



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

LICENCIATURA EM SOCIOLOGIA

Trabalho de Fim de Curso

Autora:

Iva Marcelino João Garrine

GUI COUNHO NHA NDRERE: Estudo sobre as representações sociais da tuberculose no bairro de Mavalane na cidade de Maputo.

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane

Supervisor: Dr. Baltazar Muianga

Maputo Setembro de 2011

GUI COUNHO NHA NDRERE: Estudo sobre as representações sociais da tuberculose no bairro de Mavalane na cidade de Maputo.

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane

Iva Marcelino João Garrine

**Departamento de Sociologia
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane**

Supervisor: Dr. Baltazar Muianga

Maputo, Setembro de 2011

O Júri

O Supervisor

O presidente

O Oponente

.....

Maputo, Setembro de 2011

Universidade Eduardo Mondlane
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Departamento de Sociologia

Título:

GUI COUNHO NHA NDRERE: Estudo sobre as representações sociais da tuberculose no bairro de Mavalane na cidade de Maputo.

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane

Autora:

Iva Marcelino João Garrine

Supervisor:

Dr. Baltazar Samuel Muianga

Maputo, Setembro de 2011

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, IVA MARCELINO JOÃO GARRINE, declaro por minha honra que esta monografia nunca foi apresentada na sua essência para a obtenção de qualquer grau académico e que constitui resultado da minha investigação pessoal.

Maputo, Setembro de 2011

(Iva Marcelino João Garrine)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a mim Iva Garrine, aos meus pais Marcelino João Garrine e Joana Alberto, pelo apoio, amor e dedicação pelos ensinamentos que fizeram de mim o que hoje sou, e ao meu irmão Tomás (em memória).

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Baltazar Samuel Muianga, que para além do seu incasável apoio e atenção, soube ajudar-me a pensar e a construir uma visão sociológica, desde a concepção do projecto à elaboração do relatório final.

Aos meus pais, Marcelino e Joana, aos meus irmãos Imidio, Lucinda, Sandra, Olina, e Élia e às minhas amigas Baia e Eurídice, por toda força que me deram e por confiarem em mim.

A toda minha família, queridos irmãos, primos e tios, em particular para a tia Eulália, Linda, Lúcia e ao meu cunhado Gabriel, que contribuíram com muito apoio, amor e carinho em todos os momentos da minha carreira estudantil.

Aos meus colegas Giva, Nurdino, André, Ganhane, Solange, Sandra, Múrias e Dumgama, pelo vosso apoio incondicional, pelas discussões e debates que contribuíram para a realização deste trabalho e por terem marcado a minha trajectória na universidade com boas lembranças, ensinamentos e momentos marcantes.

Um agradecimento especial vai à “família lar”, as minhas manas de todos os tempos, Iola, Gersónia, Verónica e Vitória, pessoas com quem compartilhei todos os momentos da minha vida nessa trajectória estudantil.

Muhale agradeço por tudo que fizeste por mim nesses quatro anos; ao Belmiro pela tradução e a todos professores, colegas da turma e amigos pela paciência, empenho e companheirismo nessa jornada.

E, finalmente, aos residentes do Bairro de Mavalane, pela receptividade, moral para a execução deste trabalho e pela disponibilidade no fornecimento de informações relevantes. A todos, muito obrigado!

RESUMO

A tuberculose é uma doença transmissível por via aérea e é apontada como estando na origem de várias mortes nos países em vias de desenvolvimento, como é o caso de Moçambique. Estudos sobre a doença no geral têm revelado que é importante considerar a dimensão social das questões ligadas à saúde, algo que pode ajudar na prevenção e tratamento de doenças como a tuberculose. Nesta monografia desenvolvemos um estudo que procura captar as representações sociais da tuberculose e as relaciona com o comportamento discriminatório a que os tuberculosos têm estado sujeitos.

Trabalhando na área de Mavalane na cidade de Maputo, demonstramos que os indivíduos sentem fisicamente a doença, contudo, constroem um conjunto de categorias que servem para interpretar ou dar explicação à situação da tuberculose. No que diz respeito à metodologia, trabalhamos com uma abordagem hipotético-dedutivo e com um procedimento monográfico; as técnicas de recolha de dados incluíram a pesquisa bibliográfica e as entrevistas semi-estruturadas que foram direccionadas a portadores e não portadores da tuberculose.

A monografia traz importantes contributos para a Sociologia na medida em que explora a dimensão social da doença, a forma como os indivíduos constroem as interpretações e significados da tuberculose. É uma pesquisa que analisa o problema do ponto de vista da teoria das representações sociais numa combinação de perspectivas dos autores Moscovici (1969) e Minayo (1994). Os principais conceitos definidos e articulados com a realidade estudada são saúde, comportamento discriminatório e representações sociais.

As constatações empíricas da monografia levam a conclusão de que a forma como os indivíduos representam a tuberculose determina os comportamentos destes em relação aos comportamentos dos tuberculosos. Mais ainda, as constatações sobre a tuberculose se reflectem na forma como os mesmos se posicionam em face do risco de contrair a doença.

PALAVRAS-CHAVE: *Representações sociais, tuberculose, comportamento discriminatório.*

ABSTRACT

Tuberculosis is a through aerial via transmissible disease and is appointed to be the source of many deaths in underdeveloped countries like Mozambique.

Research about this disease has generally revealed the importance of considering the social dimension of issues related to health, something that can help in prevention and treatment of diseases like tuberculosis. In this monograph we developed a research about getting social representations of tuberculosis, and relate them to discriminatory behavior that people suffering from TB go through. Working in Mavalane, Maputo city, made us come to conclusion that people really feel the disease physically; however there are some categories applicable to interpret and explain the TB situations.

To compile this work we dealt with hypothetical-deductive approach as well as monographic procedure. Furthermore the gather techniques of data include bibliography research and interview done to both people suffering from TB and those who do not suffer from it.

The monograph put forward significant contributions for sociology as it explores the social dimension of the disease, the way how people interpret the sense of tuberculosis. It is kind of research that analyses the problem according to social representation theory in combination with the views of the authors Moscovici (1969) and Minayo (1994).

The empirical finding of the thesis leads to the conclusion that the way individuals represent tuberculosis determines the behavior of these in relation to tuberculosis. Moreover, the buildings on tuberculosis are reflected in how they position themselves in the face of contracting the disease.

KEY- WORDS: *Social Representations, tuberculosis, discriminatory behavior.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- MISAU Ministério da Saúde
- OMS Organização Mundial da Saúde
- PENCT Plano Estratégico Nacional de Controle da Tuberculose
- DNS Direcção Nacional da Saúde
- MTM Manual de Tuberculose de Moçambique
- TB Tuberculose
- GELAT Guia de Estratégia de Luta Anti-Tuberculose
- PNCTM Plano Nacional de Combate a Tuberculose em Moçambique
- SADC Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
- DTS Doença de Transmissão Sexual
- HIV/SIDA Human Immunodeficiency Virus/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.
- UEM Universidade Eduardo Mondlane
- UFICS Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais

SUMÁRIO

	PÁG.
DECLARAÇÃO DE HONRA.....	I
DEDICATÓRIA.....	II
AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO.....	IV
ABSTRACT.....	V
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	VI
INTRODUÇÃO	12
CONTEXTUALIZAÇÃO DAS DISCUSSÕES DO ESTUDO	15
1.1. Tuberculose: uma explicação biomédica	15
1.2. Dados e estatísticas relativas a tuberculose.....	16
REVISÃO DA LITERATURA E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	18
2.1. Estudos e perspectivas sociológicas sobre a doença	18
2.2. Colocação do problema.....	22
2.3. Objectivos	23
ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	25
3.1. Enquadramento teórico	25
3.2. Enquadramento conceptual	30
3.2.1. <i>Saúde</i>	30
3.2.2. <i>Discriminação</i>	32
3.2.3. <i>Representações sociais</i>	33
3.3. Construção do modelo de análise.....	35

ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA	37
4.1. Etapas da pesquisa	37
4.2. Abordagem e procedimentos	37
4.3. Técnicas de recolha de informação	38
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	40
5.1. Breve caracterização do bairro de Mavalane	40
5.2. Perfil sócio-demográfico dos entrevistados	41
5.3. Formas de contaminação da tuberculose.....	41
5.4. Representações sociais da tuberculose.....	43
5.4.1. <i>Tuberculose como doença associada à morte</i>	43
5.4.2. <i>Tuberculose como castigo divino</i>	45
5.4.3. <i>Tuberculose como herança social</i>	48
5.5. Funções sociais das representações da tuberculose	49
5.6. Interações sociais e discriminação dos portadores de tuberculose	52
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
BIBLIOGRAFIA	57

INTRODUÇÃO

Esta monografia intitulada *GUI COUNHO NHA NDRERE: Estudo sobre as representações sociais da tuberculose no bairro de Mavalane na cidade de Maputo* constitui requisito final para obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia. O mesmo tem como objectivo principal captar as representações sociais da tuberculose na cidade de Maputo, num exercício que procura relacionar tais representações com o comportamento discriminatório em relação aos portadores da tuberculose.

Em Moçambique, o Plano Estratégico Nacional de Controle a Tuberculose (PENCT, 2009-2012) refere que a tuberculose, também conhecida por TB, continua a ser uma das doenças transmissíveis que constitui grande preocupação para a Saúde Pública em África, que possui cerca de 12% da População Mundial e alberga desproporcionalmente pelo menos 22% dos novos casos de Tuberculose que surgem por ano. Assim, o PENCT (2009-2012) considera que existe uma grande propensão dos indivíduos a contrair a doença uma vez que a transmissão da mesma é por via aérea.

Contudo, apesar das actividades desenvolvidas para a prevenção e combate a tuberculose, o número continua a aumentar diariamente tornando-se assim um problema preocupante para todos os seres humanos e, conseqüentemente, um problema de menção obrigatória em qualquer análise social de um dado país. Segundo o Manual de Tuberculose em Moçambique (MTM, 1996), pensar na propagação da tuberculose entre os indivíduos, implica reflectir sobre a maneira como estes percebem a epidemia dado o seu carácter social.

Deve-se considerar o significado construído pelos indivíduos sobre a epidemia, isto é, acolher as concepções e opiniões sobre o fenómeno em questão. Assim, surge o interesse em desenvolver esta monografia que procura captar as representações sociais da tuberculose, considerando que as mesmas estão estreitamente ligadas às práticas sociais dos indivíduos, não só em comportamentos distintos, como também atitudes diante do problema (Abric, 1994); o sentido que os indivíduos atribuem a tuberculose, pode determinar posturas de maior ou menor autoprotecção em termos de saúde ou de práticas preventivas.

A relação que os indivíduos têm com o objecto tão complexo como a tuberculose, não se reduz a um conjunto de conhecimentos bem ou mal integrados, tão pouco se condensa só num conjunto de opiniões com direcção e intensidade diferenciados em relação as doenças; o aparecimento deste fenómeno no cenário social suscita medo, focalizações sobre ele, um esforço de adaptação e de construção sócio-cognitiva (Neto, 1998).

Interessa-nos desta forma, reflectir sobre como as informações e conhecimentos que são integrados pelos grupos acerca da tuberculose estão relacionados com o meio sociocultural, os padrões de interpretação da realidade, seus costumes e práticas locais. O problema que conduz a nossa pesquisa está relacionado com a necessidade de estudar como é que a tuberculose, sendo uma doença que preocupa a sociedade, é vista em vários domínios da vida social, mais particularmente por aqueles que portam esta doença.

Queremos saber quais são as ideias que os indivíduos fazem deste fenómeno captando as formas partilhadas de concepções e de prevenção da doença bem como, as explicações da prevalência de comportamentos discriminatórios perante esta doença. Ao nível individual, procuramos captar a forma como a informação sobre a tuberculose é assimilada e assumida como parte dos seus discursos.

