



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Entre o risco e a (in)certeza:

o papel da confiança nas práticas e relações sociais com os medicamentos na cidade de Maputo, Moçambique.

Rodrigues, C.F.

DOI

[10.17345/9788484248255](https://doi.org/10.17345/9788484248255)

Publication date

2020

Document Version

Final published version

Published in

Medicamentos, Cultura y Sociedad

License

CC BY-NC-SA

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Rodrigues, C. F. (2020). Entre o risco e a (in)certeza: o papel da confiança nas práticas e relações sociais com os medicamentos na cidade de Maputo, Moçambique. In J. Fröhlich Zapata, C. García, & O. Romaní (Eds.), *Medicamentos, Cultura y Sociedad* (pp. 129-150). (Antropologia Mèdica). Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili.
<https://doi.org/10.17345/9788484248255>

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (<https://dare.uva.nl>)

ENTRE O RISCO E A (IN)CERTEZA: O PAPEL DA CONFIANÇA
NAS PRÁTICAS E RELAÇÕES SOCIAIS COM OS MEDICAMENTOS
NA CIDADE DE MAPUTO, MOÇAMBIQUE¹

Carla F. Rodrigues

Department of Anthropology, University of Amsterdam y Departamento
de Sociologia, Universidade Eduardo Mondlane
carla.af.rodrigues@gmail.com

Resumo: Este capítulo debruça-se sobre o papel da confiança na gestão da incerteza e do risco relativamente ao uso de medicamentos. Com base numa pesquisa sociológica em Maputo, Moçambique, esta análise procura compreender como diferentes modalidades de confiança, desdobradas analiticamente em três ‘camadas’ ou bases relacionais —confiança nos sistemas médicos, nas organizações e nos provedores de saúde, e nas experiências pessoais e socialmente partilhadas— operam em conjunto dando forma às relações dos indivíduos com os medicamentos, num contexto de crescente pluralismo terapêutico.

Palavras-chave: confiança, risco, medicamentos, pluralismo terapêutico, Maputo, Moçambique

Resumen: Este capítulo aborda el papel de la confianza en la gestión de la incertidumbre y el riesgo con respecto al uso cotidiano de medicamentos. Basado en una investigación sociológica en Maputo, Mozambique, este análisis busca comprender cómo diferentes modalidades de confianza, analíticamente dividido en tres ‘capas’ o bases relacionales —en los sistemas médicos, en las organizaciones y proveedores de salud, y en las experiencias personales y socialmente compartidas— operan juntas dando forma a las relaciones de los individuos con los medicamentos en un contexto de creciente pluralismo terapêutico.

Palabras clave: confianza, riesgo, medicamentos, pluralismo terapêutico, Maputo, Mozambique

1 Esta pesquisa foi financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/78172/2011). Parte dos resultados e das considerações analíticas apresentadas neste capítulo foram desenvolvidos com maior profundidade em Rodrigues (2016).

Introdução

Como resultado de processos de globalização, uma crescente variedade de práticas e de recursos terapêuticos estão cada vez mais disponíveis em diversos contextos locais, um pouco por todo o mundo. Esta diversidade, muitas vezes enraizada em diferentes sistemas médicos e de conhecimento (embora intrincados entre si) com estatutos sociais e políticos diferenciados, tende a aumentar a incerteza nos processos de avaliação e de escolha por parte dos indivíduos. No contexto destas paisagens terapêuticas plurais e em constante mudança, interessa perceber de que forma os indivíduos avaliam, categorizam e interpretam diferentes recursos terapêuticos; e como gerem os seus consumos quotidianos no âmbito dessa diversidade terapêutica.

Com base numa pesquisa sociológica conduzida em Maputo, Moçambique, este capítulo analisa concepções sociais de eficácia, segurança e risco relativamente aos recursos terapêuticos disponíveis localmente, debruçando-se, em particular, sobre o papel da confiança nos processos de escolha e decisão no uso de medicamentos. Para esse efeito, a análise centra-se no uso de medicamentos para a gestão de problemas de saúde ligeiros, incluindo a gestão de sintomas como a febre, tosse, dores, etc. Estas são, de acordo com os participantes deste estudo, condições comuns que muitas vezes tendem a ser geridas, em primeira instância, sem o recurso a um profissional de saúde.

Partindo das narrativas dos indivíduos, esta análise situa-se numa abordagem sociológica e antropológica que salienta a legitimidade de várias racionalidades em saúde (Cohen *et alii*, 2001), opondo-se a uma conceção dicotomizada do uso racional/irracional de medicamentos (ver, por exemplo, Craig, 2002; Etkin e Tan, 1994; Whyte *et alii*, 2002; Britten, 2008; Lopes, 2010; Rodrigues, 2020). Esses e outros estudos enfatizam a importância do estudo dos medicamentos como fenómenos sociais e culturais, a fim de compreender e contextualizar as lógicas e motivações subjacentes às diferentes formas de uso.

Seguindo essa perspetiva, e usando uma abordagem fenomenológica (Schutz, 1970), procura-se então analisar as narrativas e interpretações dos indivíduos relativamente às suas práticas e experiências com medicamentos, explorando a forma como diferentes modalidades de confiança influenciam os processos de tomada de decisão num contexto de crescente pluralismo terapêutico².

2 Para uma discussão sobre a noção de pluralismo terapêutico, e a sua distinção analítica de pluralismo médico, ver Rodrigues, 2016: 389-390. Ver também Clamote (2008) e Lopes (2010).

Confiança como um processo relacional multifacetado

Vários teóricos sociais têm sublinhado a crescente importância da confiança nas sociedades modernas, particularmente em condições de incerteza e nos contextos globais do mundo atual (Misztal, 1996). Como elemento fundamental nos cuidados de saúde, o papel da confiança nas relações interpessoais e/ou institucionais entre pacientes e profissionais de saúde, organizações, sistemas médicos e governamentais, começou a receber maior atenção sociológica nas últimas décadas (e.g. Davis, 1999; Mechanic e Meyer, 2000; Gilson, 2003; Van der Schee *et alii*, 2007; Calnan e Rowe, 2008; Meyer *et alii*, 2008). Destacam-se, neste campo, estudos centrados nas relações de confiança em torno de tecnologias médicas, nomeadamente no que respeita a injeções (e.g. Birungi, 1998), a produtos farmacêuticos (e.g. Bissell *et alii*, 2001; Brown & Calnan, 2010; Brown *et alii*, 2015) e a medicamentos em geral (e.g. Rodrigues, 2016). Estes estudos enfatizam a importância da confiança na gestão de situações de incerteza e risco (cf. Zinn, 2008), e como elemento orientador nos processos de tomada de decisão. A mobilização da confiança permite que os indivíduos se envolvam em atividades, neste caso de consumo, com base num conjunto de informações incompletas (Luhmann, 1979), ou conhecimento ‘pertinente’ limitado (Möllering, 2001; Barbalet, 2009), acerca da realidade sobre a qual pretendem atuar. Assim, o estudo dos processos de confiança não pode ser desligado de uma compreensão contextualizada das percepções e dos significados sociais do risco e da incerteza, tendo em conta a sua contingência sociocultural (Douglas & Wildavsky, 1982), mas também a sua ponderação e contraposição face a potenciais benefícios socialmente valorizados (Raposo, 2010).

