relatos, no meu diário de campo, e anotado problemáticas que gostaria de explorar.

Dada a impossibilidade de realizar trabalho de campo e recolha de dados, em todos os distritos da província de Gaza, Chókwe foi o selecionado, partindo de três critérios que se interrelacionam: o elevado número de casos de malária (ver quadro 1.1), a existência de várias intervenções de controlo dessa doença, implementadas quer pelo Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) do Ministério da Saúde (MISAU) quer por Organizações Não Governamentais¹, o que excluiu, à partida, os distritos do norte da província de Gaza (Mabalane, Massangena, Chigubo e Chicualacuala) por não terem atividades de Pulverização Intradomiciliária (PIDOM)² e, por último, um conhecimento prévio do distrito

¹ Em 2008, Chókwe era um dos distritos com maior número de Organizações Não Governamentais Internacionais (ONGI) – doze – a operar no setor da saúde, na província de Gaza. Ver também capítulo 5.8.

² A pulverização intradomiciliária consiste na aplicação de inseticida, no interior de habitações, com o objetivo de eliminar os mosquitos *Anopheles*, recorrendo ao uso de bombas mecânicas (onde é diluído o inseticida). Dado o elevado grau de toxicidade dos inseticidas utilizados, os rociadores utilizam equipamento de total proteção do corpo, como máscara, botas, luvas, chapéu e fato-macaco.

por parte da investigadora, que coordenou projetos na área da saúde e educação, na província de Gaza, durante mais de dois anos, o que viria a resolver algumas questões logísticas, nomeadamente o alojamento, contactos locais e a contratação de uma intérprete.

Quadro 1.1 – Número de casos de malária no distrito de Chókwè nos anos 2006 e 2007

DISTRITOS	2006	2007
Xai-Xai	217 803	270 823
Chókwè	166 158	108 401
Manjacaze	130 131	88 942
Chibuto	99 762	74 582
Bilene	88 216	71 732
Guijá	48 172	25 875
Chicualacuala	18 795	10 846
Massingir	17160	9 730
Mabalane	15 918	10 506
Massangena	9 294	7 006
Chigubo	8 197	7 835

Fonte: Cortesia do PNCM – DPS Gaza.

É neste contexto de imersão na realidade local que a nossa investigação foi planeada, começando pela definição dos objetivos da pesquisa, delimitação geográfica e determinação dos atores sociais, provedores de cuidados de saúde e demais informantes, cujo contributo pudesse apoiar a compreensão das relações entre os cuidadores e os seus pacientes, no contexto das atividades de controlo da malária, em Moçambique.

1.1 A Comissão Nacional de Bioética para a Saúde e a aprovação do estudo em Moçambique

A realização de qualquer investigação na área da saúde, em Moçambique, tem de ser aprovada pela Comissão Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS)³. De acordo com os princípios bioéticos declarados no protocolo submetido à CNBS, os objetivos gerais e específicos do estudo foram explicados a todos os participantes, antes da entrevista e antes de se iniciarem os grupos focais. A colaboração como informante foi, totalmente, voluntária e registada através da assinatura do Consentimento Informado. Nenhum indivíduo envolvido neste estudo recebeu qualquer tipo de recompensa material ou monetária.

1.2 Delimitação geográfica do estudo

A província de Gaza localiza-se na região meridional de Moçambique, entre as províncias de Inhambane, a norte, e Maputo, a sul. Tem uma superfície de 75 709 Km², uma população de cerca de 1 228 514 habitantes, representando 7% do total da população do país⁴.

O distrito de Chókwè possui 192 556 habitantes (Ministério da Saúde (MISAU), 2012: 67), tendo como principal atividade socioeconómica a agropecuária, com uma área agrícola útil de 87 178 ha, dos quais 30 000 ha irrigados – o maior perímetro irrigado do país (Direção Distrital das Atividades Económicas, 2012: 1).