Usamos a abordagem teórica das representações sociais usando complementarmente perspectivas de dois autores nomeadamente, Moscovici (1961) e Minayo (1994). A perspectiva principal é a de Moscovici (1961), psicólogo social que afirma que as representações sociais são entendidas como uma modalidade de conhecimento particular, visando a elaboração de comportamentos e comunicação entre os indivíduos. A segunda é a perspectiva sustentada por Minayo (1994), socióloga que defende que as representações sociais são percebidas como categorias de pensamento que expressam uma determinada realidade.

Estruturamos o nosso trabalho em seis capítulos. No primeiro capítulo apresentamos uma contextualização do assunto em análise, buscando a explicação biomédica da tuberculose e os dados estatísticos relativos a esta doença em Moçambique. O segundo capítulo reserva-se à revisão da literatura, onde procuramos problematizar o debate em torno da temática das representações sociais da tuberculose através da apresentação das diferentes perspectivas e

abordagens de alguns autores inseridos neste campo. Neste capítulo são também apresentados os objectivos gerais e específicos que orientam a monografia. A revisão de literatura precede o terceiro capítulo que se reserva à apresentação da orientação teórica e conceptual. São aqui apresentadas a abordagem teórica e a abordagem conceptual que serviram de base para o trabalho, assim como são discutidos os conceitos utilizados.

No quarto capítulo apresentaremos a construção do modelo de análise que articula os conceitos com as suas respectivas dimensões e indicadores. No quinto capítulo apresentamos a metodologia usada para a elaboração do trabalho, com destaque para as abordagens, os procedimentos e as técnicas usadas. No sexto capítulo apresentamos os resultados da pesquisa que são analisados com recurso aos conceitos e a teoria escolhidos.

CAPÍTULO 1

CONTEXTUALIZAÇÃO DAS DISCUSSÕES DO ESTUDO

Neste capítulo vamos fazemos uma contextualização ao tema em análise. Tal contextualização é feita recorrendo a discussão da perspectiva biomédica da tuberculose no que diz respeito as suas formas de transmissão e contaminação bem como, apresentamos algumas estatísticas relativas a tuberculose em Moçambique.

1.1. Tuberculose: uma explicação biomédica

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de *Koch* (BK), que se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas saudáveis, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença.

A infecção transmite-se ao homem por micro-aerossois contendo bacilos produzidos por um doente contagioso durante a tosse ou espirro. Os microaerossois são inalados pelos pulmões da pessoa sã. Praticamente todos os órgãos do corpo podem ser infectados, mas em mais de 80% dos casos a tuberculose localiza-se nos pulmões o que torna mais importante do ponto de vista de saúde pública pensar-se nesta via de transmissão. A disseminação da tuberculose pulmonar para outros órgãos pode se fazer através de via de sanguínea, linfático ou mesmo directa.

1.2. Dados e estatísticas relativas a tuberculose

As estimativas da Organização Mundial da Saúde indicam que a incidência de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva¹ é 170 por 100.000 habitantes em Moçambique o que quer dizer que haverá cerca de 20.000 casos de indivíduos com baciloscopia positiva por ano em todo país (população 12.000.000). Esta estimativa baseia-se no risco de infecção por tuberculose avaliada por uma equipe da OMS (cerca de 3.4% em 1961).

O Guia de Estratégia de Luta Anti-tuberculose (GELAT, 2009- 2012) afirma que a magnitude de problema da tuberculose e a sua tendência em Moçambique não pode ser avaliada com segurança presentemente porque não existem dados para calcular os dois indicadores epidemiológicos. O Manual de Tuberculose em Moçambique (MTM, 2003) indica que não há informação sobre a evolução da tuberculose em Moçambique nos últimos 22 anos.

Contudo, nas medidas de controle não se observou decréscimo nos países vizinhos entre 1950 e 1970. Por outro lado, durante a luta de libertação nacional não foram realizadas medidas adequadas de controle desta epidemia. É evidente que com uma proporção de casos novos com bacilos positivos e identificados pelos serviços de saúde, em 1982 cerca de 11.000 casos de tuberculose (de todas as formas) foram notificados pelo Ministério de Saúde (MUSAU), isto é, menos 40% dos 30.000 casos notificados (MTM, 2003:4).

Em Moçambique, o número de casos continua a crescer. De 2007 a 2009, registou-se um aumento de 38.044 para 45.493 casos novos de Tuberculose, dos quais 19.579 (47%) representam os casos mais infecciosos da doença (MTM, 2003). Acções de diagnóstico e combate a doença têm sido empreendidas pelas autoridades sanitárias no sentido de erradicar a tuberculose no país. Tais acções incluem o acesso ao diagnóstico e tratamento gratuito, da expansão da rede de laboratórios da tuberculose, descentralização dos cuidados para o nível mais periférico e comunitário (MTM, 2003).

Segundo o Plano Nacional de Controlo a Tuberculose e Moçambique (PNCTM, 2009-2012), apesar dos progressos recentes no campo do diagnóstico e do tratamento, a tuberculose continua a ser um problema de saúde pública em Moçambique agravada pela elevada prevalência do

¹ Situação em que o diagnóstico da tuberculose é positiva.

HIV/SIDA nos pacientes, estimada em 66% até 2009. Na perspectiva do PNCTM (2009-2012), a situação de tuberculose em Moçambique não foge da situação região africana e em particular da Comunidade dos Países da África Austral (SADC). Estimativas da OMS indicam um agravamento da situação nos anos 2005 e 2006. Este agravamento é testemunho da taxa de incidência de 447 para 460 casos com baciloscopia positiva que aumentou de 185 para 195 casos novos por cada 100.000 habitantes para o mesmo período.

Segundo o PNCTM (2009-2012), a taxa de prevalência no país também aumentou de 597 para 639 casos por 100.000 habitantes de 2005 à 2006 respectivamente. A taxa de mortalidade cresceu de 124 para 129 mortes em cada 100.000 habitantes de 2005 para 2006 respectivamente. A pandemia do HIV/SIDA tem tido um impacto nas acções de controlo da tuberculose.

De 2001 para 2006, houve um crescimento de novos casos de 22.636 para 35.630 o que representa um crescimento de casos na ordem de 57%. A distribuição epidemiológica da tuberculose no nosso país varia de região para região. As regiões do sul e centro do país apresentam a maior taxa com cerca de 46% e 37% do total de casos de todo o país respectivamente. Os maiores números de casos são reportados em Maputo cidade, província de Maputo, Gaza e Sofala.

Estes dados nos mostram a situação actual da tuberculose em Moçambique. Apesar dos dados não serem de grande abrangência, na medida em que resultam de registos obtidos apenas nas unidades sanitárias, os mesmos revelam que a tuberculose é um dos principais problemas de saúde pública no país. Além disso, o HIV/SIDA é apontado como um dos principais factores que retarda o controle da tuberculose no país. É sobre a tuberculose que falamos nesta monografia, contudo numa perspectiva social ao procurarmos captar os sentidos e significações que os actores sociais constroem desta doença.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DA LITERATURA E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Nesta parte do trabalho apresentamos as várias perspectivas que abordam a problemática em questão que, de uma maneira directa ou indirecta, tem interesse para o presente trabalho. No primeiro momento, começaremos por abordar estudos sobre doença no geral e posteriormente faremos uma análise de estudos directamente ligados à área de tuberculose. Apresentamos também o nosso problema, questão de partida e hipóteses, objectivos bem como, a justificativa da monografia.

2.1. Estudos e perspectivas sociológicas sobre a doença

Nhambir (2000) na sua pesquisa aculturação e percepção de doença, os jovens e as doenças sexualmente transmissíveis: o caso da cidade de Chimoio, procura explicar os processos sociais de formação de conhecimentos, atitudes e práticas em relação as Doenças de Transmissão Sexual (DTS) entre os jovens em meio urbano. O autor defende neste estudo a ideia segundo a qual a construção social do risco de infecção e a escolha do comportamento sexual são influenciadas pelas várias ordens sociais existentes.

Assim, “os esforços que as instituições formais desenvolvem para diminuir o comportamento sexual de alto risco podem ser entendidas como uma tentativa de construção de uma nova normalidade” (Nhambir 2000:35). O autor rebate a ideia de que existe um espaço rural e modo de vida rural diferente dos da cidade. Considera, no entanto, haver um conjunto de relações sociais que se desenvolvem num determinado espaço físico e que são marcadas pelas interacções de actores sociais possuidores de culturas diferentes e perspectivas de vida também diferentes.

No seu trabalho o autor defende que a percepção do risco e todo conjunto de processos subsequentes são protudos numa construção social do risco de infecção por uma DTS. A conclusão avançada pelo estudo é de que a coexistência de várias ordens sociais e vários

sistemas culturais influenciam, tanto nas representações de saúde e doença, como na capacidade crítica dos jovens, na definição do comportamento sexual e na percepção do risco de infecção por uma DTS.

Por sua vez Chaleca (2003), usando o conceito de representações sociais, demonstrou que a persistência do comportamento de alto risco entre os alunos de Escola Secundária de Nhamatanda, prende-se com a forma como estes entendem e interpretam a doença. As representações sociais do HIV/SIDA estruturam-se em torno de cognições ligadas a prevenção, isto é, ligadas as mensagens de campanhas de prevenção, revelando uma contradição entre os conteúdos de conhecimentos e práticas ou comportamentos sociais relatadas pelos jovens. Neste trabalho, o autor traz a ideia da ligação entre as representações sociais do HIV/SIDA e o comportamento social. A primeira variável relacionada com o conhecimento e a segunda com a prevenção.

Loforte (2003), no estudo sobre as práticas culturais em relação à sexualidade e representações sobre saúde e doença refere-se que os fenómenos, as noções de saúde e doença são influenciados por factores socioculturais. As opiniões e opções para os tratamentos são influenciados pelo sistema de crenças, práticas, conhecimentos e interpretações que determinam o modelo explicativo de certa doença, o que dita igualmente o processo decisório e o encaminhamento do doente para o processo de cura.

Estudando particularmente o que acontece nas famílias, ou seja, nas unidades domésticas, a autora defende a ideia de que nas famílias de orientação (na qual os indivíduos nasceram e foram criados), adoptam mecanismos de luta contra a doença dentro de um conjunto de crenças e práticas desenvolvidas no contexto da socialização baseada na cultura local. Nelas as relações de género desigualdades configuram, entretanto o comportamento sexual e o exercício de sexualidade.

Para Velho (s.d) citado por Monteiro (2002), a compreensão dos comportamentos sujeitos sociais como produto das relações sociais entre as estruturas objectivas e as construções simbólicas nos remete para a discussão sobre a pluralidade dos sistemas culturais nas sociedades modernas. Tal

enfoque aponta para as fontes de tensão/conflito e interacção da vida social no mundo moderno, decorrentes da presença comum de um conjunto de trajectórias sociológicas e culturais.

Nas sociedades modernas complexas, em momentos diferenciados de suas trajectórias, os indivíduos transitam entre contextos múltiplos, não inclui vivência e englobamento por unidades abrangentes e experiências comunitárias, mas permite e sustenta maiores possibilidades de trânsito e circulação não só em termos sociológicos, mas entre dimensões e esferas sociológicas. Segundo Velho (s.d), a circulação entre visões de mundos variados, não gera necessariamente mudanças referentes a identidade vinculada a grupos de referência e implementada através de mecanismos básicos de socialização.

A importância deste ponto de vista é a de mostrar que apesar de os indivíduos possuírem trajectórias sócio-históricas variadas, ou seja, um indivíduo poder ter passado por várias famílias e ter tido vários tipos de amigos ao longo da sua vida, existe sempre uma probabilidade de estar ligado a um grupo de pertença que estrutura seu modo de vida actual e futuro. No caso de partilha do mesmo espaço de residência, do mesmo espaço de convivência, constitui situações que permite a constituição de certo tipo de representações sociais.

