

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA

**Malária como “doença de risco”: discursos e práticas em Bazuca,
bairro de Xipamanine, cidade de Maputo**

Autora: Ana Sofia Arminda Roberto

Orientador: Euclides Gonçalves

Maputo, Abril 2014

Malária como “doença de risco”: discursos e práticas em Bazuca, bairro de Xipamanine, cidade de Maputo

Autora: Ana Sofia Arminda Roberto

Requisito parcial para a obtenção do grau de licenciatura em Antropologia pelo Departamento de Arqueologia e Antropologia

O Presidente

O Supervisor

O Oponente

Hamilton Matsinhe

Euclides Gonçalves

Dra. Esmeralda Mariano

Maputo, Abril de 2014

Declaração

Declaro que este trabalho nunca foi apresentado, na sua essência para a obtenção de qualquer grau, e que ele constitui resultado da minha investigação pessoal, estando indicados no texto e na bibliografia as fontes utilizadas para a sua produção.

A autora

(Ana Sofia Arminda Roberto)

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha mãe Escolástica Arminda Roberto, arquitecta da minha educação e de todos os meus sucessos.

Agradecimentos

Quero agradecer ao meu orientador Dr. Euclides Gonçalves, pelo tempo dedicado, pela paciência, dedicação e, acima de tudo pelo esforço que deu para que este trabalho se tornasse uma realidade. Obrigado orientador pelos comentários críticos, correções e sugestões, pois me foram muito úteis para chegar a esta fase.

Ao professor Emídio Gune pelo apoio e dedicação ao longo do curso.

Agradeço as minhas filhas Cleyd e Luana, a tia Suzana, a avó Esperança, a prima Betinha e Nhangau, a minha amiga Azmira e comadre Vlândia que sempre estiveram presentes para partilhar todo o meu respirar estudantil e, pelo carinho e apoio moral prestado incansavelmente.

Agradeço aos meus colegas de turma Marta, Malipa, Sansão, Karina, Alberto, Inácio e, a Edson pelas apreciações críticas e sugestões dadas ao longo do trabalho e de todo o curso.

Meu especial KANIMAMBO vai para os Drs. Sam Patel, Alda Mariano e Esperança Sevene. Sem vocês não teria sido possível a realização deste sonho.

Resumo

Estudos sociais sobre a malária em Moçambique reconhecem que a contracção e tratamento desta doença têm uma dimensão social. Estas pesquisas, geralmente limitam-se a pressupostos sociológicos que nem sempre enquadram a malária na interacção entre actores políticos e o grupo beneficiário das políticas de combate a malária. Como resultado, as análises produzidas nestes estudos tendem a essencializar e normativizar a malária enquanto “doença de risco”.

Neste trabalho investigo praxis associadas à malária. A análise centra-se na noção de malária entendida como doença com alto risco de morte, sumarizada na expressão: “doença de risco.” Este enfoque abre um espaço para compreender como é que os indivíduos assimilam e respondem às políticas de saúde operacionalizadas pelas campanhas de limpeza e de pulverização intra-domiciliária para a prevenção da malária.

Os dados empíricos para a realização deste estudo foram colhidos com recurso a entrevistas e observações no terreno. Entrevistei pessoas que tiveram e que tinham malária no momento da pesquisa como forma de conhecer experiências e práticas associadas à doença. Conduzi também entrevistas aos funcionários da unidade sanitária de referência em Bazuca, uma médica tradicional, um chefe de quarteirão e um chefe das 10 casas. Em Bazuca, observei informantes fazendo limpeza e remoção de lixo nas ruas. Assisti também a reuniões onde a malária foi discutida entre vizinhos e entre estes e agentes de saneamento e salubridade.

Neste trabalho mostro como a noção de malária como “doença de risco” varia nas famílias e entre os residentes. Essa variabilidade resulta de experiências de vida associadas à malária. Por exemplo, residentes que perderam parentes e conhecidos e pessoas que têm episódios recorrentes de contracção de malária, tendencialmente atribuem nuances diferentes a noção de malária como “doença de risco”, sendo para uns uma doença de risco de morte e, para outros não, por acharem que é possível viver com a malária da mesma forma que se tiver com doenças crónicas. É com base nestas nuances que os residentes de Bazuca organizam-se e respondem às políticas de saúde operacionalizadas em exercícios como as campanhas de limpeza e de pulverização intra-domiciliária para a prevenção da malária.

