

Mulheres e cuidados domiciliários num contexto de HIV e SIDA

Por Ana Loforte

Publicado em Outras Vozes, nº 35-36, Agosto-Novembro de 2011

Introdução

O acesso aos serviços é um factor crucial nos sistemas de saúde e tem um impacto directo no bem-estar da população. Em Moçambique, os principais instrumentos programáticos e estratégicos do Ministério da Saúde (MISAU) designadamente o Plano Estratégico do Sector da Saúde 2005-2010, a Estratégia de Género do Sector da Saúde de 2009 sublinham o acesso universal aos serviços, particularmente aos cuidados primários baseados na equidade e melhor qualidade dos serviços.

Neste contexto, o envolvimento da comunidade nestes cuidados é considerado fundamental pelo MISAU assim como por outras instituições, para o planeamento, funcionamento e melhoria da utilização dos serviços numa complementaridade com os esforços dos profissionais desta área.

Assim, tem sido favorecido o *empoderamento* das comunidades como condição para um acesso universal à atenção institucionalizada. Num período de grande expansão do HIV e do SIDA, sublinha-se que a redução das taxas de novas infecções irá derivar, ente outros aspectos, do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva integrados e de qualidade.

O país introduziu sistemas de administração da terapia anti-retroviral, Programas de Prevenção da Transmissão Vertical, Serviços de Aconselhamento e Testagem Voluntária onde os activistas e os líderes comunitários têm um papel crucial na mobilização para a aderência, diagnóstico, prevenção e tratamento. Todavia, o funcionamento destes serviços e programas assim como a participação das comunidades são vistos em termos mecânicos e imediatistas, não se considerando as dimensões das relações sociais nas quais as desigualdades de género pontificam. As práticas e rotinas das comunidades não têm sido equacionadas nesta óptica.

Baseando-se nas pesquisas realizadas pelo Departamento de Arqueologia e Antropologia em 3 distritos da província de Maputo (distrito da Manhiça de Maio a Julho de 2010, distrito de Marracuene de Junho a Agosto de 2011 e Boane de Outubro a Dezembro de 2011), com vista ao reforço dos sistemas de base comunitária que apoiam o tratamento

ao HIV e SIDA, este artigo procura evidenciar que a participação das mulheres na prestação de cuidados de saúde é determinada por um conjunto de valores que afectam a rede de prestação e a operacionalização do sistema de saúde na comunidade, particularmente no tocante ao combate ao HIV e SIDA.

Na verdade, processos interactivos ocorrem nas suas dimensões sociais e políticas conferindo características peculiares e dinâmicas culturais *sui generis*. Estes mesmos processos configurados igualmente pelo *habitus* (Bourdieu, 1977), ou seja, por um conjunto de experiências e disposições que moldam as condutas dos membros da comunidade, favorecem ou constroem a prestação de serviços, nomeadamente os cuidados domiciliários.

Os desafios da pesquisa

A taxa de prevalência do HIV em Moçambique é de 11,1%, com destaque para as mulheres cuja taxa é de 13,4% e os homens 9,2%. As taxas mais altas registam-se nas províncias do sul, com Maputo Província a atingir 20%, segundo os Indicadores Sócio Demográficos de Moçambique (FNUAP, 2011). Estes valores põem a nu uma realidade sombria e evidenciam que, apesar dos melhoramentos introduzidos nos serviços de saúde pública do país, o acesso aos serviços de prevenção e tratamento continua a ser problemático.

Um conjunto de técnicas qualitativas foi aplicado na investigação, com particular incidência nos grupos focais de discussão integrando jovens, mulheres adultas e homens adultos, líderes comunitários e funcionários dos serviços de saúde, com vista a envolver os informantes como participantes activos num processo de grande interactividade, mas igualmente proporcionar reflexões sobre os significados das decisões e acções.