Bavo (2003), estudando a construção social da doença, referindo-se particularmente a malária, constatou que é um problema social que se manifesta no quotidiano através do comportamento dos actores. É no curso das relações sociais que a doença torna-se visível. A questão da malária não existe essencialmente. O que a torna real é a consciência e o consenso institucional sobre a sua existência.

Assim, esta doença manifesta-se na sociedade sob várias formas, desde o impedimento físico que ela impõe para a realização de determinadas actividades rotineiras dos actores, até ao frequente esforço institucional visando ao seu combate. No processo da construção social os actores dão visibilidade um determinado fenómeno; o fenómeno torna-se real, existente na medida em que ele é abordado, discutido nas relações sociais entre os indivíduos.

Souza (2008), no seu estudo sobre as representações sociais da tuberculose (um estudo sócio-antropológico), faz uma reflexão sobre o processo de exclusão social de pacientes com

tuberculose pulmonar em uma USB, na região de Itequera, no município de São Paulo. Parte do pressuposto de que a doença e cura se constituem num fenómeno complexo envolvendo dimensões, biológicas, psicológicas, sociológicas e culturais; e que uma visão ampliada, mostra a necessidade de acções que tornem o tratamento dos pacientes mais eficazes, proporcionando qualidade de vida, na medida em que esteja atenta a dimensão da humanização de tratamento e do fim do isolamento que está circunscrito o doente.

Portanto, o objectivo do estudo era de retratar a exclusão social dos portadores de tuberculose e as suas repercussões na sua saúde com base em um estudo sócio- antropológico. O autor reconhece a necessidade de actuação de profissionais no combate aos processos contra o preconceito e a discriminação e também no enfrentamento do medo, a inércia e o isolamento provocados pela doença como fruto da estratégia de limitação de expansão da doença.

Souza (2008) procurou destacar neste estudo a existência de um contexto histórico e social em que a tuberculose e o paciente com tuberculose está inserido e o mesmo se constituiu como um elemento de exclusão social, criando um espaço social do doente. Portanto, este estudo é importante para o nosso trabalho na medida em que busca identificar e relacionar os processos sociais que desencadeiam na exclusão do portador de tuberculose, tendo em conta os dois processos de exclusão: institucional (que decorre do instrumento que se a doença em cada momento do tratamento), e o outro propriamente social que decore das representações sociais da doença e que inclui o medo e o preconceito.

Estes estudos nos permitem olhar para a produção científica em ciências sociais nas matérias relacionadas com a saúde e com a doença. O fundamental a ter em conta é o facto das análises sobre a saúde e doença procurarem sempre produzir uma ligação entre as diferentes formas de interpretar e sentir a doença com os contextos sociais específicos em que os actores sociais estão inseridos. A nossa perspectiva complementa as discussões até aqui apresentadas na medida em que inaugura uma abordagem que analisa os processos de produção das representações sociais da doença, neste caso, a tuberculose.

2.2. Colocação do problema

De acordo com o MTM (2003), desde que foi detectado o primeiro caso de tuberculose em Moçambique, o número de casos tem vindo a aumentar de forma sistemática nos últimos anos. A análise de estimativa de prevalência da tuberculose mostra que a incidência de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva é de 170 por 100.000 habitantes, o que significa que há cerca de 20.000 casos de baciloscopia positiva que são detectados por ano no país.

Na literatura sociológica admite-se muitas vezes que as ordens dos factores de perigo são na maioria dos casos socioculturais e a concepção que os indivíduos têm sobre a tuberculose. As normas e os costumes tradicionais, as explicações epidemiológicas da tuberculose também necessitam de uma explicação vinda de outras disciplinas que ajudem a identificar que factores estão na origem dos comportamentos discriminatórios em face de tuberculose.

Vários factores têm sido apontados como sendo os que contribuem para a prevalência da tuberculose como: a concepção que a sociedade tem acerca da tuberculose; a desistência do tratamento por parte do tuberculoso, o comportamento que os indivíduos não tuberculosos apresentam em face de tuberculose. A problemática da tuberculose pode ser abordada sob várias perspectivas e dimensões, isto devido a complexidade que esta problemática encera tanto numa disciplina como Sociologia, como em muitas outras. Neste âmbito, questões relacionadas com o impacto da tuberculose, suas consequências, as implicações dos programas de prevenção e combate têm um destaque na nossa pesquisa.

As nossas preocupações centrais se orientam para a captação da interpretação que os indivíduos dão a tuberculose dentro do contexto específico em que estão inseridos e em virtude da experiência prática de interacção com a doença no quotidiano. A análise centra-se ao redor das representações sociais da tuberculose e a sua articulação com o comportamento discriminatório ou a estigmatização a que os portadores da doença se sujeitam. Nessa ordem de ideias traçamos o nosso problema de estudo através da seguinte questão de partida: *de que modo o comportamento dos portadores de tuberculose está relacionado com as representações sociais que os indivíduos constroem a volta desta doença?*

Esta questão de partida é respondida em através de duas hipóteses de trabalho: a primeira argumenta que a forma como os indivíduos representam a tuberculose – doença mortífera e contagiosa – determina o comportamento destes em relação a um indivíduo portador da doença. A segunda hipótese refere que o comportamento discriminatório em relação aos portadores de tuberculose está relacionado com as representações sociais que os indivíduos constroem a volta da doença.

Temos como variável **independente** representações sociais e variável **dependente** o comportamento discriminatório. Representações sociais na medida em que o nível de conhecimento que os indivíduos possuem acerca da tuberculose, e comportamento discriminatório que foi medido á partir das relações sociais no momento da interacção entre os indivíduos.

2.3. Objectivos

Geral:

- Demonstrar que as representações sociais da tuberculose podem estar por detrás do comportamento discriminatório em relação aos portadores desta doença em Mavalane;

Específicos:

- Captar as representações sociais da tuberculose no bairro de Mavalane;
- Identificar os comportamentos e práticas sociais relativas à tuberculose entre os portadores da tuberculose e seus familiares em Mavalane;

2.4. Justificativa

A doença é socialmente construída e, assim, sendo, cada sociedade tem uma maneira específica de interpretar as doenças. A tuberculose é uma das principais causas de morte em Moçambique e afecta adultos, jovens e crianças e sobre ela determinadas interpretações são construídas e buscam dar sentido a uma doença com a qual os indivíduos se relacionam no quotidiano.

Estudos sobre representações sociais da doença têm proporcionado um campo de importantes análises nas ciências sociais devido à constatação de que as atitudes diferentes que os actores tomam em relação a determinadas doença, podem estar ligadas a um conjunto de ideias que estas fazem sobre ela. Tais atitudes nunca devem ser vistas fora do social em que estão inseridas e dentro de um quadro de interacções sociais que os indivíduos estabelecem no quotidiano.

É nesse sentido que a nossa pesquisa se apresenta pertinente na medida em que procura explorar a dimensão social da doença, relacionando determinadas práticas e comportamentos com as representações sociais que os indivíduos constroem a volta da doença. O nosso estudo traz importantes debates sobre como o comportamento discriminatório em relação aos portadores de tuberculose reflecte a forma como a sociedade interpreta esta doença.

De acordo com o Manual de Tuberculose (1994), cidade de Maputo está dividida em três áreas de saúde que são: área de Mavalane, área de Chamanculo e a área de José Macamo. A área de Mavalane é a maior de todas pelo facto de agrupar muitos bairros em relação as outras áreas, com um total de casos notificados de 278.5%, seguida pela área Chamanculo com 229% e a área de José Macamo com 44.9%. Assim sendo, o presente estudo será feito na área de Mavalane pelo motivo de essa área apresentar maior índice de prevalência da tuberculose em relação as outras áreas.

CAPÍTULO 3

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Este é o capítulo reservado ao enquadramento teórico e conceptual da pesquisa. Aqui vamos fazer a apresentação da teoria das representações sociais que, de acordo com as nossas escolhas, orientou todo o processo de elaboração da pesquisa. Também definimos os conceitos que utilizamos nomeadamente, saúde, comportamento discriminatório e representações sociais.

3.1. Enquadramento teórico

O nosso trabalho tem como orientação teórica as perspectivas de Moscovici (1961) e Minayo (1994). Estas perspectivas privilegiam o carácter social e compartilhado das representações, ou seja, há um consenso no seio destes autores que “a representação social é uma forma elaborada e partilhada de conhecimento social que orienta as condutas dos indivíduos diante dos objectos sociais” (Neto, 1998:451). Esta forma de ler os factos é considerada adequada para analisar a problemática proposta.

A representação social enquanto categoria teórica é discutida por várias correntes filosóficas. Nas ciências sociais esta teoria é vista como intermediária entre a abordagem sociológica e a abordagem psicológica constituindo-se numa disciplina de psicologia social. A teoria das representações apesar de ter um pensamento social resultante das experiências, das crenças e das trocas de informações presentes no quotidiano, visando desenvolver uma teoria em que os individualista que a psicologia norte americana, é também um posicionamento da sociologia para a psicologia social, mediadora entre os homem e o meio (Moscovici (1961) *apud* Pavarino, 2003).

Em relação a visão de Durkheim (1978), Minayo (1994) entende que essa concepção é positivista do ponto de vista da sociologia compreensiva e da abordagem fenomenológica e a crítica que se ressalta é a que questiona o poder de coerção, quase que absoluto, atribuindo à

sociedade sobre indivíduo. Do ponto de vista marxista a visão Durkheim (1978) elimina o pluralismo fundamental da realidade social em particular as lutas e antagonismos de classes.

Moscovici partindo do conceito de representações colectivas na perspectiva Durkheimiana uma teoria de representações sociais A representação social “é um corpus organizado de conhecimentos e uma das actividades psíquicas graças às quais os homens tornam a realidade física e social inteligível, se inserem num grupo ou numa relação quotidiana de trocas, liberam o poder da sua imaginação” (Moscovici, 1961:27).

Moscovici (1961) vai proceder à remodelagem do conceito Durkheimiano e assim buscar preencher essa lacuna. Ele caminhou guiado pela necessidade de actualizar o conceito, trazê-lo para as condições de hoje, de sociedades contemporâneas imersas na intensa divisão do trabalho, nas quais as dimensões da especialização bem como a da informação tornaram-se componentes decisivas nas vidas das pessoas e dos grupos. Actualizar significava, ao mesmo tempo, tornar o conceito operacional para ser aplicável em sociedades com essas características, sociedades em que a velocidade da informação não lhes outorga o tempo de sedimentar-se em tradição, nas quais se impõe um processamento constante da novidade, nas quais se conhece por delegação, uma vez que ninguém tem acesso a todo o saber.

Esta teoria pretende dar conta dos fenómenos objectivos existentes na relação entre os homens, a natureza e a sociedade compreendendo os processos de influência que o fenómeno das representações sociais exerce sobre os seres humanos nas suas acções quotidianas. A teoria das representações sociais visa resgatar a compreensão do mundo, a partir dos conceitos elaborados pelos grupos, indo ao encontro das explicações disseminadas no senso comum (Moscovici 1978).

Segundo Moscovici (1978), as representações sociais se constituem como uma série de opiniões, explicações e afirmações que são produzidas a partir do quotidiano dos grupos, sendo a comunicação interpessoal importante neste processo. São consideradas teorias de senso comum criadas pelos grupos como forma de explicação da realidade. Elas parecem muito com os mitos e crenças das sociedades tradicionais. Assim, a representação social formaliza uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.