Palavras-chave: Malária; “Doença de Risco”; Política Pública.

Índice

DECLARAÇÃO.....	III
DEDICATÓRIA	IV
AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VI
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Problemática.....	1
1.2. Orientação teórica e conceitos	4
1.3. Recolha de dados.....	7
1.4. Organização do trabalho.....	10
2. MALÁRIA E NOÇÕES SOBRE “DOENÇAS DE RISCO” NO BAIRRO BAZUCA	12
2.1. Descrição do local de estudo	12
2.2. Controlar malária, organizar Bazuca.....	13
2.3. A “bagunça” e os “riscos” da pulverização intra-domiciliar	16
2.4. Malária e outros “riscos”.....	20
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1. Introdução

1.1. Problemática

Neste trabalho, apresento os resultados do estudo da malária entendida como “doença de risco” na cidade de Maputo, particularmente entre os residentes de Bazuca, no bairro de Xipamanine. Os discursos e interações observadas entre os residentes de Bazuca revelam uma multiplicidade de experiências associadas à malária.

Nos dias de hoje, por mais que alguns indivíduos adiram à práticas de controlo e combate à malária, como por exemplo o uso de redes mosquiteiras, tem-se assistido a uma recusa de se aderir a políticas de controlo da malária, particularmente o facto de as pessoas não aceitarem a pulverização intra-domiciliar (Munguambe *et al*, 2011).

No discurso do governo de Moçambique, reflectido com base em documentos como *Normas de Tratamento da Malária*, (MISAU, 2011) a malária é considerada o principal desafio para a saúde pública e para o desenvolvimento sustentável em Moçambique. No documento em referência, o MISAU olha para a malária como uma doença que causa um problema de desenvolvimento, pois “interfere com a produtividade, sobretudo nas comunidades rurais que têm a agricultura como a principal fonte de rendimento, é a principal causa do absentismo escolar, em suma, tem um grande impacto socioeconómico na população moçambicana” (2011:9). Neste documento, a existência do mosquito *anófoles* transmissor do parasita *plasmodium* entre os homens, é atribuído a má gestão de lixo e a insustentabilidade nos sistemas de conservação e gestão da água parada e para o uso básico.

Muitas vezes, estudos socio-antropológicos têm se centrado nos processos de construção social da malária, suas representações, significações associadas e interpretações, reproduzindo discursos políticos sobre o facto de a malária ser ou não ser uma “doença de risco” de morte. A seguir descrevo alguns desses estudos realizados em Moçambique.

Bavo (2003) defende a ideia segundo a qual, a malária não existe enquanto essência. O que a torna real é a consciência e o consenso institucional sobre a sua existência. De acordo com este autor, a malária torna-se um problema social na medida em que impede os indivíduos de realizarem certas tarefas e pelo facto de existir um esforço institucional visando combater a doença.

A partir de um estudo de caso realizado entre os habitantes do bairro Muelé na cidade de Inhambane, Matavele (2010) procura compreender os processos de construção social da malária e os moldes através dos quais ela é considerada um problema social, e conclui que a malária é uma construção social na medida em que os residentes de Muelé a interpretam tendo em conta o seu contexto específico.

Na pesquisa de terreno em Inhambane, Mussá (2004) reconhece a malária como uma doença “perigosa” e defende uma abordagem intervencionista através da participação das comunidades em programas da saúde. Segundo o autor, existe uma fraca tomada de consciência da malária como uma doença de risco, por um lado, devido a não chegada à população das informações passadas pelos programas de saúde e, que essa mesma informação não gera automaticamente mudança de comportamento.

Neste sentido, Mussá (2004) e Ubisse (2005) defendem a promoção de campanhas de pulverização residual das casas, repensando-se em outras formas e estratégias de educação das populações, quanto aos sintomas da doença e à conjugação dos esforços locais, na componente prevenção, juntamente com os da instituição responsável pelas pulverizações.