O envolvimento dos membros da comunidade como parceiros na busca de informação foi crucial para a descrição e análise da sua própria situação, avaliação dos constrangimentos e oportunidades, mas igualmente para a recolha dos pontos de vista e crenças sobre a saúde, formas de prevenção e tratamento do HIV e da SIDA.

As diversas técnicas usadas no Protocolo da Pesquisa exigiram exercícios de análise bastante demorados, muita reflexão e debate de ideias com os quais os informantes não estavam habituados.

No entanto, todas estas dificuldades constituíram um desafio metodológico muito interessante, ajudando a perceber e confrontar as diferenças entre as expectativas criadas sobre a participação comunitária e o funcionamento dos serviços, e as práticas do

quotidiano. Estas diferenças e contradições entre o que se espera e o que acontece no dia-a-dia, levaram-nos a prestar atenção aos espaços criados/mantidos para organizar valores e regras e as estratégias encontradas para aderir ou romper com modelos de comportamento e actuações que são impostos.

Participação comunitária: pressupostos e mecanismos

O conhecimento das lógicas subjacentes à prestação de serviços a homens e mulheres na comunidade, que constitui objecto da nossa pesquisa, foi orientado por um quadro teórico assente numa perspectiva que procura compreender o contexto mais amplo onde se movimentam as distintas representações de saúde e doença, bem como as diversas formas de entender e praticar as artes terapêuticas num espaço geográfico comum.

Foi nossa intenção também compreender como homens e mulheres, partindo da significação atribuída aos fenómenos sociais, utilizam as suas competências numa acção colectiva para satisfação das suas necessidades (Weber, 2005) ou através da (i) incorporação de novos elementos que, por vezes, desafiam a herança cultural; ou (ii) mantendo e reproduzindo os valores e práticas tidos como legítimos (Bourdieu, 1977).

O estudo das dinâmicas estruturantes das instituições de prestação de cuidados de saúde convidou-nos também a pensar em termos de relações: assim a teoria feminista forneceu-nos um quadro conceptual para o entendimento das diferenças construídas entre homens e mulheres nas práticas assistenciais. Procurou-se, deste modo, explorar como os papéis de género, as hierarquias e as desigualdades de poder no acesso e controlo dos recursos influenciam as habilidades de homens e mulheres para a participação nas actividades que promovem a saúde, no uso dos serviços, facilitando ou criando constrangimentos.

Com bem nos lembra Geertz (1991), analisar as comunidades não significa somente descrever uma estrutura social, mas sim estar atento às normas que as organizam e que as põem em contacto com outras.

Os sistemas médicos

A pesquisa permitiu constatar que um conjunto harmonizado de instituições sociais e tradições se foram erguendo a partir de práticas preventivas, terapias e processos assistenciais que actuam de forma interdependente para preservar a saúde. Atingidos pelo HIV e SIDA, os membros das comunidades usam de forma sequencial ou

complementar as distintas medicinas e, conseqüentemente, diferentes modelos terapêuticos de acordo com a interpretação da doença e a tensão social que esta interpretação expressa.

Existem nos distritos estudados dois níveis de prestação de serviços. O primeiro compreende a unidade sanitária de nível distrital (Hospital Rural) e os Postos de Socorro em algumas aldeias e os Centros de Saúde na sede das Localidades.

O segundo nível é prestado na comunidade por ONG's nacionais e internacionais, através dos seus funcionários e activistas, e por instituições locais, como as igrejas e os praticantes da medicina tradicional, os curandeiros. Embora permaneçam autónomas, há uma cooperação e colaboração entre elas. Com frequência, a medicina tradicional refere os doentes às unidades sanitárias (US) quando consideram que estas estão mais aptas a tratar as enfermidades.

Neste artigo, no que concerne as práticas assistenciais, iremos referir-nos brevemente ao acesso à biomedicina e aos cuidados domiciliários prestados por activistas.