Moscovici (1978) defende que as representações sociais possuem três dimensões: a informação, o campo de representação ou imagem e a atitude. A informação está relacionada com a sistematização de um conhecimento que determinado grupo tem sobre um objecto social. Esta informação condiciona o tipo de representação que o grupo terá do objecto. O campo das representações ou da imagem remete-nos à ideia de imagens, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições atinentes a um aspecto preciso de objecto de representação.

Moscovici (1961) destaca o conceito de ancoragem e objectivação. A ancoragem refere-se à inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído. Ou seja, ancoramos o desconhecido em representações já existentes. O autor concebe como um processo de domesticação da novidade sob a pressão dos valores do grupo, transformando-a em um saber capaz de influenciar, pois nos limites em que ela penetrou numa camada social, também se constitui aí num meio capaz de influenciar os outros e, sob esse aspecto, adquire status instrumental". Em suma, a ancoragem é feita na realidade social vivida, não sendo, portanto, concebida como processo cognitivo intra-individual.

A cristalização de uma representação nos remete, por sua vez, ao segundo processo: a objectivação. A objectivação é essencialmente uma operação formadora de imagens, o processo através do qual noções abstractas são transformadas em algo concreto, quase tangível, tornando-se tão vívidos que seu conteúdo interno assume o carácter de uma realidade externa (Moscovici, 1988). Este processo implica três etapas: primeiramente, a descontextualização da informação através de critérios normativos e culturais; em segundo lugar, a formação de um núcleo figurativo, a formação de uma estrutura que reproduz de maneira figurativa uma estrutura conceitual; e, finalmente, a naturalização, ou seja, a transformação destas imagens em elementos da realidade.

A representação social segundo Moscovici (1961) tem funções específicas para os grupos que compartilham essas teorias de senso comum. A partir desta perspectiva, o autor compreende como o homem vai tornando os conhecimentos científicos socializados para com isso explicar sua realidade e o mundo, e assim identificar-se com seu grupo.

As representações sociais fazem com que esta forma de pensar no mundo crie condições para o homem entendê-lo: a representação social constitui uma das formas de apreensão do mundo concreto, circunscrito em seus alicerces e em suas consequências. Para o autor as representações têm por função uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma acção que modifica aqueles e estas, e não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações.

A exposição aqui feita permitiu-nos enquadrar o nosso estudo na perspectiva de Moscovici (1961) que pode ser resumida nos seguintes termos: para compreender melhor o funcionamento do comportamento humano e do modo como os actores sociais se agrupam, devem-se considerar conjuntamente os afectos, as condutas, a organização como eles partilharam as crenças, as atitudes, valores, perspectivas futuras e experiências sociais. Só assim podemos captar de forma as explicações e opiniões que são produzidas e reproduzida no quotidiano dos tuberculosos e em última instância as justificações que são dadas a certas formas de se comportar em sociedade.

Minayo (1992) trabalha o conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica, ampliando o debate a cerca da temática em questão. A autora citada chama atenção para o facto de que a construção de toda uma trajectória de filiações ideológicas ou tradições. O conhecimento é sempre interessado e o reconhecimento do mundo como biológico e social passaria por uns crivos epistemológicos. Ela destaca as abordagens sociais e históricas que romperam com as estratégias do positivismo e as suas insuficiências de macro e micro teorias sociais. Por outro lado, essa mesma trajectória histórica tem apontado para novas posições e disposições de elaboração de conhecimento sobre o processo saúde e doença.

O termo "representação social", ou "representação colectiva" foi proposto, como é sabido, por Durkheim (1978), que desejava enfatizar a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual. Para esse autor, assim como a representação individual deve ser considerado um fenómeno psíquico autónomo não redutível à actividade cerebral que a fundamenta, a representação colectiva não se reduz à soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade. Ela é também uma realidade que se impõe a eles: as formas colectivas de agir ou pensar têm uma realidade fora dos indivíduos que, em cada momento,

conformam-se a elas. São coisas que têm existência própria. O indivíduo as encontra formadas e nada pode fazer para que sejam ou não diferentes do que são.

Sociologicamente estamos perante o primeiro reconhecimento de que a consciência social está estreitamente vinculada a uma série de elementos sociais, tal como tal com ele afirma no seu artigo de que as representações sociais tornam-se realidades autónomas e adquirem uma vida própria mantendo ligações com a estrutura social, (Durkheim, 1978). As representações colectivas em Durkheim são percebidas enquanto relativamente autónomas e simultaneamente como constitutivas do tecido social. As sociedades para existirem produzem representações que são estruturalmente necessárias, o que significa afirmar que a ideologia é constitutiva do processo social.

A segunda abordagem é apresentada por Moscovici, psicólogo social, cujo conceito de representações sociais ganha porém maior impacto nos seus trabalhos sobre a psicanálise, quando em 1991 retoma este conceito em representações sociais da psicanálise. É dentro desse âmbito que o psicólogo social Jorge Vala (1997), considera Moscovici o primeiro a utilizar o conceito de representações sociais, delimitando seu campo de estudo ao âmbito da psicologia social. Para ele as representações sociais funcionam e as relações estabelecidas socialmente.

As representações sociais são uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos. Destaca seu carácter psíquico criativo e sua relação com o social permitindo aos homens tornar inteligível a realidade física e social, inserindo-os nos grupos e nas relações quotidianas de troca, assim como liberando seus poderes de imaginação (Moscovici, 1978). Para Moscovici, representação social compreende um sistema de valores, noções e de práticas relativas a objectos sociais permitindo a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e de grupos, constituindo um instrumento de orientação da percepção e da elaboração das respostas e contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade.

A terceira abordagem é definida por Minayo (1994), onde afirma que para as ciências sociais, as representações sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na justificando-a ou questionando-a. As representações sociais de forma dinâmica em

que interagem as condições sociais, as formas organizacionais da sociedade, os actores e suas práticas sociais produzindo formas específicas de conhecimento. São assim determinados e determinantes das condições sociais, sendo a fala, sua reveladora primordial.

Minayo (1994) destaca ainda que as representações sociais não são necessariamente consciente, perpassando o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social como algo anterior e habitual que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das relações colectivas e dos grupos. Quer isto dizer que as condutas humanas são intencionais e inspirando conscientemente, ou não, por um conjunto de representações mentais fora das quais não podem ser compreendidas.

Portanto, pensar nos comportamentos discriminatórios em relação aos tuberculosos, a partir de seus actores e buscar uma aproximação as representações sociais dos mesmos, como também buscar identificar outras representações sociais favorecidas ou reforçadoras de comportamentos sociais discriminatórios. As interpretações a serem alcançadas serão vistas por um lado como subjectivas (pois baseadas nos discursos dos actores), e por outro lado como objectiváveis (pois apoiadas em reflexões sobre o que já se escreveu sobre a temática, pelo controlo de elementos de contexto e pela coerência internada da exposição).

3.2. Enquadramento conceptual

Nesta parte do trabalho, propomo-nos a explicitar todos os conceitos fundamentais que serão operacionalizados ao longo do mesmo de forma a tornar claro e evitar qualquer tipo de ambiguidade. É seguido este objectivo que serão definidos os conceitos de representações sociais, comportamentos discriminatórios, doença e tuberculose.

3.2.1. Saúde

Assim sendo começamos por definir saúde. Segundo a OMS (1994) a saúde não apenas como ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem estar físico, mental e social da pessoa. Na perspectiva de Herzlich (1991) a doença é vista como um estado que afecta o organismo de um individuo. As doenças variam conforme as épocas e condições sociais: as epidemias do

passado foram sucedidas pelo câncer e as doenças cardiovasculares ultimamente pela AIDS². Deste modo, a doença pode ser definida em termos sociais, onde cada sociedade reconhece doenças específicas, e que para além deste aspecto, a doença constitui sempre um estado com muitas implicações sociais: estar doente ou em boas condições físicas são coisas muito diferentes socialmente. A boa saúde e a norma; a saúde e a normalidade, de um lado, doença e anormalidade, de outro, que são conceitos quase equidistantes.

Good (1994) observa que a doença e sofrimento humano não podem ser visto por uma única perspectiva e que as posições teóricas actuais continuam desenvolvendo conversações que fazem avançar a discussão dessas questões. Na perspectiva do autor, as abordagens das representações da doença tem de se ser vistas em quatro abordagens, onde:

1. O paradigma da tradição empirista, que procura compreender as representações da doença com base nas crenças presentes no senso comum. Neste ponto de vista a doença é entendida como algo natural sendo separada da consciência humana.
2. A visão de antropologia cognitiva, que se volta entre outros aspectos para a investigação de como a linguagem e a cultura estruturam a percepção. Estes tipos de estudos podem ser vistos como uma crítica as descrições generalizadas de crenças de doença e conjunturas de crenças culturais são consensuais. Entre essas vertentes há um posicionamento que situa as representações da doença em termos mentalísticos, abstraídos do conhecimento incorporado, da influência e das forças sociais e históricas que moldam significados de doença.
3. A abordagem interpretativa que entende que as representações sociais da doença são vistas como culturalmente constituídas, centrando se no seu significado. Os estudos interpretativos em geral procuram articular doença e cultura, entendendo que a doença não é uma entidade, mas um modelo explicativo. Neste sentido ao invés de centrar os estudos nas representações em si, essa abordagem vem investigando como significados e

² Em português, SIDA.

práticas interpretativas interagem como processos sociais, psicológicos e fisiológicos para produzir formas distintas de doença e trajetórias de doenças.

4. A abordagem crítica que entende as representações de doença como mistificação. Os estudos nesta abordagem são baseados no pensamento neomarxista, se esforçam em entender questões de saúde à luz de forças políticas e económicas que padronizam relações interpessoais, moldam comportamentos sociais, geram significados socialmente compartilhados e condicionam experiências colectivas.

A doença é uma realidade construída pelos agentes envolvidos no processo, os quais não podem tratar o fenómeno saúde-doença apenas pela vertente anátomo-fisiológica da medicina excluindo o contexto social, sem fazer um recorte da realidade premente, (Minayo, 1991).

A tuberculose é uma doença infecciosa e contagiosa, causada por um microorganismo denominado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de *Koch* (BK), que se propaga através do ar, por meio de gotículas contendo os bacilos expelidos por um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, espirrar ou falar em voz alta. Quando estas gotículas são inaladas por pessoas sadias, provocam a infecção tuberculosa e o risco de desenvolver a doença.

O conceito de **saúde** é usado estritamente relacionado com a ideia de doença. Estamos a analisar as representações sociais que os indivíduos constroem a volta de uma doença determinada, neste caso, a tuberculose. Queremos compreender a forma como os indivíduos interpretam os seus estados de saúde – ausência ou presença de saúde – além das implicações que essas mesmas interpretações têm na vida e nas interações dos actores sociais no quotidiano.

3.2.2. Discriminação

O segundo conceito que definimos é discriminação. Segundo Sousa (2008) a discriminação refere-se a atitudes que prejudicam os sujeitos pertencentes a determinados grupos sociais e resulta de processos sociais que molestem os membros desses grupos. A discriminação comporta uma diferenciação injusta e arbitrária que tem na sua base a crença de que os indivíduos

pertencentes a determinadas categorias têm maior probabilidade de possuir características indesejáveis.

A discriminação directa refere-se ao tratamento menos favorável a alguém com base na sua pertença a um determinado grupo. A discriminação indirecta refere-se às situações em que, apesar de não se verificar uma discriminação formal, são aplicados condições ou requisitos que se sabe à partida não serem possuídos pela grande maioria dos elementos do grupo que se quer discriminar.

A noção de comportamentos nas ciências sociais varia de acordo com as disciplinas e interesses. De um modo geral pode referir-se ao modo habitual de agir ou viver. Em psicologia social, definiu-se o comportamento como o modo de ser ou de reagir de uma pessoa, quer na vida corrente em face de circunstâncias particulares. Na psicologia social e em sociologia o comportamento social ou colectivo é definido por sua vez como sendo simultaneamente a maneira de ser e modos de agir deste ou daquele conjunto social (classe, grupo, meio, idade, sexo etc.) considera-se que os comportamentos sociais são normalmente estáveis e perduráveis (Birou, 1982).