As pulverizações intra-domiciliárias foram introduzidas para controlar e combater o mosquito o transmissor do parasita *plasmodium* entre os homens. Essas pulverizações consistem na aplicação de produtos químicos dentro das casas, em zonas classificadas como lugares propensos à malária, seja por causa de água parada, lixo ou existências de drenagens (Munguambe *et al*, 2011).

Em relação as pulverizações intra-domiciliárias Munguambe *et al* (2011) mostrou que embora a malária seja uma doença de risco, as pulverizações não são aceites por todos, seja por razões de mal-entendidos sobre a sua eficácia, seja por questões culturais associadas à existência de um chefe de família a tomar a decisão que na sua ausência não se abrem as portas.

As pesquisas referidas acima abordam o risco numa perspectiva normativa e essencialista, reproduzindo os discursos e práticas biomédicas sobre o que é malária. Por isso, defendem a conscientização das populações sobre os sintomas e formas de cura da malária. Essa forma de pensar a malária como risco, sustentada por propostas como participação das comunidades, é problemática porque não permite compreender, em alguns casos, os tipos de recursos médicos adoptados face a uma sensação de mal-estar.

De modo diferente das perspectivas normativas e essencialistas, Joaquim (2007) realizou uma pesquisa de campo entre os trabalhadores do hospital geral de Chamanculo sobre as percepções de risco de HIV, Joaquim parte do pressuposto de que estes deparam-se com o risco de infecção por HIV e, reconhece que eles “apesar de carregarem consigo a percepção de risco, nem todos os trabalhadores fazem o uso de equipamento de protecção individual no atendimento aos seus utentes” (Joaquim, 2007:42).

Joaquim (2007) supera a perspectiva de autores como Mussá (2004), Ubisse (2005) e Dias (2000), que se limitam em considerar que existe um desconhecimento de situações de risco e, afirma que nem todos não fazem porque não têm consciência sobre tal, mas por questões de auto-confiança e simplesmente por não quererem aderir a serviços de segurança.

(...) há trabalhadores que muitas vezes não fazem o uso das normas de biossegurança, como uso de luvas, máscaras e outro tipo de equipamento de protecção individual no atendimento aos utentes. Esse tipo de actuações são descritas por parte dos seus colegas, como sendo negligência, irresponsabilidade e resistência as normas estipuladas, que vieram com biossegurança (Joaquim, 2007:42).

Diferente das abordagens identificadas que conceptualizam a concepção da malária como um problema social e, colocam-na numa relação intrínseca com a noção de risco, tomando o risco

como um dado natural e normativo em relação à saúde pública, este estudo, abstém-se de fazer uma categorização normativa da malária. Aqui, questiono: quais as noções de “doença de risco” associadas à malária entre os residentes de Bazuca? Até que ponto a malária é considerada uma “doença de risco,” em Bazuca? Quais as implicações de noções de “risco” existentes para a adopção de políticas que tendem a controlar a malária?

Inspirada no trabalho de Joaquim (2011), avanço com a hipótese segundo a qual, a noção de malária como “doença de risco” varia nas famílias e entre os residentes. Essa variabilidade resulta das experiências de vida associadas à malária. É com base nestas nuances na compreensão da malária como “doença de risco” e na comparação com outras doenças e outros “riscos” que os residentes de Bazuca organizam-se e respondem a políticas de saúde operacionalizadas em exercício como as campanhas de limpeza e de pulverização intra-domiciliária para a prevenção da malária.

1.2. Orientação teórica e conceitos

Na abordagem sobre a enfermidade Artur Kleinman (1980), desenvolveu dois modelos explicativos, o leigo e médico. O primeiro, vulgarmente chamado de senso comum, que pensa a saúde e doença a partir das experiências e crenças do dia-a-dia e, o segundo é uma forma de pensar baseada numa lógica científica que atribui um significado pré-definido a uma doença. Nesses modelos, o autor mostra que a relação entre estes é hierárquica e reducionista, pelo facto do modelo médico ser poderoso e manipulador das explicações de enfermidade dos pacientes.