As Práticas assistenciais

O acesso à biomedicina

Atentos à vulnerabilidade programática e institucional procuramos analisar a qualidade da atenção nos serviços e as suas características. Estes elementos jogam um papel primordial para a sua aceitação por parte da comunidade assim como o seu uso efectivo. Quais são os obstáculos?

Foi mencionado que o acesso a estes serviços tem sido difícil devido a uma ampla gama de factores. Primeiro, o facto de o Hospital Rural ser o único com capacidade de testagem obriga as pessoas a terem que percorrer longas distâncias a pé ou a terem de pagar para apanhar um transporte.

Assim, e na ausência de uma ambulância que possa cobrir todas as necessidades, as pessoas recorrem ao transporte público ou privado. O público é muito escasso enquanto que o privado, que é caro, recusa-se a transportar doentes. Esses meios de transporte só podem ser apanhados na Estrada Nacional nº 1, uma vez que em virtude das deficientes condições das vias nos locais onde as comunidades vivem o transporte não chega lá. Alternativamente, as pessoas têm que alugar uma viatura para poderem chegar ao hospital, o que não está ao alcance da grande maioria dos doentes.

As mulheres enfrentam obstáculos adicionais. Raramente têm dinheiro próprio: a procura de meios para pagarem a viagem representa uma barreira adicional para acederem ao tratamento. A deslocação ao hospital para testagem ou tratamento pode tornar-se problemática e complicada, pois o parceiro ou outros da família questionam os objectivos da deslocação. No caso da gravidez, esta é vista como um assunto familiar, e os processos assistenciais devem ser compreendidos no contexto da representação social da procriação e das ideologias de género que ditam com quem a mulher pode ir à unidade sanitária ou ao curandeiro.

Outro aspecto considerado inaceitável para quem procura os serviços, as mulheres em particular, é que os profissionais fazem perguntas indiscretas e desencorajadoras. Revelando pouca habilidade na comunicação e nas formas de lidar com os utentes, na sua maioria com pouca escolaridade, para além das perguntas que devem fazer para ajudar a avaliar o estado de saúde da/o paciente (exemplo: “Quantos anos tem? Quantos filhos tem?”), ainda colocam questões sem relação ou interesse para a situação de atendimento, do tipo: “Você com esta idade vem fazer o quê aqui?”

Face a essas perguntas e aos maus tratos verbais, os potenciais beneficiários optam por não voltar a procurar os serviços e ainda contam as suas experiências a outros membros da comunidade na mesma faixa etária, que perdem a motivação para buscarem as unidades sanitárias.

Para as mulheres grávidas, algumas portadoras do HIV, a própria estrutura dos serviços pré-natais inibe o seu uso. Numa aldeia estudada, a sala para estes cuidados era um espaço de passagem e de encontro de outros doentes e as falas são escutadas com muita nitidez. As mulheres evitam ir ao controlo da gravidez.

Aqueles que conseguem chegar ao Hospital Rural enfrentam outras barreiras para aceder aos serviços. Uma delas é o facto de existir uma grande procura dos mesmos o que conduz à demora no atendimento e longas filas.

A inexistência de serviços exclusivos para assuntos ligados ao HIV e ao SIDA é outro problema que foi apresentado como barreira. O estigma do SIDA pode aumentar o receio das pessoas de serem humilhadas e maltratadas.

Constatamos ainda que dispor de informação sobre o funcionamento destes serviços pode constituir um primeiro passo para a prevenção e tratamento, pois tem o potencial de criar afinidades com o discurso médico. No entanto, tomar uma decisão ou fazer escolhas requer mudanças adicionais que derivam de uma maior autonomia e da capacidade de agir (*agency*).

Pôr em prática a informação em matéria de prevenção e tratamento requer, em muitas ocasiões, a criação de oportunidades para que as pessoas que vivem em condições de vulnerabilidade possam desenvolver as suas capacidades através do acesso à saúde e ao trabalho remunerado.