Entendemos que o facto da tuberculose ser uma doença altamente contagiosa, o contacto com um indivíduo tuberculoso é algo que tem sido evitado por outros indivíduos. Assim, as crenças e os significados que os indivíduos produzem a volta da tuberculose determinam os comportamentos que os indivíduos assumem em face dos tuberculosos. Estamos diante do comportamento discriminatório na medida em que tais comportamentos envolvem constrangimento e isolamento aos portadores da tuberculose.

3.2.3. Representações sociais

O terceiro conceito que definimos é representações sociais. As representações sociais, segundo definição clássica apresentada por Jodelet (1985), são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em

que vivemos. São, conseqüentemente, formas de conhecimento que se manifestam como elementos cognitivos — imagens, conceitos, categorias, teorias, mas que não se reduzem jamais aos componentes cognitivos.

Sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que possibilita a comunicação. Deste modo, as representações são, essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do seu contexto de produção. Ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam.

Herzlich (1991:23) considera que Durkheim enfatizava a primazia de pensamento social individual destacando que a representação colectiva não se reduz à soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade. Ela é também uma realidade que se impõe a ele. É preciso situar esse trabalho em seu contexto. De fato, para Moscovici, o estudo de uma representação social situava-se no campo de uma psicologia social, dominada então pela tradição behaviorista: a de uma ligação directa entre estímulos e resposta comportamental.

Face a esse modelo, tratava-se de introduzir a noção de uma actividade organizadora sobre o duplo plano cognitivo e simbólico; actividade organizadora de um grupo, ou de um indivíduo enquanto membro de um grupo, que orienta a resposta, já que ela estrutura o estímulo e lhe dá um sentido colectivamente partilhado. Mais precisamente, no caso da representação social da psicanálise, o problema era ver como, através da assimilação dos conceitos psicanalíticos, os sujeitos sociais construiriam uma nova realidade da vida psíquica, a sua e a dos outros.

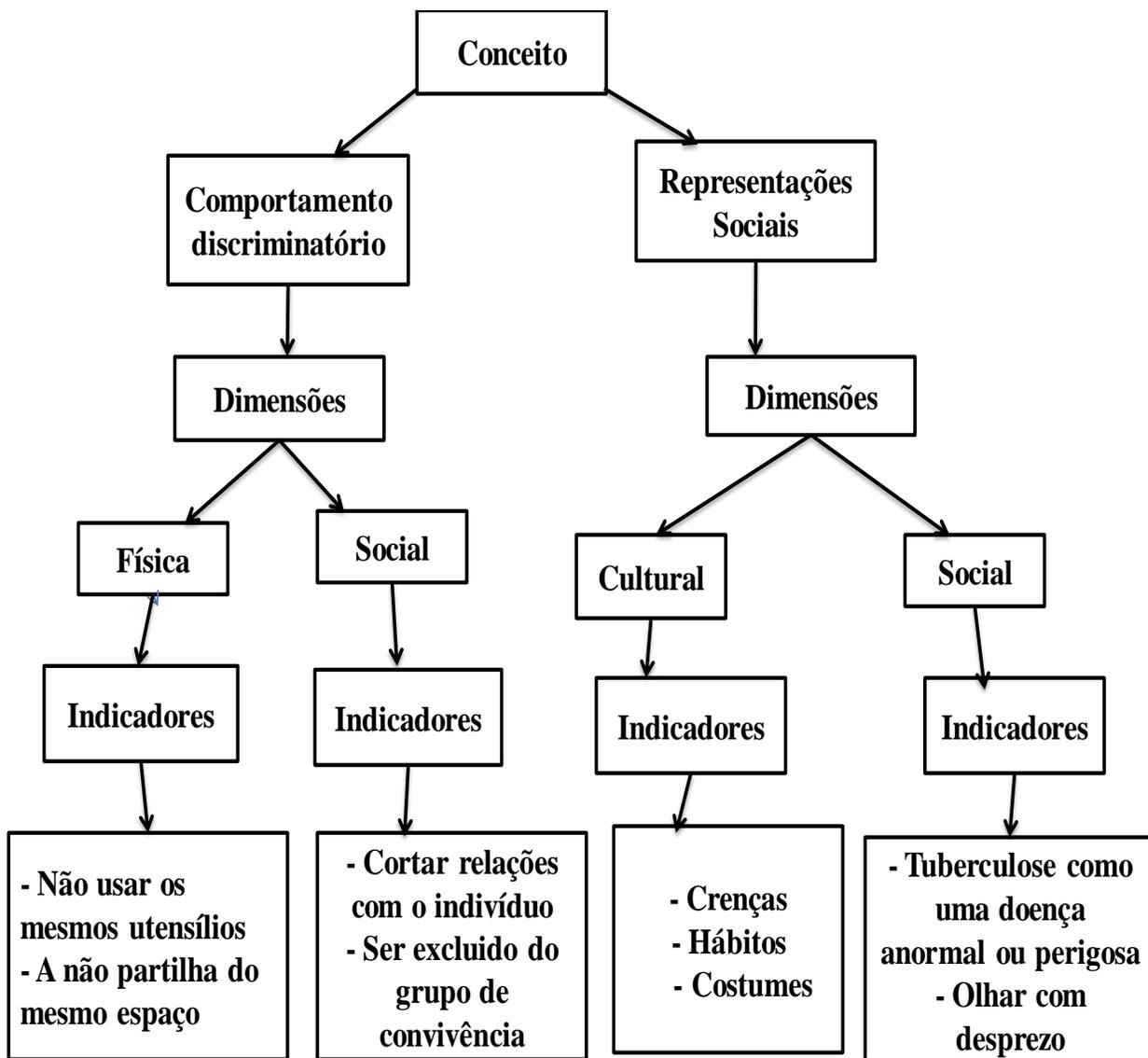
Segundo Herzlich (1994) a noção de representação social de Moscovici é uma tentativa de tratar a influência recíproca da estrutura social e a do sujeito. No entanto sua ênfase tendeu mais para um lado a reflexão se apoiava mais no sujeito activo, construtor do mundo a partir dos materiais que a sociedade lhe fornece, de que na própria estrutura social. O conceito de representação social de Moscovici permite compreender como se estruturam as relações simbólicas e da comunicação dentro dos campos de conhecimento em grupo.

É na comunicação onde estão as formas de identificação concretas das representações sociais, onde se elaboram os conhecimentos de senso comum mas também, são encontradas nas ciências sociais, nas regiões e em outras tantas formas de conhecimento compartilhado.

Nesta monografia usamos os conceitos de forma interligada na medida em que todos autores citados apresentam elementos fundamentais para a compreensão das representações sociais. O importante a reter é que as representações sociais envolvem a produção de significados e interpretações sobre a realidade envolvente; neste caso, produzimos análises sobre os significados e interpretações que os actores sociais atribuem à tuberculose.

3.3. Construção do modelo de análise

Os conceitos definidos encontram numa relação articulada com determinadas dimensões e indicadores que foram seguidos no processo de investigação. A seguir apresentamos um modelo de análise que faz uma articulação entre os dois principais conceitos definidos e seus respectivos indicadores e dimensões.



CAPÍTULO 4

ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA

Nesta etapa vamos fazer a apresentação dos procedimentos metodológicos que foram seguidos até a elaboração da monografia. É nosso objectivo elucidar a abordagem, os procedimentos e as técnicas que usamos bem como fazer uma descrição das etapas por que passamos para a produção deste trabalho.

4.1. Etapas da pesquisa

O nosso trabalho foi realizado em dois momentos. O primeiro momento foi no período de Março a Junho de 2010, que consistiu na elaboração da pesquisa exploratória, recolha e análise de informações, e revisão de literatura. É importante referir que houve muita dificuldade para ter acesso aos documentos que abordam sobre a tuberculose em Moçambique, por estes não estarem disponíveis na biblioteca do ministério da saúde e os documentos lá disponíveis abordam sobre a doença em causa, em outros contextos (não moçambicano).

O segundo momento foi de Agosto de 2010 a Junho de 2011, que compreendeu a recolha de dados (trabalho de campo) no bairro de Mavalane, na cidade de Maputo, tendo como entrevistados doentes do hospital de Mavalane, seus familiares e residentes do bairro. Por último, fez-se a organização dos dados, a análise dos mesmos e a elaboração do relatório final.

4.2. Abordagem e procedimentos

Faz-se aqui uma análise qualitativa (tentativa de compreender de forma minuciosa os significados e situações descritas pelos entrevistados) e quantitativa (caracterizado pelo uso da quantificação tanto nas modalidades de colecta de informação, como no tratamento destas por

meios de técnicas estatísticas) dos dados para depois aplicar-se o método hipotético dedutivo, na medida em que definimos hipóteses testáveis empiricamente.

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, a garantia para a sua representatividade não se baseia no critério numérico ou quantitativo. A questão é a de saber “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?” (Minayo *apud*. De Sousa, 1994:43). Assim, o grupo alvo abarcado nesta pesquisa foram doentes do hospital de Mavalane, familiares dos doentes e indivíduos que vivem no bairro em questão.

A escolha do bairro de Mavalane foi feita com base em três razões: a primeira pelo facto de ser a maior área de saúde da cidade de Maputo que verifica maior índice de indivíduos infectados pela tuberculose. A segunda esta ligada a acessibilidade do local, e a terceira prendem-se com o facto de conhecer muitos indivíduos residentes no bairro que estão infectados pela tuberculose.

4.3. Técnicas de recolha de informação

A técnica principal utilizada para recolha de dados durante o trabalho de campo foram as entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas semi-estruturadas permitem balizar os dados que são relevantes para o estudo em questão e, simultaneamente ao valorizar a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo desse modo a investigação (Trivos, 1987:146).

Foi importante a aplicação de entrevistas semi-estruturadas porque abriu campo para entrevistas abertas e fechadas. Para tal, entrevistamos 18 pessoas numa faixa etária dos 18 aos 60 anos de idade – 10 portadores e 8 não portadores de tuberculose - com as quais procuramos apurar sensibilidades, substanciando a matéria em estudo e vivendo próximo de realidade que assola este grupo e nos permitiu apurar as causas últimas que estão na origem do fenómeno. Foram privilegiadas entrevistas individuais e em profundidade, para que se criasse um ambiente de abertura e tranquilidade, para que as entrevistas fossem mais produtivas.

Os aspectos centrais das entrevistas cingiram-se sobre o nível de conhecimento, no que concerne a relação entre as representações sociais da tuberculose e o comportamento discriminatório; a

identificação e os tipos de explicações dados pelos indivíduos sobre a tuberculose e as suas formas de contaminação e prevenção; e por fim sobre a influência das representações sociais da tuberculose no comportamento que os indivíduos apresentam.

Os dados recolhidos durante o trabalho de campo foram compilados, organizados em várias categorias ou itens, de modo a possibilitar o seu posterior tratamento. Assim, os dados foram agrupados em duas categorias: a das representações sociais da tuberculose e a do comportamento discriminatório. O método de análise adoptado para o tratamento da informação recolhida foi a análise de conteúdo que, segundo Bardin (1995:42), trata-se de um conjunto de técnicas sistemáticas e objectiva das informações.

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Nesta parte do trabalho nos propomos a fazer uma breve caracterização do bairro de Mavalane, e em seguida traremos alguns aspectos ligados ao perfil sócio demográfico dos entrevistados. Num outro momento faremos menção aos aspectos ligados a forma de prevenção e contaminação da tuberculose; as representações sociais da tuberculose, o comportamento discriminatório, e por último, discutiremos a construção social das crenças relativas à tuberculose.