Ao conceptualizar a confiança como um conjunto de expectativas, Misztal (1996: 24) argumenta que confiar “é acreditar que os resultados da ação intencional de alguém serão, do nosso ponto de vista, adequados”³. Essa ‘ação intencional’ refere-se, não só, à intenção consciente da ação, mas também à capacidade emocional, técnica e/ou material do outro para executá-la. Nesse sentido, a análise da confiança em contextos de prescrição, por exemplo, implica ter em conta diferentes aspetos: confiança nas motivações pessoais e nas competências profissionais do/a prescritor(a), nos sistemas de saúde e de conhecimento que ele/a representa, na estrutu-

3 Tradução livre da autora.

ra que o/a treinou, no contexto profissional/organizacional no qual trabalha, entre outros aspetos. Estamos, portanto, a falar de diferentes relações e modalidades de confiança que, apesar de analiticamente separáveis, estão na realidade profundamente intrincadas.

Sendo um conceito complexo e multifacetado, a construção da confiança envolve uma combinação de elementos cognitivos, mobilizados com base em processos avaliativos racionais, e de elementos afetivos, desenvolvidos com base nos contextos de relações sociais onde os indivíduos estão inseridos (Lewis & Weigert, 1985; Calnan & Rowe, 2008). Os aspetos situacionais (cf. Pederson *et alii*, 2016; ver também Hampshire *et alii*, 2017) das interações presenciais em contextos de prescrição, recomendação, venda e/ou dispensa de medicamentos, e os entendimentos que os indivíduos articulam acerca dos sistemas e instituições periciais mais amplos (Luhmann, 1988 ; Giddens, 1990) são, por isso, apenas uma parte da ‘rede de interações’ (Meyer *et alii* 2008) envolvida no processo de confiança depositada no uso de recursos terapêuticos específicos. Como os exemplos empíricos de Maputo permitirão dar conta, para além das experiências corporais dos indivíduos com o uso prévio de diferentes medicamentos, os conhecimentos e as experiências quotidianas partilhadas entre pares são fundamentais no processo de confiança.

A confiança é, então, um processo social e relacional e requer a mobilização de um quadro interpretativo (Schutz, 1970) enraizado no mundo social quotidiano em que os indivíduos estão inseridos, o qual é continuamente revisto com base nos conhecimentos experienciais do dia-a-dia. O que aqui se pretende explorar, seguindo a análise fenomenológica de Brown e Calnan (2012), é como diferentes formas de conhecimento experiencial – mais concretas ou abstratas, resultantes de experiências e interações diretas, mediadas e remotas – influenciam a construção da confiança. Para esse efeito, a análise debruçar-se-á sobre a forma como a confiança nos medicamentos resulta de uma combinação de relações de confiança com diferentes sistemas médicos, com seus representantes institucionais (unidades e trabalhadores/provedores de cuidados de saúde) e com as experiências pessoais e socialmente partilhadas.

Abordagem metodológica: recolha e análise dos dados

Os exemplos empíricos analisados neste capítulo resultam, essencialmente, de sete grupos focais (GFs) com um total de 42 participantes, conduzidos em 2014. A sua interpretação, no entanto, é articulada com o restante material etnográfico recolhido durante 10 meses de trabalho de campo na cidade de Maputo (entre 2013 e 2014, e em 2016), incluindo conversas informais e entrevistas com membros do Ministério da Saúde e representantes de diferentes organizações de saúde (medicina tradicional Moçambicana, medicina Chinesa, fitoterapia e medicinas holísticas), observações em farmácias, inquérito por questionário e entrevistas individuais em profundidade na comunidade. Usada como uma das principais técnicas exploratórias da pesquisa, procurou-se garantir que a composição dos GFs fosse diversificada em termos dos níveis socioeconómicos e educacionais dos participantes, bem como dos contextos sociais onde foram aplicados. Assim, a amostra incluiu estudantes universitários (dos cursos de história e medicina), membros de um grupo de teatro local, e indivíduos residentes em áreas socioeconomicamente diferenciadas: um grupo num bairro mais centralizado (BC), situado numa área mais privilegiada da cidade, e outro grupo num bairro periférico (BP) localizado nos subúrbios de Maputo, com condições de vida menos favoráveis. Os GFs variaram, também, de acordo com o número de participantes (de 3 a 15), sexo (separados na maioria dos grupos focais, exceto no grupo de teatro) e idade (de 18 a 49 anos). Os conteúdos das entrevistas foram analisados tematicamente (Green & Thorogood, 2014), o que envolveu uma abordagem iterativa na qual a estrutura analítica foi continuamente revista, de forma a incorporar novos temas e dimensões não previstas no início do estudo. Esta análise seguiu uma perspetiva fenomenológica (Schutz, 1970), focando-se, especialmente, nas narrativas e interpretações das experiências quotidianas dos indivíduos.

Contexto do estudo

Maputo é a capital de Moçambique e tem aproximadamente 1,1 milhões de pessoas (INE, 2019), com habitantes vindos de várias províncias do país e de outras partes do mundo. A cidade divide-se, essencialmente, entre uma pequena área urbanizada central (cidade de cimento) com edifícios convencionais, estradas pavimentadas, água canalizada, eletricidade e sistemas

de drenagem, e por uma área periférica mais alargada (cidade de caniço), onde vive a maioria da população da cidade (UN-HABITAT, 2010).