As pessoas estão cientes de que há recursos terapêuticos eficazes no hospital rural mas os critérios locais de aceitação são condicionados pela distância, assim como pelas próprias rotinas de funcionamento dos serviços. Os benefícios percebidos devem correlacionar-se com os obstáculos percebidos e vivenciados - custos do transporte e qualidade dos serviços prestados.

Nestas circunstâncias e tendo em atenção a lógica do duplo nível de causalidade das doenças, a acção de outros provedores torna-se relevante, determinando percursos terapêuticos duais (com recurso a instituições não médicas como as igrejas *ziona*, detentoras de práticas exorcistas para expulsar os maus espíritos, curandeiros) e a intervenção dos activistas.

Activistas e cuidados domiciliários

Para a prevenção operam diversas organizações nacionais e estrangeiras. A título elucidativo, até 2010, o Núcleo Provincial de Combate ao SIDA em Maputo trabalhava com uma rede de 400 ONGs que implementavam programas, alguns dos quais visavam trazer resultados rápidos e eram vistos como “Programas de Emergência”. Entretanto, hoje em dia, devido aos cortes nos financiamentos, operam apenas 160 organizações.

Alguns dos projectos destas organizações visam o fortalecimento de cuidados baseados na comunidade a pessoas vivendo com HIV, a mulheres em período pré e post parto, apoio a crianças órfãs e vulneráveis e suas famílias. Pretendem melhorar a saúde e a qualidade de vida da população, através de actividades de assistência às comunidades no combate às doenças crónicas e infecciosas. Funcionam como canais de transmissão de novos conhecimentos e entrega de materiais para a prevenção do HIV, realização de palestras e distribuição de cartazes.

As estratégias de prevenção centram-se na distribuição da informação sobre formas de contágio, necessidade de uso do preservativo, baseando-se na ideia de que o acesso à informação é o primeiro passo para mudar o comportamento individual ou que a mudança de comportamento que traga benefícios para a saúde é suficientemente aliciente para ser adoptada sem hesitações.

Todavia, o preservativo é tido pelas comunidades como inaceitável a nível de relacionamento marido-mulher. As relações sexuais devem conduzir à procriação. Mulheres e homens mostram-se contra o seu uso e qualquer tentativa nesse sentido gera contestações, suspeição e algumas vezes violência dos mais diversos tipos. As pessoas absorvem e reinterpretem a informação biomédica emitida, a partir dos seus sistemas culturais de representação e práticas. Deste modo, o trabalho dos provedores deve ir muito além da transmissão da informação sobre o HIV e SIDA e a prescrição do uso do preservativo, pois os efeitos dos conceitos e percepções que constituem a cosmologia dos utentes cria barreiras ao seu uso.

Numa acção complementar, os activistas difundem os serviços disponíveis nas unidades sanitárias, formas de mitigar os efeitos do HIV e como contornar a exclusão de actividades colectivas derivadas do estigma e discriminação.

A mediação entre as comunidades e as organizações é realizada pelos activistas que mantêm relações contínuas e periódicas e identificam os doentes. Durante as visitas domiciliárias, estes provedores aconselham sobre estratégias para continuar a viver com o HIV e sobre as formas de evitar (re)infecções.

O aconselhamento é uma componente fundamental para a prevenção do HIV e SIDA, visto que é uma porta de entrada para os cuidados, tratamento e suporte psicossocial, bem como para a mudança de comportamento. Considerando as limitações do sistema local em atender os casos de SIDA, o seu trabalho é valioso e, muitas vezes, são o único contacto entre a/o doente e o mundo de fora, nos casos em que esta/e é abandonada/o pela família, nomeadamente as mulheres seropositivas, que são estigmatizadas porque acusadas de terem infectado os seus maridos.

Verifica-se, contudo, uma tendência dos activistas ligados às ONGs serem homens que recebem uma remuneração, enquanto o maior volume dos cuidados domiciliários, sem quaisquer honorários ou subsídios, recai sobre as mulheres. Elas são actores sociais interagindo com infectados e afectados o que abre espaços de diálogos que rompem o silêncio, reduzem o estigma e facilitam o acesso à prevenção e tratamento.