5.1. Breve caracterização do bairro de Mavalane

O bairro de Mavalane esta localizado na cidade de Maputo, tendo os seus limites a norte, o Aeroporto internacional de Maputo através e o bairro de Hulene A. A Sul, com o bairro de Maxaquene A e D; a Este pelo bairro de Hulene A e a oeste com o bairro de urbanização.

Segundo os dados do Recenseamento Geral da População e Habitação 2007 (INE, 2007), o bairro de Mavalane tem uma população estimada em vinte mil oitocentos e vinte e nove (20 829) habitantes, os quais dez mil e dez (10 010) são do sexo masculino e dez mil oitocentos e dezanove (10 819) do sexo feminino.

Em consequência da guerra, o bairro de Mavalane foi palco de fixação das populações deslocadas de outros cantos do país e da cidade e província de Maputo. De acordo com as fontes administrativas, o bairro de Mavalane actualmente faz parte distrito municipal KaMavota, dadas as mudanças que se tem verificado na actual organização administrativa do município.

A opção pelo bairro de Mavalane deriva do facto desta área de saúde estar localizado na cidade de Maputo, onde os índices de prevalência da tuberculose são bastante elevados (278.5%), comparativamente a outras áreas de saúde da cidade de Maputo, como a área Chamanculo com (229%) e a área de José Macamo com (44.9%), (Manual de tuberculose, 1996).

5.2. Perfil sócio-demográfico dos entrevistados

Durante a realização da nossa pesquisa, foram entrevistados dezoito indivíduos dos quais doze são do sexo feminino e seis do sexo masculino, numa faixa etária dos dezoito anos de idade aos sessenta anos de idade.

No que tange ao estado civil, pudemos observar que a maior parte dos actores sociais em causa são solteiros, (onze dos entrevistados) e nove são casados e viúvos (neste caso, os seus parceiros perderam a vida por causa da tuberculose). As suas residências são feitas de material precário, e parte delas não têm água e luz.

Quanto ao nível de escolaridade, dez dos indivíduos entrevistados afirmaram que frequentaram o ensino primário, dos quais seis frequentaram até a 5ª classe e quatro até 7ª classe. E em contrapartida, os restantes oito entrevistados, três frequentaram até a oitava classe, dois têm o nível secundário básico e três frequentaram o nível médio.

No que se refere à profissão dos nossos entrevistados, pudemos notar que alguns são empregados domésticos e outros pequenos negociantes, isto é, praticam o seu negócio em sua própria residência e são produtos de primeira necessidade em quantidades muito reduzidas.

Quanto ao aspecto religioso, observamos que os actores sociais em causa, professam uma determinada religião, maioritariamente a religião cristã protestante, isto é dez dos indivíduos entrevistados rezão na igreja universal e oito na igreja assembleia de deus.

5.3. Formas de contaminação da tuberculose

A principal via de transmissão e contaminação da tuberculose é a via aérea, ou seja, pelas vias respiratórias. A medida que um indivíduo tuberculoso tosse, ele vai soltando bactérias que são inaladas por um outro indivíduo, este corre risco de ser contaminado pela doença. Essa é a razão porque do ponto de vista biomédico é recomendável que os doentes de tuberculose sejam isolados para tratamento e que usem utensílios separados dos demais membros da família. As principais vias de transmissão da tuberculose são:

- Através da via aérea quando um tuberculoso tosse;
- Partilha de mesmo espaço físico com indivíduos portadores de tuberculose;
- Utilização dos mesmos objectos – pratos, talheres, copos – com um doente;
- Através do contacto com a saliva do doente;

O que acontece é que determinadas práticas dos membros das famílias de indivíduos com tuberculose criam condições para que a doença se espalhe. Por exemplo, culturalmente a mulher tem a responsabilidade de cuidar de seu marido, porém se esse marido for tuberculoso, tal mulher fica exposta à possibilidade de ser contaminada pela tuberculose. Vejamos dois exemplos de depoimentos:

“Quando eu descobri que tinha tuberculose no hospital me disseram que eu não podia ficar lá por falta de espaço, mas nas palestras costumam nos dizer numa primeira fase devíamos ficar internados e sem contacto directo com outras pessoas. Quando ficamos em casa e acabamos contaminando mais gente, como exemplo disso, a minha mulher e minha filha estão contaminadas pela tuberculose” [Gezebel³, 47anos, doente de tuberculose].

“Eu é que tive de prestar os primeiros socorros ao meu marido, cuidar dele todos os dias, quando no hospital haviam nos informado para deixá-lo isolado, mas se eu o deixasse, quem ia cuidar dele?” [Celia, 49anos, não tuberculoso].

Pelos depoimentos observamos que os laços de parentesco pressupõem determinadas responsabilidades como cuidar do doente, mesmo que isso signifique estar exposto ou contrair a doença. Se, por um lado, é preciso transmitir conforto ao doente no seu processo de tratamento, por outro lado, tal conforto pode se constituir como factor de risco para os outros.

³ Todos os nomes colocados nos depoimentos são fictícios, pois por razões éticas e deontológicas, não devemos revelar as identidades dos nossos interlocutores.

Os primeiros sintomas da tuberculose são tratados em ambiente caseiro e, geralmente, somente nas situações em que o quadro clínico do doente se agrava é que se procuram os serviços de saúde.

Podemos associar essas práticas quotidianas, (cuidar do doente em casa, não separar objectos e utensílios) à outras dimensões como é o caso da baixa renda. Se observarmos, maioritariamente os nossos interlocutores são indivíduos que produzem rendas baixas daí que, as famílias se vêm em condições de sustentar os custos de isolar um doente de tuberculose e adoptar práticas seguras em relação às possibilidades de contágio.

5.4. Representações sociais da tuberculose

Ao longo das nossas entrevistas foi possível observar como os actores sociais constroem e interpretam os significados da tuberculose. Em função das suas experiências práticas quotidianas em relação a tuberculose e das suas interacções uns com os outros, os nossos entrevistados constroem um conjunto de interpretações e representações da doença. Na nossa pesquisa foi possível identificar três representações da tuberculose: tuberculose como doença associada à morte; tuberculose como castigo divino e tuberculose como herança social.

5.4.1. Tuberculose como doença associada à morte

Uma das representações da tuberculose entre os nossos interlocutores relaciona a doença com a morte. Observamos que os doentes de tuberculose tendem associar a doença à morte devido à experiências passadas ou devido ao facto de saberem ou terem ouvido que alguém perdeu a vida por causa desta doença. Assim, a tuberculose acaba tendo um carácter fatal, uma doença que, uma vez apanhadas, as possibilidades de perder a vida são elevadas. Vejamos dois exemplos:

“As pessoas falavam muito mal de mim, até acusaram-me de estar infectado pelo vírus de HIV/SIDA, elas já não conversavam comigo e chegavam em minha casa espreitar e depois iam. Outras me desencorajavam a fazer o tratamento porque afirmavam que não fazia efeito nenhum e que eu ia morrer porque dificilmente a tuberculose cura” [Victor, 23 anos, doente de tuberculose]

“Eu senti a morte espreitar a minha vida. Sempre soube que a tuberculose está associada ao HIV/SIDA e quando descobri que apanhei tuberculose pensei que tinha apanhado a doença do século e havia de morrer qualquer dia” [Maria, 35 anos, doente de tuberculose].

Se tomarmos em conta estes dois depoimentos pode se observar que a tuberculose é representada como algo mortífero, uma doença de difícil cura que leva as pessoas necessariamente a morte. Esta forma de representar a tuberculose está relacionada com aquilo que o colectivo diz sobre a doença. Segundo Durkheim (1978), as representações sociais servem para dar sentido aos eventos e acontecimentos do quotidiano.

No caso específico dos nossos entrevistados, a tuberculose representa morte e isso deriva das experiências práticas quotidianas dos mesmos. Por aquilo que ouvem ou vêem, fica sempre no imaginário da sociedade que a tuberculose significa morte e isso determina a forma como os demais membros da colectividade se comportam em relação aos portadores da doença. Por exemplo:

“Ter tuberculose significa que a pessoa vai morrer mesmo. O tratamento é uma fantochada e não tem efeito nenhum, não nos internam nos hospitais e vivemos a nossa sorte” [Alvaro, 34anos, não tuberculoso, mas já esteve contaminado pela doença em causa].

“Meu marido morreu de tuberculose e agora eu estou contaminada e isto significa que tarde ou cedo vou morrer” [Antonieta, 60 anos, doente de tuberculose].

Nestes depoimentos observa-se também um dos elementos estruturantes das representações que os portadores da tuberculose têm a volta da doença: o tratamento. Do ponto de vista médico o tratamento da tuberculose é bastante demorado e desgastante para o doente sendo que, qualquer falha nesse processo pode se traduzir no retardamento do processo de cura ou ainda na dificuldade de curar definitivamente o doente.

Analisando a morte no contexto das discussões das ciências sociais, Cunha (1999) argumenta que a crença na possibilidade de morrer ou não mediante os tratamentos determina, em parte, a luta que os doentes empreendem nos processos de tratamento. Dito de outro modo, quando um doente determinado não crê que estará curado ou ainda, crê que vai morrer independentemente do tratamento, o seu comportamento em relação aos procedimentos de cura ficam condicionados. No caso dos nossos interlocutores, na medida em que acreditam que a tuberculose traz a morte, o seu empenho no cumprimento das recomendações médicas é reduzida.

Portanto, na medida em que os actores sociais representam a tuberculose como relacionada com a morte, os mesmos moldam seus comportamentos tendo em conta o imaginário do colectivo sobre a doença. Por um lado, os tuberculosos agem de determinada maneira porque acreditam que vão morrer e, por outro lado, os não tuberculosos evitam os tuberculosos por temerem o contágio de uma doença mortífera.

5.4.2. Tuberculose como castigo divino

A tuberculose é também representada enquanto um castigo divino na medida em que, de acordo com os nossos interlocutores, ela escapa à explicação e compreensão dos homens. A tuberculose se encontra, deste modo, num plano metafísico e sobrevivência do portador da doença está dependente de um plano superior e divino do qual o homem não tem nenhum controle. Eis alguns depoimentos:

“A tuberculose é uma doença do mal que nem devia existir. Eu não sei o que vai acontecer com minha família se um dia eu me ir embora por causa desta doença.

Só Deus sabe porque existe a tuberculose e eu vou vivendo até onde Ele me deixar viver” [Vitorino, 33anos, doente de tuberculose]

“Eu sempre ouvi falar da tuberculose e pensava que só os outros podem apanhar. Quando comecei a ficar doente, tossir muito e ter febres, eu fui ao hospital e disseram que eu tinha TB. Eu parei e pensei: isto só pode ser azar, o que eu fiz para sofrer de uma doença como esta? Só Deus sabe!” [Ameida, 40anos, doente de tuberculose].

Se retornarmos às noções de representações sociais que foram anteriormente apresentadas, observa-se que em todas elas está presente a ideia de senso comum. Por exemplo, Jodolet (1984) citado por Vala (2000), fala em representação social na medida em que existe um conhecimento socialmente elaborado e partilhado com o objectivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

Os depoimentos acima transcrito revelam que aquilo que os actores sociais pensam da tuberculose, que é socialmente construído, do domínio do senso comum e com objectivo de dar sentido à tuberculose. Na aceção dos nossos entrevistados, a tuberculose também pode ser entendida como castigo divino ou de forças sobrenaturais. Essa é uma ideia, que faz sentido no contexto das interacções sociais onde nossos interlocutores estão inseridos, é comumente partilhada pelos actores sociais e diz respeito a forma específica de interpretar a doença.