Após independência de Portugal em 1975, amplos programas de reforma e desenvolvimentos nos setores de saúde e farmacêutico melhoraram consideravelmente o acesso da população a serviços públicos de saúde, assim como o fornecimento e distribuição de medicamentos essenciais (Barker, 1983). A falta de recursos materiais e humanos, juntamente com a deterioração da economia e o aumento da instabilidade política e militar, impediram a consolidação dos esforços políticos do governo em diversas áreas sociais (DHS, 2013). Apesar dos vários constrangimentos ocorridos durante estas décadas, o acesso a produtos farmacêuticos aumentou significativamente: de 10% da população em 1975 para 80% em 2007 (WHO, 2007). Por outro lado, a introdução de políticas neoliberais na década de 1980, assim como a liberalização das práticas de medicina privada em 1991 (Meneses, 2004), contribuíram para o aumento da variedade de práticas e produtos terapêuticos disponíveis em Maputo. Na capital do país, existe hoje um vasto repertório de recursos terapêuticos, incluindo produtos farmacêuticos, medicamentos tradicionais (Moçambicanos, Chineses, etc.), homeopáticos, fitoterápicos, entre outros, disponíveis através de diferentes canais (formais e informais), como hospitais, clínicas, farmácias, lojas, mercados de rua, esquemas em pirâmide, etc.

Não obstante o pluralismo médico e terapêutico existente em Maputo, nem todos os recursos e práticas médicas foram sempre oficialmente reconhecidos com o mesmo grau de legitimidade. O projeto modernista pós-independência da Frelimo (Frente de Libertação de Moçambique; partido político dominante e primeiro governo de Moçambique aquando da independência), que promoveu o pensamento racional e científico do *novo homem* (livre de ignorância e superstição), rejeitou certas práticas da medicina tradicional (apenas legalizadas após a liberalização do mercado) e formas tradicionais de conhecimento. De acordo com o 'Plano Estratégico para o Setor de Saúde 2014–2019' (MISAU, 2013), a maioria dos moçambicanos é vista pela primeira vez por um praticante de medicina tradicional (PMT), cujas atividades cobrem cerca de 70% dos serviços de saúde primários na comunidade. Consciente de sua cobertura insuficiente, o Ministério da Saúde (MISAU) reconhece a existência de plantas com 'valor medicinal considerável', assim como os resultados 'satisfatórios' em cuidados de saúde prestados por PMT. No entanto, como argumenta Granjo (2009: 250), apesar do reconhecimento de possíveis ingredientes

ativos para a maioria das plantas utilizadas pelos PMT, «os procedimentos e conceitos restantes envolvidos nas práticas dos *vanyanga* [PMT] tendem a ser vistos como uma ganga de superstição, magia e feitiçaria [...] que polui os saberes “verdadeiros” e com a qual a medicina dificilmente poderá compactuar e, ainda menos, legitimar».

O que importa reter para a presente análise é que, apesar dos esforços para reconhecer e integrar oficialmente os PMT e seus recursos num sistema integrado de saúde, existem processos contextuais sociais, históricos e políticos que enquadram a legitimidade das diferentes práticas e dos diferentes recursos terapêuticos de forma desigual. Isso poderá ter impacto não apenas nas práticas de consumo da população, mas também na forma como as pessoas na comunidade avaliam, categorizam e interpretam esses diferentes recursos terapêuticos em termos dos seus potenciais riscos ou da sua segurança (ou confiabilidade).

Significados sociais atribuídos aos medicamentos

De acordo com os participantes deste estudo, a categoria ‘medicamento’ pode compreender uma variedade de substâncias entendidas como detentoras de propriedades terapêuticas. Medicamento é ‘algo que cura’, ‘algo que alivia a dor’ ou ‘algo que tem um efeito imediato’ e pode incluir fármacos, plantas, raízes ou mesmo água (se abençoada na igreja ou dada por uma pessoa com ‘poderes sobrenaturais’). Dentro da variedade de produtos disponíveis em Maputo, e num plano mais abstrato, as discussões em torno das suas principais distinções tenderam a centrar-se nas características essencialmente atribuídas aos fármacos (químicos), por um lado, e a todas as outras substâncias à base de plantas (naturais) – apesar de, na prática, os participantes darem conta de um crescente esbater dessas fronteiras, e da circulação de diferentes recursos terapêuticos entre os diversos tipos de organizações e provedores de saúde.

Ao discutir essas distinções, bem como as lógicas que estruturam os processos de tomada de decisão —os quais, muitas vezes, incluíam itinerários terapêuticos ecléticos— os participantes mencionavam vários aspetos. Esses aspetos prendiam-se, por um lado, com a perceção do tipo e da intensidade dos sintomas ou situações em causa e, por outro lado, com as características intrínsecas dos próprios produtos: a forma como são produzidos e/ou preparados, como são preservados, o seu formato,

como afetam o corpo, a sua eficácia, o preço, mas também o local onde são adquiridos e quem os receitou ou recomendou. Ao elaborar sobre as principais razões e critérios de escolha entre os recursos terapêuticos disponíveis, a confiança surgiu como uma dimensão importante e multifacetada nos processos de tomada de decisão. Interessa, então, compreender como diferentes modalidades de confiança, desdobradas analiticamente em três ‘camadas’ ou bases relacionais —confiança em sistemas médicos, em organizações e provedores de cuidados de saúde, e em experiências pessoais e socialmente partilhadas— operam em conjunto e dão forma às relações dos indivíduos com os medicamentos.

Confiança em sistemas médicos

Não obstante a relativa ambivalência na categorização concreta de certos recursos terapêuticos, como referido no ponto anterior, de uma forma geral, parte das discussões em torno das noções de confiança centraram-se, essencialmente, nas principais características atribuídas aos sistemas que estariam por trás da conceção, produção e usos dos diferentes medicamentos. Isto é, aos sistemas que produzem conhecimentos e etiologias sobre saúde, doença, cura e bem-estar; que produzem ferramentas para diagnosticar, monitorizar e tratar; e que produzem especialistas que aplicam (esse conhecimento e essas ferramentas) nas suas práticas terapêuticas. Esses sistemas, abordados durante os GFs, incluíam o que os participantes consideravam como bases essenciais da medicina tradicional Moçambicana (com as suas variações culturais e geográficas), da medicina convencional (biomedicina, ou medicina científica) e da medicina Chinesa. Com base nos entendimentos subjetivos sobre esses sistemas, as avaliações dos medicamentos eram, muitas vezes, alicerçadas nos seus princípios científicos, ou na experiência tradicional dos fitoterapeutas ou pela orientação espiritual dos PMT.