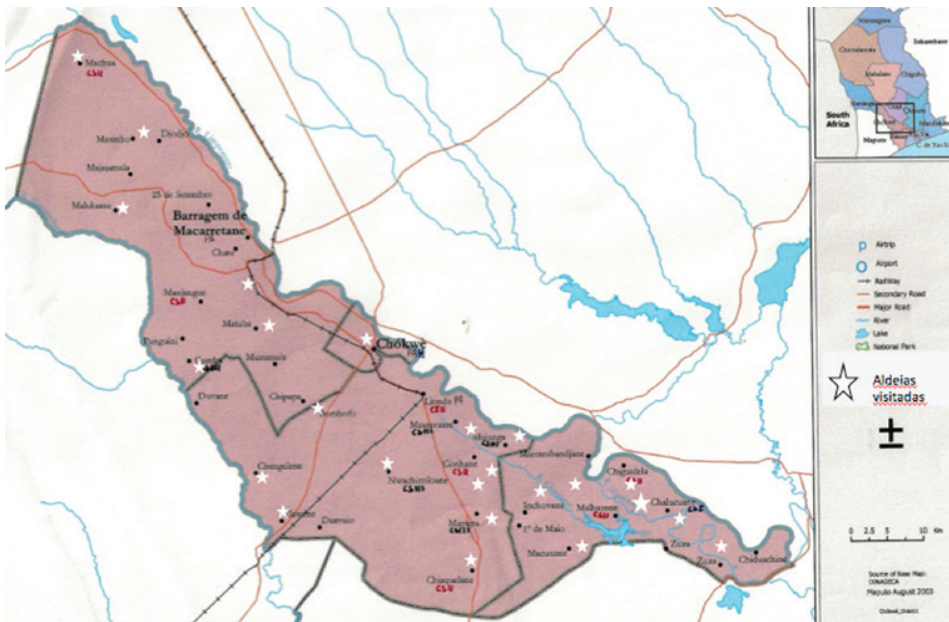
Para além das atividades agropecuárias, a vida comercial da cidade de Chókwè é pautada por inúmeras bancas de comércio formal e informal – de hortícolas, frutas, carvão, lenha, produtos de beleza, produtos importados da África do Sul, fritos, refrigerantes, material eletrónico, telemóveis, reparação de bicicletas e pequenas oficinas de conserto de automóveis. É, também, na cidade de Chókwè que estão representados todos os serviços do governo, principalmente os Serviços Distritais de Educação e Juventude, Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Ação Social, Serviços Distritais de Atividades Económicas, Conservatória e Serviços de Notariado, entre outros. O centro da cidade de Chókwè, com um número crescente de estabelecimentos comerciais e comerciantes de distintas nacionalidades, contrasta fortemente com as restantes aldeias-satélite que existem no

³ A submissão do protocolo de investigação a esta Comissão deve ser acompanhada por uma carta de interesse da instituição-tutela, a nível provincial, sendo, neste caso particular, a Direção Provincial de Saúde de Gaza. O protocolo pressupõe, igualmente, o acompanhamento dos trabalhos, em Moçambique, por um investigador nacional, tendo o Professor Doutor Baltazar Chilundo aceite o meu convite. Autorizada a investigação em termos bioéticos pela Comissão Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS), foi, igualmente, necessária a obtenção do consentimento administrativo por parte do Senhor Ministro da Saúde.

⁴ Recenseamento 2007 – consulta realizada no portal da *internet* do Instituto Nacional de Estatística: <http://www.ine.gov.mz> (03.07.2014).

distrito. Nessas povoações, designadamente Xilembene, Manjanguê, Barragem, Chalokuane, Lionde, Mapapa, entre outras, os meios de sobrevivência são menos diversificados, havendo um menor número de bancas de comércio informal, e estando este comércio mais disperso. Enquanto viajávamos pelas estradas secundárias e terciárias, era muito comum encontrar, na beira da estrada, baldes com produtos agrícolas, sacas de carvão, molhos de lenha ou referência à disponibilização de bebida tradicional que determinada família teria à venda. À medida que saíamos da cidade de Chókwè para as zonas mais periféricas, observávamos um número decrescente das habitações feitas de cimento e chapas de zinco, bem como uma menor expansão e disponibilização de eletricidade e água.