Aqui observa-se que a doença “não é natural, não provêm do indivíduo em si mas é derivada da invasão, real ou simbólica de elementos nocivos no organismo, materializando (...) a intenção de prejudicar de um membro da comunidade, de um feiticeiro, de uma divindade ou de um ancestral (Adam e Herzlick, 1994:79). Assim, a doença é representada como pertencendo ao plano do divino, algo de que a intenção humana não depende.

Esta ideia ou imagem condiciona o comportamento, não só dos não infectados pela tuberculose mas também dos tuberculosos, fazendo com que estes últimos tenham a sensação de terem sido castigados e encontrando-se assim numa situação de inferioridade em relação aos que não sofrem

da doença, de tal forma que se isolam da sociedade e dos espaços e sociabilidade que antes frequentavam.

“Eu já não saio de casa para visitar amigos e vizinhos daqui da zona. As pessoas quando me vêem cumprimentam-me e de seguida você vê que eles não querem ficar muito tempo a conversar. Porquê eu vou insistir se as pessoas têm medo de conviver comigo? Prefiro ficar em casa” [Manuel, 25 anos, doente de tuberculose].

“Não saio muito de casa porque sei que as pessoas sabem que tenho tuberculose e tem medo de apanhar a doença através de mim. Quando saio sou vou ao hospital” [Rita, 58 anos, doente de tuberculose].

Se por um lado os actores sociais estabelecem ligações entre os seus estados de saúde e a ideia de castigo divino, por outro lado, as representações que estes constroem a volta da tuberculose acaba também moldando os seus comportamentos e acções diante dos outros. É por saber como os outros irão reagir diante de si que os tuberculosos optam pela auto-exclusão.

Uma vez mais, a representação da tuberculose é fundamental para compreender o comportamento dos indivíduos em relação à doença e em relação aos seus portadores: os indivíduos castigados por Deus são indivíduos portadores de azar e que não tiveram a mesma sorte que os demais membros da colectividade. Seu comportamento tende reproduzir aquilo que os demais dizem sobre si e aquilo que o tuberculoso pensa de si, em função das construções simbólicas produzidas socialmente.

Portanto, o comportamento discriminatório a que os tuberculosos estão sujeitos e a auto-discriminação a que se sujeitam estão relacionados com a forma como a tuberculose é representada socialmente enquanto um castigo divino.

5.4.3. Tuberculose como herança social

Há também um grupo de crenças e interpretações que associam à tuberculose a herança social. Tal relação deriva do facto de, por um lado, haverem indivíduos que consideram a contaminação por tuberculose como algo que resulta do incumprimento de determinadas normas ou práticas estabelecidas na sociedade e, por outro lado, com o facto de entre os familiares haver situações em que a tuberculose passa de pais para filhos.

“Meu marido tinha tuberculose e agora minha filha também tem. Eu acho que essa doença passa dos pais para os filhos e vai estragando as famílias cada vez que novas pessoas nascem” [Maria, 36anos, não esta infectada pela tuberculose].

“A tuberculose é uma doença que não devia existir porque ela é muito prejudicial e que acabou definitivamente com a minha família, foi passando de um para outro, como que de geração em geração” [Sílvia, 37anos, doente de tuberculose].

“Dizem que quando a pessoa se mete com uma mulher que fez aborto ela apanha tuberculose. Eu acho que é por isso que meu irmão apanhou TB, ele gostava muito de andar com mulheres” [Emilia, 53 anos, não esta contaminada pela tuberculose].

Nestes extractos estão presentes as crenças generalizadas e que são construídas a volta da ideia de tuberculose. Aliás, como refere Jodolet (1984), a crença é um dos elementos estruturantes das representações sociais. Os nossos interlocutores também interpretam a tuberculose como algo herdado ou como resultado de determinadas práticas socialmente consideradas fora de comum⁴.

Neste ponto pode se fazer menção aos dois processos discutidos por Moscovici (1969) e que se referem a construção das representações: a objectivação e a ancoragem. O primeiro processo referente a forma como se organizam os elementos constituintes da representação que se formam

⁴ Há o exemplo do terceiro depoimento desta secção.

enquanto expressões de uma realidade vista como natural; o segundo processo que se refere a funções sociais das representações.

No nosso caso, se por um lado os interlocutores constroem significados da tuberculose e que lhes conferem um carácter de normalidade e de naturalidade, por outro lado, tais representações incorporam a função de justificar ou buscar explicações para a situação concreta em que os indivíduos se encontram. Os tuberculosos experimentam e vivenciam socialmente a tuberculose e, por isso, também procuram explicações sociais para o seu estado de saúde e que não incluem qualquer explicação médica.

Há um elemento interessante a considerar neste sub-ponto: a transmissão da tuberculose por via sexual. Observa-se num dos depoimentos que há interlocutores que entendem que a tuberculose é transmissível por via sexual e, provavelmente, tal entendimento está relacionado com o facto de, muitas vezes, os indivíduos portadores de HIV/SIDA serem propensos à tuberculose. Assim, fica a ideia de que os indivíduos com muitos relacionamentos sexuais estão propensos a contrair tuberculose.

Portanto, relacionar a tuberculose com práticas profanas ou com heranças sociais desprestigiadas remete a uma situação em que os indivíduos são discriminados em função das suas características de saúde e que são interpretadas socialmente. Estas formas de interpretar a tuberculose que até aqui foram apresentadas estão relacionadas com as práticas e experiências quotidianas dos nossos interlocutores e isso nos remete a análises mais detalhadas e teoricamente sustentadas sobre a construção e funções das representações sociais nas colectividades.

5.5. Funções sociais das representações da tuberculose

“As representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação, porém

é a linguagem tomada como forma de conhecimento e interacção social” (Minayo, 1994: 108).

Moscovici (1961) distingue quatro funções das representações sociais: *organizar significativamente o real; permitir a comunicação; definir comportamentos e permitir a diferenciação social*. No nosso estudo é possível observar algumas destas características naquilo que os nossos interlocutores afirmaram, na forma como os mesmos constroem os significados e interpretações da tuberculose.

Segundo Moscovici (1969), a representação oferece um sistema de significações no qual uma estrutura de categorias ganha sentido. Estaria assim a se constituir uma organização significativa do real. No caso específico dos nossos interlocutores, pensar na tuberculose como mortífera, resultado do castigo divino ou algo hereditário, é uma maneira de construir um conjunto de explicações onde a sua situação de saúde ganha sentido.

Os nossos interlocutores procuram na sociedade e nas interacções que desenvolvem, discursos ou referências que procurem dar um sentido de normalidade aos seus estados de saúde. Isto resulta da sua experiência de vivência com a doença e das características das interacções que mantêm com os outros. Vejamos dois depoimentos:

“Elas quando olham para mim, até parecem estar a ver lixo ou algo do género. Algumas pessoas visitam-me, mas não com a intenção de dar-me apoio, mas com o objectivo de confirmar se eu estou realmente doente, para depois passarem a ignorar-me. Quando as pessoas começaram a tratar-me assim eu não tinha coragem de sair de dentro de casa, por não ter forças para enfrentar os maus tratos dos meus vizinhos e amigos.” [Gersonia, 48anos, doente de tuberculose].

“Eu hoje estou doente, Deus quis que assim fosse. Continuo a viver porque Deus permite que eu ainda esteja viva. Aprendi a viver com a tuberculose e agora tento seguir o tratamento para ver se consigo me curar, se isso for possível” [Valdemar, 49 anos, não tuberculoso].

Destes dois extractos, observa-se que os actores sociais procuram explicações para os seus estados de saúde e que tenham validade dentro do contexto das interacções sociais que estabelecem no seu dia-a-dia. É nas suas experiências práticas quotidianas e nas suas experiências de vivência com a doença que os tuberculosos constroem explicações e interpretações sociais da tuberculose.

Moscovici (1961) defende que previamente à interacção, os indivíduos dispõem de um sistema de representações que lhes permitem antecipar os comportamentos dos outros e programar a sua estratégia de acção. Neste caso estaríamos diante de uma situação em que os indivíduos, tendo tuberculose antevê os comportamentos dos outros em relação a si. Por outro lado, os não portadores de tuberculose – em função das informações que têm ou do que já ouviram falar – também constroem representações sociais da tuberculose e que determinam a forma como se comportar diante dos tuberculosos.

“Na minha casa tem muitas crianças, e geralmente as outras crianças do bairro vinham brincar, mas depois de descobrirem a minha doença os pais passaram a proibir de elas virem a minha casa. As minhas amigas desapareceram” [Laura, 29 anos, doente de tuberculose]

“Apesar de a doença ter curado, ainda persistem preconceitos em relação a minha família, no sentido em que os meus amigos já não frequentam mais a minha residência e as pessoas tem receio de se aproximarem e ter relações comigo como antigamente. Elas não conseguem meter na cabeça que eu já estou curado e que não represento nenhum perigo para elas. Ter tuberculose uma vez na vida implica que terás a vida inteira” [Afonso, 49 anos, não tuberculoso].

É uma dupla situação que leva à ideia de diferenciação entre os tuberculosos e não tuberculosos. A partir das representações sociais, os indivíduos definem as categorias dos outros, em função dos seus atributos físicos ou sociais, e determinam como podem interagir com os outros e que são diferentes de si. Assim, as representações podem ser também um elemento de construção da diferenciação social.

5.6. Interações sociais e discriminação dos portadores de tuberculose

Uma das características que observamos nos discursos dos nossos interlocutores é o facto de reclamarem sempre da discriminação a que estão sujeitos no dia-a-dia nas interações sociais que estabelecem. É sabido que a tuberculose é contagiosa e os portadores de HIV/SIDA se constituem enquanto grupo de indivíduos propensos a desenvolverem esta doença. A associação da tuberculose à morte ou ao HIV/SIDA determina, em parte, as formas como os não tuberculosos se comportam diante dos tuberculosos; um comportamento que tende produzir um efeito que é o isolamento de indivíduos que já estejam a manifestar os sintomas da tuberculose.

A discriminação se refere a atitudes que prejudicam os sujeitos pertencentes a determinados grupos sociais e resulta de processos sociais que molestam os membros desses grupos (Sousa, 2008). Segundo Sousa (2008), a discriminação comporta uma diferenciação que tem na sua base a crença de que os indivíduos pertencentes a determinadas categorias têm maior probabilidade de possuir características indesejáveis.

Na perspectiva de Sousa (2008), existem dois tipos de discriminação nomeadamente a directa e a indirecta. A discriminação directa refere-se ao tratamento menos favorável a alguém com base na sua pertença a um determinado grupo ou por possuir determinadas características e a indirecta se refere às situações em que, apesar de não se verificar uma discriminação formal, são aplicados condições ou requisitos que se sabe à partida não serem possuídos pela grande maioria dos elementos do grupo, pois que condiciona o acesso dos mesmos a determinados espaços ou vantagens sociais.

“Após a descoberta da doença, havia uma festa na casa da sua amiga, e quando ela chegou no local do convívio, os seus amigos disseram que não podiam conviver com ela porque estava contaminada pela tuberculose, alegando que ela podia contaminar os outros. Assim, mandaram ela embora do local” [Marisa, 35anos, doente de tuberculose].

“As pessoas já não vêem me visitar. Eu estou aqui doente e ninguém vem saber de como estou a evoluir. Todos mandam cumprimentos e rápidas melhoras

quando cruzam com meus filhos ou com minha mulher, mas ninguém quer chegar perto de mim e desejar que eu fique bem” [Nilza, 49anos, doente de tuberculose].

Os nossos interlocutores afirmam que são discriminados e na nossa análise, tal discriminação é fundamentalmente directa na medida em que deliberadamente os outros, os não tuberculosos, se comportam de determinada maneira em relação aos tuberculosos. Contudo, por causa dessa previsão do comportamento dos outros, os tuberculosos acabem também desenvolvendo em si a auto-discriminação, ou seja, eles mesmos se excluem das relações e interacções sociais com os outros por temerem a reprovação de que são vítimas.