Algumas das vantagens atribuídas aos produtos farmacêuticos, face a outros medicamentos (sobretudo aos tradicionais), estavam associadas à evidência científica relativamente à sua eficácia, ao controlo das dosagens e à sua forma de conservação. Estas distinções foram destacadas principalmente por estudantes e participantes com estudos universitários⁴:

4 Parte das citações usadas neste capítulo foram originalmente publicadas em Rodrigues (2016).

Eu acho que a grande diferença que existe entre a medicina tradicional e esta científica é o facto da medicina tradicional não ter uma dosagem exata [outros participantes concordam], o que não acontece com os outros. Pode estar a usar-se o mesmo medicamento: um passa por um processamento, produtos químicos, de forma a dar maior substância, conservação, coisinhas dessas; do outro lado já não. [Na medicina tradicional] poem-nos a tomar aquelas garrafinhas onde se põe aquela água, não se sabe quando é que se deitam as raízes... só vamos aumentar a água, aumentar a água, sem saber que chega a uma fase em que as próprias raízes fazem com que a água fique estragada. [outros participantes concordam] Aí é que está o problema. (homem, BC)

A esta discussão sobre diferenças entre fármacos e medicamentos tradicionais justaram-se percepções relativas a medicamentos Chineses:

A medicina chinesa parece um mix, porque eles pegam no produto natural e trabalham [outros participantes concordam]. Ficam mais higiénicos, tiram mais as impurezas. E depois uma dosagem, do nosso ponto de vista, mais aceitável... enquanto do outro lado [na medicina tradicional] já não. Dão-te e nem pesam! Só poem num plastiquinho e dizem: “vai pôr” [...]. É assim. Nunca se fala de mililitros, só “uma colherinha”. Mas as colherinhas são variadas!

Ao situar a discussão em torno das características atribuídas aos diferentes recursos terapêuticos, os participantes salientaram elementos de risco, de segurança e de incerteza que estão diretamente associados aos sistemas onde esses produtos são produzidos. As incertezas das dosagens nos medicamentos tradicionais são, neste caso, contrapostas ao carácter mais concreto das dosagens dos fármacos, as quais são testadas e pré-definidas por um sistema abstrato (Giddens, 1990), associado a um conhecimento científico, no qual estes participantes depositam uma maior confiança.

Apesar da confiança atribuída ao sistema de conhecimento científico, principalmente entre universitários e moradores do bairro mais central, o consumo de fármacos levantava outras preocupações. Nomeadamente, a possível dependência e toxicidade para o organismo, quando consumidos em doses mais elevadas. Como refere esta estudante de medicina:

Eu acho que [os fármacos] são eficazes. Agora o meu problema já são os efeitos colaterais ou os danos que os fármacos podem causar, podem provocar, no corpo da pessoa, no organismo da pessoa. Porque fala-se muito disso, que quando se ingere muito determinado medicamento pode ser tóxico, provocar danos em certos órgãos, principalmente no fígado. Então, nesse aspeto, eu costumo preferir os tradicionais. (Mulher, estudante de medicina.)

Assim, enquanto a confiança na ciência era mobilizada como contraponto a alguns dos elementos de risco associados à medicina tradicional, o uso de medicamentos tradicionais, por sua vez, apareceu nalgumas discussões como uma possível solução para evitar os riscos associados aos fármacos. Estas concepções de risco, tal como esta participante referiu, têm por base narrativas mediadas publicamente (Brown & Calnan, 2012) que se distanciam das suas práticas concretas:

O problema é que na televisão, na internet, falam mais dos efeitos colaterais dos fármacos e da automedicação. Eu, quando era mais nova, não tinha problemas em tomar comprimidos; se me dessem, eu tomava. Mas depois, à medida que eu fui lendo, fui ficando um pouco apreensiva em relação aos medicamentos. Então fui procurando substitutos naturais que eu, ou lia, ou me diziam que eram bons.

Os possíveis efeitos secundários resultantes do consumo de fármacos foram contrastados, na maioria das discussões em grupo, com a inocuidade associada aos medicamentos naturais, onde os tradicionais estavam incluídos. Tal como em outros contextos (e.g. Lopes *et alii*, 2012; ver também Stevenson, 2004), uso de produtos naturais era visto por vários participantes como uma forma de evitar ou minimizar os riscos associados aos produtos farmacêuticos. Por outro lado, alguns participantes, principalmente universitários e com níveis socioeconómicos mais elevados, estabeleceram uma relação direta entre risco (ou inocuidade) e eficácia, onde uma maior eficácia estaria associada a um risco potencialmente maior (também cf. Raposo, 2010). A atribuição de maior eficácia aos fármacos, comparativamente aos tradicionais, não era, no entanto, consensual.

Apesar das concepções mais gerais relativamente às características intrínsecas dos produtos, as discussões em torno de alguns medicamentos específicos ilustram a complexidade, e as tensões, por trás da gestão de certos consumos. Um dos exemplos discutidos foi o uso do ‘remédio da lua’ ou da ‘panelinha’, tradicionalmente administrado a bebés e crianças no Sul de Moçambique. Para alguns participantes, sobretudo com níveis educacionais e socioeconómicos mais elevados, estes e outros consumos tradicionais tendem a ser seguidos por respeito à cultura, aos mais velhos e aos ancestrais, sem grande questionamento por parte da maioria da população. No entanto, os argumentos enunciados relativamente às práticas dos próprios, nomeadamente no grupo BC, são reveladoras de algumas ambiguidades: um dos participantes, que inicialmente descreveu o consumo deste remédio como uma superstição desprovida de qualquer

base científica, justificou a não administração aos seus filhos com o facto de a sua igreja associar essas práticas a espíritos maus (revelando uma preocupação face ao risco de consumo); outro participante, apesar de não acreditar nessa prática, optou por dar o remédio à sua filha, com receio das consequências resultantes da ausência da toma (revelando uma preocupação face ao risco de não consumo):

No meu caso, a pergunta que eu faço é: se não faz mal a ninguém, vale a pena não arriscar em não dar. À minha filha a gente deu até um ano e meio e depois foi aquela questão de... de não existir insistência «dou ou não dou?». Pensei: «Eu venho de outra terra onde não se faz isso, ela tem meu sangue, então não vai acontecer nada». (homem, BC)

Estas articulações mostram como diferentes concepções em torno de sistemas ideológicos —religiosos, científicos, tradicionais, ou outros— estão profundamente intrincadas e fazem parte da vida quotidiano dos indivíduos. Importa, agora, perceber como outras modalidades de confiança, desenvolvidas por meio de experiências mais concretas e relações sociais em contextos terapêuticos, influenciam as práticas de consumo.

Confiança em organizações e provedores cuidados de saúde

Uma segunda dimensão presente nas narrativas em torno do uso e da credibilidade dos diferentes recursos medicamentosos, situou-se nas relações de confiança com os diferentes provedores e organizações de cuidados de saúde. Estes incluem profissionais ligados à biomedicina (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc.), PMT, vendedores informais (ambulantes, nos mercados locais, ou em esquemas em pirâmide), pastores, e as próprias instalações e locais de acesso como hospitais, centros de saúde, clínicas, farmácias, mercados, igrejas curativas, etc. Estes diferentes provedores, assim como as organizações e instituições onde exercem as suas práticas, podem ser vistos, em muitos contextos, como guardiões de conhecimento e de tecnologias (incluindo medicamentos), representando e incorporando o sistema ideológico que está por trás da sua prática, ao mesmo tempo que interagem com os indivíduos.