Figura 1.1 – Mapa do distrito de Chókwè



Fonte: Adaptação de um mapa do Programa Mundial de Alimentação

Para proceder à obtenção das autorizações para a realização desta investigação, a nível distrital, as autoridades locais foram contactadas “em cascata”: em primeiro lugar, a Administração Distrital de Chókwè, de seguida, os chefes dos quatro postos administrativos (Lionde, Macarretane, Xilembene e Cidade de Chókwè) e, conseqüentemente, os chefes das localidades (Macarretane, Matuba, Maxinho, Xilembene Sede, Chiducine, Lionde, Conhane, Malau e Cidade de

Chókwè) e, por fim, os líderes comunitários de todas as aldeias visitadas⁵. Dentro dos limites administrativos da Cidade de Chókwè, foi contactado o Município de Chókwè, que organizou uma sessão de apresentação a todos os chefes dos bairros. Posteriormente, os contactos limitaram-se, exclusivamente, aos chefes dos bairros selecionados.

As aldeias a serem visitadas foram escolhidas aleatoriamente, seguindo o critério de percorrermos igual número, onde existisse e não existisse, um centro de saúde. Na cidade de Chókwè, os bairros a visitar foram selecionados de acordo com o critério atrás referido, tendo-se tido, também, em conta a existência de bairros com características predominantemente rurais, a par de bairros mais urbanizados.

1.3 Amostragem

Esta investigação teve por base uma amostragem não probabilística. Apesar de existirem vários símbolos e elementos distintivos das habitações dos curandeiros (bатуques, capulanas⁶ específicas destes profissionais e plantas a secarem) e dos pastores (túnicas e símbolos religiosos expostos, assim como a própria igreja), permitindo uma seleção intencional, seguimos, recorrentemente, as sugestões dadas pelos membros destes dois grupos sociais e pelo próprio líder da aldeia visitada. Em suma, foram entrevistados quarenta e quatro curandeiros⁷ e quarenta e um pastores de igrejas⁸, de modo intencional e por bola de neve. Principalmente na cidade de Chókwè, as visitas sucessivas às igrejas e às residências dos curandeiros permitiram um aprofundamento da informação recolhida nas entrevistas semi-estruturadas.

⁵ Maloluane, Manjangue, Matuba, Cumba, Maxinho, Machua, Conhane, Chiaquelane, Mapapa, Nwachicoluane, Massavasse, Kotsuane, Lionde, Bombofo, Changulene, Tlhawene, Xilembene, Hókwè, Muianga, Macunene, Chalocuane, Chiguidela, Zuza e Município (1º Bairro, 2º Bairro, 3º Bairro, 4º Bairro e 5º Bairro).

⁶ Pano africano com grande simbolismo. O indivíduo, quando nasce, é embrulhado numa capulana; quando ainda não sabe andar, é carregado às costas dos seus familiares, preso com uma capulana; quando morre, é enterrado embrulhado numa capulana. Os padrões das capulanas, também, transmitem a fase de vida em que a mulher se encontra (gravidez, mulher *lobolada*, viúva) e, no caso dos curandeiros, identifica-os o tipo de capulanas que vestem quando realizam rituais.

⁷ Para a transcrição dos testemunhos dos curandeiros, decidiu-se optar pela inclusão do número da entrevista, considerando a enorme quantidade efetuada. Este facto não pretende desvalorizar a identidade de cada entrevistado, mas antes garantir a sua fidedignidade. As reproduções dos testemunhos são referenciadas com o código do curandeiro/a e da aldeia onde a entrevista foi realizada. No que se refere à referenciação de informantes qualificados, recorre-se a uma estrutura semelhante: código da entrevista e função do entrevistado.

⁸ Citações com o código do pastor/a e da aldeia onde ocorreu a entrevista.

O terceiro grupo de provedores de cuidados de saúde entrevistados foram os técnicos e profissionais biomédicos⁹, num total de dezanove, que foram selecionados intencionalmente, de modo a cobrir todos os centros de saúde e hospitais existentes no distrito de Chókwè. No caso dos hospitais ou centros de saúde, onde trabalhava mais do que um técnico, a entrevista era, habitualmente, realizada ao chefe do CS e ao responsável de algum dos serviços. Por exemplo, no Hospital Rural de Chókwè foi possível entrevistar o diretor do hospital, assim como a enfermeira-chefe.