“Uma vez fui acompanhar minha irmã no hospital. Quando chegou a vez de ela ser chamada, ela ficou mal porque percebeu que as pessoas notaram que ela tinha tuberculose” [Maria, 49anos, não tuberculoso].

“Na minha zona eu disse à poucas pessoas que tinha tuberculose mas, pouco depois todos ficaram a saber e passaram a me evitar. Por causa disso eu prefiro ficar em casa sozinho do que sair para a rua para ser desprezado” [Antónia, 50anos, doente de tuberculose].

Estas observações feitas aqui nesta secção nos remetem a produzir análises em dois níveis: primeiro ao nível das representações sociais como produtoras de determinados comportamentos e, segundo, ao nível da ideia de estigma e das estratégias de superação do mesmo. Segundo Moscovici (1961), as representações sociais constituem uma orientação para a acção na medida em que modela e constituem os elementos do contexto em que um comportamento terá lugar.

No nosso caso de estudo, na medida em que é sabido que determinado indivíduo é portador de tuberculose, uma doença contagiosa, todos os demais não tuberculosos procuram agir e se comportar de maneira a não contrair a doença. Isto significa que passam a discriminar aqueles indivíduos que são portadores da doença, indivíduos considerados factores de perigo e de propagação de uma doença associada à morte, ao castigo divino ou ao incumprimento de determinadas tradições.

Nesta linha de análises podemos chegar às ideias de Goffman (1980) sobre estigma. Este autor argumenta que podemos falar de estigma quando estamos diante de uma situação em que determinado indivíduo é discriminado ou desacreditado em virtude de possuir uma característica física ou pessoal socialmente indesejável. Neste caso, os portadores de tuberculose seriam indivíduos estigmatizados na medida em que são desacreditados e vedados o acesso a determinados espaços em função de uma característica pessoal de que são portadores – o facto de serem doentes de tuberculose.

Há espaço para estigma na sociedade na medida em que essa mesma sociedade define os parâmetros ou padrões de normalidade sendo que, na medida em que indivíduo se encontra fora desse parâmetro de normalidade, ele passa a estar sujeito à discriminação e, conseqüentemente, ao estigma. O normal é não estar doente e quando se está doente de uma doença que é associada à várias outras doenças, crenças e comportamentos indesejáveis, o efeito previsível é o que indivíduo seja discriminado.

Se continuarmos na linha de argumentação de Goffman (1980), o facto dos tuberculosos se isolarem ou optarem pelo silêncio pode ser classificado como uma estratégia de superação do estigma. Por saberem da desaprovação a que estarão sujeitos, os tuberculosos preferem se isolar ou manter um silêncio que transmitirá a ideia de que estão bem, podendo por isso escapar da discriminação dos outros.

Portanto, é desta maneira que se constrói a discriminação e o comportamento discriminatório dos tuberculosos em Mavalane. Uma discriminação que se assenta nos valores e nas práticas dos indivíduos bem como, nas práticas quotidianas e experiências de vivência com esta doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta monografia procuramos analisar as representações sociais da tuberculose e suas possíveis relações com o comportamento discriminatório em relação aos portadores desta doença. A partir dos resultados deste trabalho, embora de alcance reduzido, pode-se concluir que as representações sociais dos indivíduos sobre a tuberculose, estruturam-se em torno de cognições ligadas à prevenção. Verifica-se que os indivíduos apresentam-se relativamente informados quanto às formas de prevenção e transmissão.

Analicamente, os resultados deste trabalho enquadram-se no critério genético de Moscovici (1961) que defende que as representações sociais são também produto das interações e colectivamente produzidas, reflectindo a situação desse grupo e os indivíduos são produto da actividade cognitiva e simbólica da colectividade. Os indivíduos foram quase unânimes ao salientar a importância do isolamento, e não o uso dos mesmos utensílios para a prevenção da tuberculose. No entanto, isso não significa que os adoptem práticas de prevenção, dadas as circunstâncias nas quais foram remetidas.

Embora os indivíduos detenham informações de que a tuberculose é uma doença com cura, nota-se que a representação dos mesmos perante a tuberculose é reconhecida como uma ameaça às suas vidas, pelo facto serem consistentes com as medidas preventivas, mas não cumprirem com as mesmas.

A análise do material discursivo permitiu acessar informações acerca do conteúdo da representação social da tuberculose. Dessa forma, observamos que a doença é ligada à herança social, à morte e ao castigo divino. Essas construções não se reflectem na forma como os actores sociais se posicionam frente ao risco de contrair a tuberculose no seu quotidiano, pois, no caso dos familiares dos tuberculosos, estes desenvolvem laços e relações de afinidade que não os permitem se proteger plenamente da tuberculose.

Os resultados deste trabalho confirmam as hipóteses que levantamos anteriormente. Das discussões aqui apresentadas ficou demonstrado que a forma como os indivíduos representam a tuberculose – doença mortífera e contagiosa – determina o comportamento destes em relação a

um indivíduo portador da doença bem como, que o comportamento discriminatório em relação aos portadores de tuberculose está relacionado com as representações sociais que os indivíduos constroem a volta da doença.

Esta reflexão sobre as representações sociais da tuberculose e a sua relação com o comportamento discriminatório caminha na direcção da perspectiva construtivista na abordagem do tema. Ao privilegiá-los como fazendo parte do domínio social, as representações sociais e o comportamento discriminatório passam a ser compreendidos não como propriedades de indivíduos atomizados, mas de sujeitos sociais inseridos em redes de significados e valores que modelam as percepções e comportamentos que são passíveis de redefinição.

A análise das representações sociais e do comportamento discriminatório implica partir de modelos teóricos que percebam o comportamento humano como um processo complexo, socialmente construído, em que as decisões sobre as relações com indivíduos tuberculosos e não tuberculosos, ou áreas a fins, não são tomadas num vazio, mas são modeladas e limitadas pela realidade na qual os actores sociais estão inseridos.

Tendo em conta o carácter e a dimensão deste trabalho, sugerimos que se façam estudos mais amplos, de maior abrangência e profundidade de modo a apurar se de facto o conhecimento deficitário esta na origem do comportamento discriminatório, ou se as representações sociais estão realmente por detrás desta persistência. Este estudo não pretendeu de modo algum defender que as representações sociais só podem ser entendidas ao nível de grupo, mas parte do princípio que, é por via da comunicação interpessoal que os actores elaboram formas de conhecimentos socialmente partilhados.

BIBLIOGRAFIA

BAVO, Carlos Menete. *A construção social da doença: estudo sobre a malária no bairro de Infulene A*. Tese de licenciatura em sociologia. Maputo: UFICS-UEM, 2003.

BIROU, Alain. *Dicionário de ciências sociais*. 5ª Edição. São Paulo, 1982.

CHALECA, A. *Representações sociais do SIDA e comportamento sexual dos jovens da escola secundária de Nhamatanda*. Tese de licenciatura em sociologia em Maputo. UFICS-UEM, 2003.

CUNHA, Vanessa. *Histórias da Morte. Histórias da Vida, sobre a dissertação Contemporânea da Morte*. Dissertação de Licenciatura em Sociologia; Lisboa, ISTCE (Policopiado), 1995.

DURKHEIM, E. *Religião e conhecimento*. São Paulo: Editora Ática, 1998.

DURKHEIM, Emille. *Formas elementares da Vida Religiosa*. São Paulo: Edições Paulinas, 1989.

GOOD, B.J. *Medicine, Rationality and Experience: NA antropological Perspective*. Cambridge: University Press, 1994.

HERZLICH, Philippe. *Sociologia da doença e medicina*. Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1994.

JODELET, D. “La representación social: Fenómenos, concepto y teoría”. In: MOSCOVICI, Serge. *Psicologia Social*. Barcelona: Paídos, 1985. Pp. 469-494.

LAKATOS, Maria E. e MARCONI, Marina A. *Metodologia de investigação científica*. 2ª Edição. São Paulo: Atlas Editora, 1995.

- LOFORTE, Ana Maria. *Praticas culturais e relação a sexualidade e representações sobre a saúde e doença*. Maputo: CEP-UEM, 2003.
- MINAYO, Maria C. *As representações sociais e o imaginário sobre a cultura*. 3ª Edição. São Paulo: 1994.
- MISAU. *Guia de estratégia de luta anti-tuberculose em Moçambique*. Maputo: MISAU, DNS, 1984.
- MISAU. *Manual de tuberculose*. Maputo: MISAU/DNS, 1996.
- MISAU. *Plano estratégico nacional de controle de tuberculose em Moçambique 2008-20012*. Maputo: MISAU, 2008.
- MISAU. *Programa nacional de controle de luta anti-tuberculosa*. Maputo: MISAU/DNS, 2007.
- MISAU. *Relatório de actividades de tuberculose para 2006*. Maputo: MISAU, 2006.
- MONTEIRO, Simone. *Qual prevenção: adis sexualidade e género em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MOSCOVICI, S. *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- NETO, Félix. *Psicologia social*. Volume 1. Lisboa: Universidade Aberta, S.D.
- NHAMBIR, Alex. *Aculturação e Percepção de Doença – os jovens e as doenças sexualmente transmissíveis: o caso de cidade de Chimoio*. Dissertação de licenciatura em Antropologia, UEM. 2000.
- OMS. *Risco anual de infecção de tuberculose*. Maputo: MISAU, S.D.

SOUSA, Maria C. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, S.D.

SOUSA, Roberto Martins. *Representações sociais da tuberculose: um estudo sócio-antropológico na região de Itaquera, no município de São-Paulo*. Tese de doutoramento em ciências sociais (antropologia), Pontifícia Universidade Católica de São-Paulo, 2008.

ANEXO

1. Guião de questões para os não portadores de tuberculose

I. IDENTIFICAÇÃO:

- a) Nome (Opcional)
- b) Idade
- c) Sexo
- d) Escolaridade
- e) Local de Residência
- f) Estado Civil
- g) Religião

II. SOBRE TUBERCULOSE

1. Já ouviu falar de tuberculose?
2. Sabe o que é/Como é que se manifesta?
3. Conhece alguém que tem ou já teve tuberculose?
4. Se descobrisse que tem tuberculose, como reagiria?
5. No seu meio social tem convivido com pessoas que tem tuberculose?
6. Como se é que se comporta quando esta diante da pessoa que tem tuberculose?
7. Qual é a sua opinião sobre pessoas que tem tuberculose? Que tipo de relacionamento estabelece com essas pessoas?
8. Considera um indivíduo tuberculoso como normal? Porquê?
9. Para ti e para as pessoas com quem convives, o que significa tuberculose?
10. Na sua opinião o que acha que é tuberculose?
11. Que tipo de pessoas são afectadas pela tuberculose?

12. Qual é a causa da tuberculose?

13. Como se previne a tuberculose?

2. Guião de questões para os portadores de tuberculose

I. IDENTIFICAÇÃO:

- a) Nome (Opcional)
- b) Idade
- c) Sexo
- d) Escolaridade
- e) Local de Residência
- f) Estado Civil
- g) Religião

II. SOBRE TUBERCULOSE

- 1. Quando é que descobriu que tinha tuberculose?
- 2. Quando descobriu, qual foi a sua reacção?
- 3. O que fez depois de saber que tinha tuberculose?
- 4. O que significa tuberculose para si?
- 5. Como é que se apanha tuberculose?
- 6. Tem seguido algum tipo de tratamento? Se sim, qual?
- 7. Teus familiares, vizinhos, amigos e conhecidos sabem que tem tuberculose?
- 8. Sendo tuberculoso, como tem sido a sua relação com os familiares, vizinhos, amigos e conhecidos?
- 9. Algum acréscimo ou comentário?