De uma forma geral, as discussões em torno da legitimidade do consumo de medicamentos, nomeadamente de fármacos, e a qualidade dos próprios produtos, estavam muito associadas à confiança nos 'pontos de acesso' (Giddens, 1990) enquanto mediadores desse consumo. A maior

confiança em certas organizações, parecia por vezes compensar a falta de informação que acompanhava os medicamentos. Como uma estudante de história explicou, em contraponto à falta de credibilidade dos medicamentos comprados e recomendados nos mercados:

Quando vem da farmácia já tem aquela credibilidade de: «comprei na farmácia, pronto, e como foi prescrição médica, vou tomar.» (Mulher, estudante de história.)

Por um lado, estas avaliações têm por base relações mais simbólicas de confiança na legitimidade formal que certos locais de venda e provedores (prescritores ou vendedores) representam. Por outro lado, refletem também experiências de consumo e de interação concretas. No caso dos medicamentos vendidos no mercado, além dos alertas oficiais para os riscos associados ao seu consumo, a falta de compromisso e assistência pós-venda dos próprios vendedores, referida por vários participantes, assim como o seu carácter essencialmente itinerante, resultavam numa desresponsabilização dos mesmos e numa maior incerteza relativamente aos possíveis efeitos destes consumos.

No caso dos médicos e das instituições formais de cuidados de saúde em geral, as relações de confiança revelaram-se mais complexas e multifacetadas. Apesar da maior credibilidade atribuída a estas entidades, como referido no excerto anterior, na prática, esta confiança mais simbólica nem sempre encontrava espaço para se cristalizar durante as interações com os profissionais de saúde. Por exemplo, quando se discutiam alguns dos fatores associados às práticas de automedicação, a mesma participante salientou:

Os nossos hospitais não estão assim tão evoluídos, não é? [...] Quando tenho meu filho doente, vou ao hospital. É preciso madrugar: saio às 5h horas e vou ser atendida às 10h. E, depois de me atender, o que vão me receitar não tem no hospital [farmácia hospitalar], tem que depois ir à farmácia [privada]. Então, eu vejo meu o tempo perdido. Acordei às 4h, preparei, fui para o hospital e nada. E, por conhecer meu filho, da próxima vez que ficar doente, o quê que eu faço? Eu vou à farmácia [outros participantes concordam] [...]. Essa coisa de ir ao hospital... porque ali já nem fazem análise, não é? Geralmente, nem olham para o doente. É só: «nome», «o que é que ele tem»? [*imita o médico de maneira mecânica, prescrevendo o medicamento sem olhar para o paciente*]

Este exemplo é ilustrativo de alguns dos desafios e constrangimentos, também partilhados por outros entrevistados, associados aos serviços públicos de saúde em Maputo; i.e., uma insuficiência de recursos (humanos

e tecnológicos), acompanhada, muitas das vezes, pela falta de atenção e cuidados entendidos como desejáveis e expectáveis em contexto terapêutico. Se, por um lado, e apesar dessa manifesta insatisfação, alguns dos relatos indicavam uma confiança nas prescrições médicas —muitas vezes usadas, posteriormente, como fonte de legitimação para práticas de automedicação— por outro, a falta de tempo na consulta, os problemas de comunicação e a desadequação dos cuidados relativamente às expectativas dos pacientes, levavam a que, por vezes, os indivíduos saíssem das consultas com dúvidas sobre o que lhes tinha sido prescrito (Rodrigues, 2020). Ou seja, apesar da importância simbólica da prescrição no final de um encontro terapêutico possa ser entendida como uma forma de comunicação (Whyte *et alii*, 2002) e como uma troca social (Hall, 1980) onde os profissionais de saúde procuram legitimar e dar uma resposta concreta às queixas apresentadas pelos pacientes durante a consulta, a falta de outros elementos comunicativos e igualmente valorizados pelos indivíduos pode comprometer a confiança no que está sendo prescrito.

Apesar dos constrangimentos assinalados, e das experiências relacionais descritas nos contextos de consulta, de uma forma geral, os participantes não pareciam pôr em causa a confiança depositada na tecnologia médica. Pelo contrário, era precisamente a expectativa de acesso a certas tecnologias (exames médicos, medicamentos a preços mais reduzidos, etc.) que, muitas vezes, pareciam justificar algumas idas aos hospitais ou centros de saúde. O descontentamento com a não prescrição de análises, assinalado por vários participantes, era muitas vezes visto como uma falta de interesse, de atenção e de cuidado por parte dos médicos. Como observado por Whyte (2004) num outro contexto Africano, para os indivíduos na comunidade, o uso de diagnósticos e de tecnologias modernas aumentava a confiança ao tratamento e a esperança no seu resultado. O uso destes instrumentos por parte dos profissionais de saúde era, então, visto como parte do ritual de procura de soluções, assumindo um papel essencial na relação de confiança com os profissionais e com as instituições médicas onde eles trabalhavam.

A importância do recurso a determinados instrumentos e rituais em contexto terapêutico é, embora com as suas variações, transversal aos diferentes sistemas médicos. No entanto, enquanto a formação técnica e o conhecimento científico foram elementos várias vezes usados na avaliação das competências de médicos e de outros agentes da medicina convencional, no caso dos PMT o fator mais destacado foi a sua experiência. A credibilidade atribuída a essa experiência, embora não fosse consensual

entre os todos participantes, era uma das componentes mais valorizadas da sua prática. Uma outra componente dizia respeito aos resultados efetivos da sua prática, muitas vezes aferidos através da sua reputação na comunidade:

A escolha do medicamento, do curandeiro, tem a ver com o testemunho das outras pessoas. Dificilmente as pessoas vão só porque ali tem um curandeiro. Não. Ficam à espera de um testemunho. (homem, BC)

Outro participante do mesmo GF acrescenta:

Um bom hospital tem uma boa fama, uma boa clínica é uma boa clínica, e um bom curandeiro adquire boa fama quando presta bons serviços. Então, localmente já é conhecido. E para quem vem de fora, vem de longe, chega na localidade lá e pergunta: «olha, quero um bom curandeiro, onde é que fica o melhor curandeiro?» vão indicar: «epá, é fulano X», porque já existe lá aderência da parte dele na comunidade. (Homem, BC.)