Para além dos provedores de cuidados de saúde contactados, efetuaram-se entrevistas a oitenta e sete homens e mulheres¹⁰, que foram selecionados, de modo intencional, à medida que íamos deambulando pelas aldeias e realizando as restantes entrevistas aos provedores de cuidados de saúde.

Por fim, também foi decidida a realização de catorze grupos focais com mulheres¹¹, envolvendo um total de setenta e quatro. Por motivos de logística do trabalho de campo e colaboração dos líderes comunitários, a sua seleção foi da responsabilidades dos mesmos. Nas conversas informais¹² que realizávamos, antes de iniciarmos os grupos focais, foi possível compreender que a sua seleção pressupunha experiências passadas de trabalho assalariado ou voluntário nos e com os serviços de saúde locais ou Organizações Não Governamentais. Este envolvimento involuntário foi tido em consideração, ao longo da análise dos dados.

À exceção das entrevistas efetuadas com os profissionais de saúde, que decorreram em língua portuguesa, a maioria das restantes entrevistas foi realizada na língua local (*xiChangana*), com a presença de uma intérprete/assistente¹³ de cam-

⁹ Registos com o código provedor biomédico. Devido à existência de apenas um técnico de saúde por centro de saúde (principalmente nas aldeias mais remotas, entre os anos de 2011-2012), as citações não incluem a localização, de modo a salvaguardar a sua identidade.

¹⁰ Citações marcadas com o código homem/mulher e aldeia onde a entrevista foi realizada.

¹¹ Transcrições assinaladas com o código do grupo focal e aldeia onde a entrevista decorreu.

¹² Na tentativa de criar empatia e quebrar a formalidade inicial, a nossa apresentação e identificação (“quem éramos”) constituía um grande desafio: não éramos médicas, não trabalhávamos para a “Saúde” (expressão local para definir aqueles que trabalham para o Ministério da Saúde), não fazíamos parte de nenhum projeto (expressão local para se referir uma Organização Não Governamental), nem tínhamos redes mosqueiras para distribuir. A “correta” compreensão do nosso *background* determinaria, em grande medida, a atitude que os entrevistados adotariam. A utilização de expressões como “escola”, “universidade” e “relatório” talvez tenham contribuído para esse esforço.

¹³ Quando tivemos que iniciar os preparativos para o trabalho de campo, uma das grandes preocupações prendeu-se com a seleção do intérprete, uma vez que o trabalho de campo seria prolongado no tempo e implicaria uma ausência significativa da cidade de Chókwè. Essa total disponibilidade da Maria foi determinante. O seu conhecimento local, ao nível da língua, contactos pessoais e do próprio distrito evitaram, várias vezes, que andássemos perdidas em estradas onde a sinalética de orientação local se guia por cajueiros, mangueiras e canhueiros. No que se refere à fase de tradução e transcrição das entrevistas, o seu à-vontade com os programas de processamento de texto facilitou o processo de auscultação e revisão. Os preparativos da ida para o campo foram diversos: a tradução dos guiões das entrevistas e grupos focais, a explicação detalhada do que se pretendia saber em cada questão, a realização dos pré-testes, a importância da linguagem não-verbal, a designação correta dos termos relacionados com as práticas e rituais dos médicos tradicionais, as expressões utilizadas para referir os diferentes tipos de cuidadores e o nome das doenças, em língua local, entre outros.

po, que fazia a tradução simultânea. A sua presença foi determinante no contacto com a população, na observação participante e na transcrição dos dados recolhidos. Apesar das várias estratégias para minimizar os efeitos e riscos da utilização de intérpretes, reconhece-se que esta é uma limitação do próprio estudo (Temple e Young, 2004: 164-165).