Com efeito, as mulheres estão representadas de forma significativa nestes cuidados e por diferentes razões, que denotam as desigualdades de género e poder presentes nestas práticas assistenciais:

- A prestação de cuidados a nível doméstico é visto como uma actividade “natural” das mulheres; estas são tidas como guardiãs da tradição, das normas dos grupos, como

sempre o fizeram: estão, assim, mais aptas para cuidados dos doentes de acordo com o preceituado.

- Os homens, vistos como os “ganha-pão da família”, não podem estar vinculados a este tipo de actividade sem remuneração.

Assim, o cuidado domiciliário é um trabalho feminino num contexto onde a feminilidade é construída a partir de valores que sublinham a subserviência e a dedicação ao outro. Num campo vasto de dominação masculina, ele é remetido para a esfera do privado, é desvalorizado, desqualificado, e concebido como se não requeresse habilidades e competências.

Na verdade, os cuidados domiciliários implicam atenção, responsabilidade, a aquisição de um capital social através do investimento do seu tempo para atingir a confiança mútua e a interacção com os membros da comunidade; pressupõem também a tomada de decisão sobre formas de os prestar, revestindo de poder e autoridade a quem os confere.

O reconhecimento da importância dos cuidados, de facto, desafia a legitimidade da distribuição desigual do poder e dos recursos. Com efeito, no quadro da actuação para o combate ao HIV, apesar de alguns progressos no reconhecimento das desigualdades de género que alimentam a pandemia, poucas respostas nacionais canalizam meios financeiros para a arena dos cuidados prestados por mulheres e raparigas. A contribuição das mulheres e raparigas na economia através dos cuidados não figura nas políticas macroeconómicas.

Ao argumentar-se que as mulheres são pessoas vocacionadas para o trato dos doentes, para manter a tradição e para a permanência cultural e conservação dos valores, é preciso ter em conta, como afirma Lenclud (1987: 118), que a utilidade particular de uma tradição é possibilitar e oferecer a todos que a enunciam os meios de afirmar, no quotidiano, as suas diferenças, e de assegurar a sua autoridade e poder.

Considerações finais

A pesquisa permitiu evidenciar que para além da componente clínica que inclui os serviços de atenção ao paciente, a prevenção e o tratamento incluem um conjunto de intervenções de suporte de diferentes provedores que actuam em simultâneo ou de forma alternada, visando uma gestão integrada da doença. As medidas destinam-se a maximizar a aderência e eficácia do tratamento que são componentes essenciais para a intervenção médica.

Factores múltiplos, incluindo a insuficiência de transportes, a dependência económica sobretudo das mulheres, a falta de cordialidade e respeito por parte dos profissionais integrados num aparato institucional que não favorece o diálogo com utentes, impedem uma maior procura das unidades sanitárias que possibilitam a compreensão biomédica do HIV e SIDA, ITS, a prescrição e administração de anti-retrovirais, proporcionando a maior intervenção das mulheres nos cuidados domiciliários.

Mas as barreiras sociais e económicas e as desigualdades de género e poder impedem o reconhecimento e valorização da prestação de serviços de saúde protagonizados pelas mulheres na assistência às pessoas vivendo com HIV e SIDA.

Referências:

Bourdieu, P. (1977). **Outline of a theory of Practice**. Cambridge, Cambridge University Press.

FNUAP (2011). **Indicadores Sócio Demográficos de Moçambique**. Maputo.

Geertz, C. (1991). **A interpretação das Culturas**. Oeiras: Celta Editores.

Lenclud, G. (1987). *La tradition n'est plus ce qu'elle était*. In : **Terrain**, 9. pp. 110-123
(<http://terrain.revues.org/3195>)

Weber, M. (2005). **Três tipos de poder e outros escritos**. Lisboa: Tribuna da História.