Este último excerto mostra como, apesar da reputação ser um fator importante em qualquer ponto de acesso a prestações de saúde, no contexto da medicina convencional esse estatuto é muitas das vezes atribuído à organização como um todo (o que talvez seja justificado por não haver médicos de família especificamente designados para os diferentes utentes), enquanto no caso dos PMT essa característica é personalizada. Por outro lado, o carácter pragmático da avaliação baseada em resultados concretos, e em reputações construídas e partilhadas socialmente, faz a ponte para a última dimensão analítica das relações de confiança.

Confiança nas experiências pessoais e socialmente partilhadas

A terceira e última dimensão analítica foca-se na confiança baseada em experiências de consumo pessoais e socialmente partilhadas de diferentes medicamentos. Como se verificou no final do ponto anterior, uma das componentes mais pragmáticas na avaliação de medicamentos, tem por base as perceções de eficácia dos resultados concretos de (e experiências corporais com) diferentes recursos. Como uma das participantes do grupo situado no bairro periférico descreveu:

[Um medicamento] é bom quando dá bons resultados, não é? Estou com dor de barriga, tomei o medicamento tradicional, melhorei. Eu vou dizer que o medicamento é bom. Até vou recomendar a vizinha para tomar também, quando não estiver bem. Com os medicamentos do hospital, também é mesma coisa. (Mulher, BP.)

A experiência corporal direta constitui, assim, um meio privilegiado para a avaliação da eficácia dos medicamentos (Lopes, 2007; Williams e Popay, 2006). Tal como descrito no excerto anterior, o uso de respostas corporais como critério de avaliação é transversal a diferentes recursos terapêuticos —podendo reforçar (ou não) a confiança nos sistemas médicos e nos diferentes provedores associados a esse consumo. É, também, através desse consumo direto que o medicamento é testado quanto à sua compatibilidade com o indivíduo (cf. Whyte *et alii*, 2002) e com a situação específica. Por outro lado, a experiência pessoal e a familiaridade com certos medicamentos através de consumos repetidos, ainda que circunstanciais, ajudam a diluir possíveis preocupações com fatores de risco associados ao uso desses recursos (cf. Bissell *et alii*, 2001; Lopes *et alii*, 2012).

Um outro aspeto dessa componente mais pragmática prende-se com a partilha da avaliação subjetiva dos resultados desse consumo dentro das redes de sociabilidade onde os indivíduos estão inseridos. Essas trocas de experiências e de recomendações que circulam dentro desta estrutura referencial —ou ‘sistema referencial leigo’ (Freidson, 1960)— são, no entanto, assentes em modalidades de confiança diferentes das expectativas depositadas em médicos ou especialistas. Tratam-se, pois, de relações mais afetivas de proximidade social com pessoas —familiares, amigos, vizinhos— com quem os indivíduos compartilham aspetos mais amplos da vida quotidiana. A confiança, nestes contextos, é menos baseada nos conhecimentos médicos técnicos de quem recomenda, e mais no seu conhecimento experiencial:

Mas no meu caso não vou mentir. Para mim a experiência também conta muito. Eu, quando tenho um problema, converso com alguém que teve o mesmo problema e se a pessoa me diz: «eu fiz isto, eu fiz isto e fiz isto, e o melhor que deu foi isto», eu também experimento. Mas eu julgo o resultado à minha maneira. Se não deu certo aqui, vou procurar noutro lado para ir tentar.

Essa procura de resultados dá muitas vezes origem a itinerários terapêuticos ecléticos e ao consumo diferentes recursos medicamentosos. Embora não remova por completo as incertezas relativamente aos resultados, as experiências diretas partilhadas nas redes de sociabilidade ajudam a minimiza-las. Esta confiança interpessoal varia, no entanto, consoante o tipo de laços relacionais existentes entre os indivíduos e com os diferentes tipos de competências atribuídas a essa fonte de recomendação. Neste contexto, o papel das mães e das avós destacou-se como a principal fonte de aconselhamento, sobretudo (mas não só) nas fases iniciais dos percursos terapêuticos:

O primeiro ciclo de aconselhamento, o primeiro ciclo de ajuda, tem sido no seio da própria família, principalmente as mães. Como dizem por aí, as mães são como leões, protegem as suas crias. Então, existe uma grande confiança nas mães. Na maioria dos casos que eu convivi ou vivenciei, o primeiro lugar onde pediram ajuda foi sempre com a mãe. (homem, estudante de história.)

Assim, não obstante as concepções mais teóricas sobre atribuições de risco e de segurança associados aos diferentes tipos de medicamentos, a confiança nalguns membros mais próximos (dentro das suas redes de sociabilidade) desempenha um papel significativo —e, por vezes, mais relevante— na ponderação e nas tomadas de decisão. Este aspeto ficou evidente, por exemplo, numa discussão com um dos grupos de estudantes de medicina. Apesar da valorização, várias vezes mencionada, das provas científicas como critério de avaliação da segurança e da eficácia dos medicamentos, um dos participantes comentou que, apesar de confiar mais num hospital do que num PMT, preferia remédios naturais com efeitos comprovados. Ao questioná-la sobre como poderia verificar essa ‘prova’ nos medicamentos naturais, a estudante respondeu:

Ver, ver, eu não vejo. Mas, por exemplo, se os meus familiares dizem que para eles funcionou, não vejo porque não experimentar. Mas eu experimento quando é alguém de confiança que diz que é bom. (Mulher, estudante de medicina.)

A referência a alguém da sua família, da sua confiança, mostra novamente como se trata de um tipo de confiança que se baseia em laços relacionais diferentes do tipo de relações de confiança desenvolvidas em torno de sistemas médicos e instituições de saúde. Nesse sentido, e como vários outros participantes deste estudo deram conta, embora os indivíduos desenvolvam e mantenham diferentes tipos de relações e modalidades de confiança com provedores de cuidados e serviços de saúde, com organizações e com sistemas médicos, é a confiança mais direta e pragmática na rede de sociabilidade mais próxima, e adquirida através de experiências mais concretas (dos próprios ou socialmente partilhadas), que tende a prevalecer nas tomadas de decisão —quer na indicação de consumos, quer na validação de recomendações ou prescrições médicas.