O modo de registo preferencial das entrevistas, grupos focais e outros eventos foi a gravação áudio-digital e o vídeo (para os eventos). No entanto, houve interlocutores que não aceitaram a gravação digital e, nesses casos, utilizou-se a tomada de notas. Em suma, das 205 entrevistas e grupos focais realizados, 138 dispõem de um registo-áudio e as restantes 59 possuem, apenas, uma reprodução escrita. As entrevistas em *xiChangana* foram, integralmente, traduzidas e transcritas para língua portuguesa (com algumas adaptação ao nível da sintaxe), tendo sido revistas pela assistente de campo e pela investigadora.

A observação participante foi transversal a todo o período de permanência em Moçambique (desde março de 2008 a julho de 2012), com especial ênfase para os últimos dois anos, em que houve uma vivência diária¹⁴, de maior proximidade com os *tinyanga*, pastores e líderes comunitários.

Apesar de contactarmos, diariamente, com diferentes provedores de cuidados de saúde e, tendo entrevistado interlocutores cuja experiência de um episódio de malária estava bem presente na sua memória, a compreensão desse sofrimento, aflição e angústia estavam limitadas à experiência do “outro”. Neste sentido, a observação participante e a tentativa de aproximação e compreensão do “outro” é sempre uma experiência incompleta (van der Geest, 2007: 12), grandemente, condicionada pelo momento presente e, neste caso em especial, a existência de uma pessoa doente e um provedor disponível.

Os fenómenos de expressão da saúde e da doença estão fortemente ancorados nas culturas locais e, como refere Ria Reis e van der Geest:

“(…) Illness is a cultural product in the sense that it is impossible to think of it in such a way that is totally unrelated or meaningless to the life of the patient. (...) The explanation of the illness can also be nothing but a cultural act” (van der Geest e Ria Reis, 2005: 12).

As terminologias locais, em *xiChangana*, para as enfermidades, demarcam, claramente, esta fronteira. Não só uma determinada expressão define e qualifica

¹⁴ As visitas às aldeias requeriam nelas pernoitar, quer para realizar as entrevistas, quer para participar em algum eventos comunitários e religiosos. Por sugestão do Administrador do distrito de Chókwe, acampávamos na casa dos líderes comunitários, podendo, assim, tomar parte em algumas tarefas diárias (Sendo consideradas visitas, fomos sendo tratadas com muita mordomia.), conversar com os presentes, utilizar as suas latrinas (um elemento muito importante) e partilharmos as nossas/suas refeições.

uma enfermidade, associando-a com a cultura local, como um investigador não possui categorias para “traduzir” esses signos e torná-los acessíveis aos leitores (Pelto e Pelto, 1997: 155). Por este motivo mantiveram-se as expressões em língua nativa, ao mesmo tempo que se considerou a existência de *malária* e malária, em que esta última se refere à categoria biomédica e a primeira à enunciação dos interlocutores.

Sendo a saúde e a doença objetos sociais tão permeáveis aos atores envolvidos, às dinâmicas económicas, políticas e sociais de uma região, às estratégias definidas a nível governamental e às calamidades naturais procurou-se abranger um número diversificado de informadores qualificados e de agentes do desenvolvimento, no distrito de Chókwe¹⁵, a quem foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Entre eles, destacam-se os representantes de várias Organizações Não Governamentais (ONG) – internacionais¹⁶ (ONGI) e locais¹⁷ –, empresários locais¹⁸ e elementos com cargos de chefia nas instituições públicas¹⁹ distritais. Os seguintes testemunhos de Lock e Nguyen viriam a reforçar a importância desta abordagem.

“(...) a multi-sited ethnographic approach readily opens up for questioning ontological assumptions about how we know what we know. One effect of this approach is to highlight the way in which scientists, health policy makers, and publics are all caught up in culturally informed realities that are sometimes mutually reinforcing, and at the other times divisive” (Lock e Nguyen, 2010: 10).

De modo a compreender as relações interinstitucionais envolvidas na tomada de decisão sobre a adoção de estratégias de controlo da malária, realizaram-se, complementarmente, entrevistas a “nível central”, junto de Organizações Não Governamentais Internacionais²⁰ e nacionais²¹, agências das Nações Unidas²²,

¹⁵ Diretor Distrital das Atividades Económicas; Técnico de Programas do Instituto Nacional de Ação Social; Responsável da Saúde e Desenvolvimento do 3º Bairro da Cidade de Chókwe.