Conclusões

Este capítulo procurou analisar o papel da confiança na forma como os indivíduos percebem e se relacionam com diferentes recursos medicamentosos. Como os exemplos analisados procuraram mostrar, os entendimentos sociais sobre a variedade de medicamentos —mais *naturais* ou mais *processados*— existentes em Maputo, estão imbuídos de diferentes noções de risco, incerteza e segurança. Tenho em conta a relação intrínseca entre risco e confiança (Luhmann, 1988; Zinn, 2008), procurou-se explorar como os indivíduos avaliam, classificam e organizam as suas escolhas (Douglas & Wildavsky, 1982; ver também Raposo, 2010) e a forma como diferentes modalidades de confiança influenciam os processos de tomada de decisão relativamente ao uso de medicamentos, num contexto de pluralismo terapêutico em constante mudança. A análise das diferentes modalidades de confiança evidenciadas pelas narrativas dos participantes deste estudo foi, então, desenvolvida em torno de três principais ‘camadas’ ou bases relacionais de confiança —i.e., confiança em sistemas médicos, em organizações e provedores de saúde, e em experiências pessoais e socialmente partilhadas— construídas com base em diferentes formas de conhecimento experiencial (direto ou mediado) e interações diárias.

Num plano mais teórico, e tendo por base um conhecimento experiencial mais abstrato (cf. Brown & Calnan, 2012), a confiança no sistema médico envolveu associações entre medicamentos e entendimentos sobre os sistemas que os produziram, contrastando avaliações subjetivas sobre ciência e experiência, natural e processado, eficácia e risco. Os significados atribuídos aos diferentes recursos medicamentosos, muitas vezes por via do seu contraste (também encontrado noutros estudos, e.g. Sussman, 1988; Whyte *et alii*, 2002), resultam de uma combinação de elementos, complexamente intrincados, associados a diferentes sistemas de conhecimento.

Tais conceções estruturam e são estruturadas pela confiança relacional desenvolvida com diferentes organizações e provedores de cuidados e serviços de saúde. As relações de confiança (ou não confiança) construídas com os diferentes ‘pontos de acesso’ (Giddens, 1990) têm, por um lado, um carácter mais simbólico, relacionado com os sistemas que estes muitas vezes representam e, por outro lado, são moldadas pelas experiências de interação direta com tais instâncias, tanto pelo desempenho pessoal dos profissionais, especialistas e outros provedores de cuidados

de saúde, como pela disponibilidade de recursos tecnológicos. Ou seja, a confiança nos recursos medicamentosos prescritos, recomendados ou disponibilizados nesses pontos de acesso é construída tendo em conta uma série de aspetos situacionais (Pedersen *et alii*, 2016) que vão para além das motivações e competências técnicas dos provedores de cuidados de saúde (Calnan & Rowe, 2008), e que incluem o recurso a tecnologias e outras ferramentas nos processos de procura de soluções terapêuticas —particularmente valorizados em contextos de gestão de incerteza (Whyte, 2004).

Não obstante os entendimentos mais abstratos relativamente aos diferentes produtos, e as relações desenvolvidas nos contextos de prescrição e dispensa de medicamentos, a maioria dos participantes deste estudo enfatizou o papel das experiências diretas de consumo (avaliado através das respostas corporais) e das recomendações dentro das suas redes de sociabilidade —em particular de familiares, amigos, vizinhos— no processo de tomada de decisão. O papel destas redes contribui, por um lado, para a construção de um quadro interpretativo (Schutz, 1972) com base no qual noções de risco, incerteza, segurança e eficácia dos medicamentos são ponderadas. Por outro lado, estas redes têm igualmente um papel preponderante na indicação ou validação de certas estratégias terapêuticas (cf. outros estudos, e.g. Clamote, 2010; ver também Faria, 2017). Trata-se, como vimos, de uma modalidade de confiança menos assente em conhecimentos médicos técnicos, do que no conhecimento pessoal do próprio indivíduo (Feierman, 1985) e na adequação dos tratamentos ao contexto sociocultural e económico em que os indivíduos estão inseridos.

A confiança é um processo social dinâmico, em constante construção e transformação por meio de interações e experiências diárias. De forma a analisar diferentes modalidades de confiança num contexto de crescente pluralismo terapêutico, as discussões foram conduzidas em torno do uso de medicamentos para a gestão de problemas de saúde ligeiros e de sintomas comuns. É importante notar, no entanto, que as diferentes dimensões e relações de confiança analisadas podem ter variações ou uma preponderância diferente em situações de doenças específicas. São, também, necessários mais estudos para compreender, de forma mais aprofundada, como essas relações de confiança são construídas dentro de cada uma das dimensões analisadas.

Referências bibliográficas

- BARBALET, J. (2009). «A characterization of trust, and its consequences». *Theory and Society*, 38, 367–382.
- BARKER, C. (1983). «The Mozambique pharmaceutical policy». *The Lancet*, 322(8353), 780–782.
- BIRUNGI, H. (1998). «Injections and self-help: Risk and trust in Ugandan health care». *Social Science & Medicine*, 47(10), 1455–1462.
- BISSELL, P.; WARD, P. R., & NOYCE, P. R. (2001). «The dependent consumer: Reflections on accounts of the risks of non-prescription medicines». *Health*, 5(1), 5–30.
- BRITTEN, N. (2008). *Medicines and Society – patients, professionals and the dominance of pharmaceuticals*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- BROWN, P., & CALNAN, M. (2010). «Braving a faceless new world? Conceptualizing trust in the pharmaceutical industry and its products». *Health*, 16(1), 57–75.
- BROWN, P., & CALNAN, M. (2012). *Trusting on the edge: Managing uncertainty and vulnerability in the midst of serious mental health problems*. Bristol: Policy press.
- BROWN, P.; GRAAF, S.; HILLEN, M., & SMETS, E. (2015). «The interweaving of pharmaceutical and medical expectations as dynamics of micro-pharmaceuticalisation: Advanced-stage cancer patients' hope in medicines alongside trust in professionals». *Social Science & Medicine*, 131, 313–321.
- CALNAN, M., & ROWE, R. (2008). *Trust matters in health care*. Maidenhead: Open University Press.
- CLAMOTE, T. (2010). «Consumos terapêuticos e fontes de informação». In N. LOPES (org.), *Medicamentos e pluralismo terapêutico – práticas e lógicas sociais em mudança* (pp. 87–157). Porto: Edições Afrontamento.
- COHEN, D.; MCCUBBIN, M.; COLLIN, J.; PÉRODEAU, G. (2001). «Medications as social phenomena». *Health*, 5(4): 441-469.
- CRAIG, D. (2002). *Familiar Medicine – everyday health knowledge and practice in today's Vietnam*. Honolulu: University of Hawai'i Press.
- [MISAU, INE e MEASURE] DHS (2013). *Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011*. Maputo: Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Estatística.