¹⁶ Coordenadora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Médicos do Mundo; Responsável provincial da *World Relief (WR)*; Coordenador da PIDOM no distrito do Chokwe, da *Lubombo Spatial Development Initiative (LSDI)*.

¹⁷ Coordenador Interino da Vila do Milénio de Lionde; Responsável Distrital da Cruz Vermelha de Moçambique.

¹⁸ Diretor da EMVEST; Diretora dos Recursos Humanos da MIA (Moçfer Indústrias Alimentares).

¹⁹ Administrador do Distrito de Chókwe, Presidente do Município de Chókwe, Responsável Provincial do Programa Nacional de Controlo da Malária, Médica-chefe distrital de Chókwe.

²⁰ Consultor para a malária da *Family Health International (FHI)*; Diretor dos Projetos de Saúde da Fundação *Aga Khan*; Representante da *Malaria Consortium*; Diretor do Projeto da Malária financiado pelo Fundo Global, na *World Vision (WV)*.

²¹ Diretor dos Projetos de Saúde da Fundação para o Desenvolvimento Comunitário (FDC).

²² Oficial da Malária da Organização Mundial de Saúde; Oficial da Malária da Agência das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

agências multilaterais²³ e movimentos de cariz religioso²⁴, tendo todos como denominador comum apoiarem o Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM), através de assessorias técnicas, da implementação e do financiamento de atividades de controlo da malária em Moçambique. A direção do PNCM e o Instituto de Medicina Tradicional (pertencente ao Ministério da Saúde), também, foram incluídos nesta consulta.

A decisão de realizar a presente investigação em diversas aldeias do distrito de Chókwè assim como em múltiplos contextos terapêuticos foi ponderada em termos analíticos, logísticos e monetários²⁵, em detrimento de uma etnografia mais clássica, realizada apenas numa localização geográfica, junto do provedor de cuidados de saúde. Em termos analíticos, a preferência pela apreensão das dinâmicas das relações entre provedores, doentes e familiares, em contextos geográficos diferenciados, permitiria, à partida, o acesso a uma maior diversidade de atores, testemunhos e experiências e à sua articulação com a história local. Em oposição, o acompanhamento de apenas um *nyanga*, num contexto tão remoto e concorrencial, poderia acarretar embaraços, nomeadamente de os pacientes não se sentirem à-vontade com a presença da investigadora ou do próprio curandeiro solicitar uma retribuição monetária pelo tempo despendido. Desta abordagem metodológica podem destacar-se, como constrangimentos, os aspetos temporais do trabalho de campo e, conseqüentemente, a qualidade/profundidade das relações estabelecidas com os interlocutores (Hannerz, 2003: 201-216), nas aldeias mais remotas.

A integração da “paisagem organizacional”, para além da típica emersão do antropólogo no seu lugar de estudo (distrito de Chókwè), permitirá a compreensão da interação entre a saúde e suas práticas locais e a saúde pública.

Por fim, a caracterização sociodemográfica dos entrevistados foi analisada com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.

²³ Responsável dos Programas de Saúde do Banco Mundial; Representante do Movimento Fazer Recuar a Malária (*Roll Back Malaria*); Representante do *Country Coordination Mechanism* (CCM) do Fundo Global em Moçambique.

²⁴ Director Executivo e Oficial de Monitoria do PIRCOM (Programa Inter-religioso Contra a Malária).

²⁵ Em termos logísticos e monetários, tiveram de ser consideradas as viagens para as aldeias onde foram efetuadas as entrevistas e grupos focais, as aldeias onde decorreram eventos realizados pelo PNCM, as deslocações para a cidade de Maputo, ao encontro dos informantes qualificados das ONGI, organizações religiosas e agências das Nações Unidas. Entre Abril de 2012 e Junho de 2013, as deslocações de automóvel contabilizaram 5000km.