- DAVIES, H. (1999). «Falling public trust in health services - implications for accountability». *Journal of Health Services Research & Policy*, 4 (4):193-194.
- DOUGLAS, M., & WILDAVSKY, A. (1982). *Risk and culture: An essay on the selection of technical and environmental dangers*. Berkeley: University of California Press.
- ETKIN, M.L. & TAN, N.L. (eds.). (1994). *Medicines: meanings and contexts*. Quezon City, Philippines: Health Action Information Network.
- FARIA, I. (2018). «Therapeutic Navigations and Social Networking: Mozambican Women's Quests for Fertility». *Medical Anthropology*, 27(4): 343-357
- FEIERMAN, S. (1985). «Struggles for control: The social roots of health and healing in modern Africa». *African Studies Review*, 28(2/3), 73.
- FREIDSON, E. (1960). «Client control and medical practice». *American Journal of Sociology*. 65(4):374-382.
- GIDDENS, A. (1990). *Consequences of modernity*. Cambridge: Polity Press.
- GILSON, L. (2003). «Trust and the development of health care as a social institution». *Social Science & Medicine*, 56: 1453-1468.
- GRANJO, P. (2009). «Saúde, doença e cura em Moçambique». In E. LECHNER (org.). *Migração, saúde e diversidade cultural* (pp. 249-274). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- GREEN, J., & THOROGOOD, N. (2014). *Qualitative methods for health research* (3rd ed.). London: Sage.
- HALL, D. (1980). «Prescribing as social exchange». In R. MAPES (ed.) *Prescribing practice and drug usage* (pp. 39-57). London: Croom Helm.
- HAMPSHIRE, K.; HAMILL, H.; MARIWAH, S.; MWANGA, J.; AMOAKO-SAKYI, D. (2017). «The application of Signalling Theory to health-related trust problems: the example of herbal clinics in Ghana and Tanzania». *Social Science & Medicine*, 188: 109-118.
- INE, INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2019) *IV Recenseamento Geral da População e Habitação 2017: Resultados Definitivos - Moçambique*. Maputo, Abril 2019.
- LEWIS, J. E; WEIGERT, A. (1985). «Trust as a social reality». *Social Forces*, 63, 967-985.
- LOPES, N. (2007). «Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança». *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78: 119-138.

- LOPES, N. (org.). (2010). *Medicamentos e pluralismo terapêutico – práticas e lógicas sociais em mudança*. Porto: Edições Afrontamento.
- LOPES, N.; CLAMOTE, T.; RAPOSO, H.; PEGADO, E.; e RODRIGUES, C. (2012). «O natural e o farmacológico: Padrões de consumo terapêutico na população portuguesa». *Saúde e Tecnologia*, 8, 5–17.
- LUHMANN, N. (1979). *Trust and Power*. Chichester: Wiley.
- LUHMANN, N. (1988). «Trust: Making and breaking cooperative relations». In D. GAMBETTA (ed.), *Familiarity, confidence, trust: Problems and alternatives* (pp. 94–107). New York, NY: Basil Blackwell.
- MECHANIC, D. & MEYER, S. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science & Medicine*, 51: 657-668.
- MENESES, M.P. (2004). «Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada’: Para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas». In B. S. SANTOS & T. C. SILVA (org.), *Moçambique e a reinvenção da emancipação social* (pp. 77–110). Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária.
- MEYER, S.; WARD, P.; COVENEY, J., & ROGERS, W. (2008). «Trust in the health system: an analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann». *Health Sociology Review*, 17, 177–186.
- MISAU (2013). *Plano Estratégico do Sector da Saúde – PESS 2014-2019*. Maputo: Governo de Moçambique.
- MISZTAL, B. (1996). *Trust in modern societies: The search for the bases of social order*. Cambridge, MA: Polity Press.
- MÖLLERING, G. (2001). «The nature of trust: From George Simmel to a theory of expectation, interpretation and suspension». *Sociology*, 35(2), 403-420.
- PEDERSEN, I.; HANSEN, V., & GRÜNENBERG, K. (2016). «The emergence of trust in clinics of alternative medicine.» *Sociology of Health & Illness*, 38(1), 43–57.
- RAPOSO, H. (2010). «Consumos terapêuticos, percepção e gestão do risco». In N. LOPES (org.), *Medicamentos e pluralismo terapêutico – práticas e lógicas sociais em mudança* (pp. 159–222). Porto: Edições Afrontamento.
- RODRIGUES, C.F. (2016). «Medicines and therapeutic pluralism: exploring modalities of trust and the (un)certainties of everyday users». *Health, Risk & Society*, 18(7-8): 385-406.

- RODRIGUES, C.F. (2020). «Self-medication with antibiotics in Maputo, Mozambique: practices, rationales and relationships». *Palgrave Communications*, 6(6).
- SCHUTZ, A. (1970). *On phenomenology and social relations*. Chicago: The University Chicago Press.
- SCHUTZ, A. (1972 [1932]). *The phenomenology of the social world*. Heinemann, London, [1932]
- STEVENSON, F. (2004). Images of nature in relation to mood modifying medicines: a user perspective. *Health*, 8(2): 241-262.
- SUSSMAN, L. K. (1988). The use of herbal and biomedical pharmaceuticals on Mauritius. In S. van der Geest & S. Whyte (Eds.), *The context of medicines in developing countries: Studies in pharmaceutical anthropology* (pp. 199–215). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- UN-HABITAT (2010). Mozambican cities profile: Maputo, Nacala and Manica. Retrieved from <http://unhabitat.org/books/mozambique-cities-profile-maputo-nacala-and-manica/>
- VAN DER SCHEE, E.; BRAUN, B.; CALNAN, M.; SCHNEE, M. & GROENEWEGEN, P. (2007), “Public trust in health care: a comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales». *Health Policy* 81: 56–67.
- WHYTE, S. (2004). «Uncertain undertakings: Practicing health care in the subjunctive mood». In R. Jenkins, H. Jessen, & V. Steffen (eds.), *Managing uncertainty – ethnographic studies of illness, risk and the struggle for control* (pp. 245–264). Copenhagen: Museum Tusulanum Press.
- WHYTE, S. GEEST, S., & HARDON, A. (2002). *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2007). «WHO Drug Information». 21 (4). Retrieved from <http://www.who.int/medicines/publications/druginformation/Vol_21-4.pdf>.
- WILLIAMS, G. & POPAY, J. (2006). «Lay knowledge and the privilege of experience». In D. KELLEHER, J. GABE & G. WILLIAMS (eds.), *Challenging Medicine*. 2nd Edition. London: Routledge, 122-145.
- ZINN, J. (2008). «Heading into the unknown: Everyday strategies for managing risk and uncertainty». *Health, Risk & Society*, 10(5), 439–450.