Não longe destes modelos, Saavedra (2010) adopta uma abordagem que busca na história o valor da memória na compreensão do fenómeno saúde e doença, e mostra como a partir das narrativas de vida dos informantes é possível compreender os pontos de intercessão entre esses modelos. Nesse sentido, uma abordagem que valorize a memória torna-se relevante porque permite compreender como é que os actores sociais interagem e constroem noções de risco sobre uma enfermidade.

Em *Mind, self and society*, Mead (1972) mostra que o interacionismo permite-nos perceber que a sociedade humana é fundamentada na base do consenso, de sentidos compartilhados na forma de compreensões e expectativas comuns. Para o autor, a interação é elemento constituinte das formas de comportamento, e a natureza dos objectos do mundo social é simbólica.

Herbert Blumer, atribuiu a expressão “interacionismo simbólico”, defendendo que a ciência empírica deveria ser respeitada, por ser o mundo empírico o objecto de estudo e, para ser estudado, seria necessária uma metodologia. Convencido de que o interacionismo de Mead não possuía uma sistemática teórica, Blumer estabeleceu três premissas básicas do interacionismo simbólico:

A primeira considera que os indivíduos agem com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para estes indivíduos; a segunda é aquela que considera que o sentido dado a certas práticas deriva da interação social que os indivíduos estabelecem com os outros; a terceira considera que os sentidos são manipulados e modificados através do processo interpretativo que os indivíduos usam ao tratar as coisas que encontram (Blumer, 1969:2).

Neste contexto, o interacionismo simbólico defende que a interação é o elemento que constitui as formas de comportamento, e a natureza dos objectos do mundo social é simbólica. Pois, o sujeito social seria simultaneamente agente e actor social, dado que, para além de ser um consumidor das regras, normas e valores socioculturais ele interpreta e simboliza a realidade em função das suas trajectórias sociais (Blumer, 1969).

Olhando na perspectiva do interacionismo simbólico, as percepções sobre o risco e sua gestão devem revelar-se no processo de interação entre os actores sociais. Por exemplo, nas interações entre os pacientes e os técnicos de saúde e dentro da comunidade, produzem-se relações de aproximação e distanciamento que envolvem processos de negociação de significados, comportamentos e objectivos relativos ao que constitui “risco”.

Este conceito de risco é analisado em formas e áreas variadas, como por exemplo o campo da psicologia, sociologia, medicina e antropologia. Essas áreas, embora difiram pela sua natureza de abordagem e disciplinar, ambas convergem ao concebê-lo numa perspectiva essencialista e

normativa, com o objectivo de regular a forma de pensar e agir dos indivíduos (Carvalho et al, 2012).

Douglas (1996) concebeu o risco como um conceito mais restrito de estudo, colocando-o dentro de uma perspectiva mais abrangente que procura compreender o risco na sua dimensão cultural e social. Esta autora estabeleceu os pressupostos básicos da teoria cultural dos riscos. Esta teoria orienta-se por uma abordagem construtivista segundo a qual todos os indivíduos são organizadores activos de suas percepções e impõem seus próprios significados aos fenómenos sociais.

Douglas (idem) defende que a percepção sobre os riscos em relação a um determinado fenómeno segue uma lógica dinâmica orientada pela dimensão subjectiva do comportamento humano, pois não existem garantias de que os riscos que as pessoas procuram evitar sejam, efectivamente, os que de forma objectiva provocariam nelas mais danos.

A discussão profissional sobre cognição e escolha não tem sustentação teórica sobre as influências sociais que levam à seleção de riscos específicos para serem estudados. Logo, é difícil sustentar, seriamente, que a percepção de risco é individual”(Douglas, 1996 apud Lupton, 1992, p. 38).

Seguindo a perspectiva de Douglas (1996), Guivant (1998) afirma que temos que lidar com conhecimentos que são incertos, argumentando que a perspectiva técnica sobre os riscos não considera a dimensão subjectiva dada pelos pacientes, ao super-intelectualizar os processos decisórios e super-enfatizar os impedimentos dos leigos, classificados como irracionais.

Mais do que um aspecto analisado à luz dos problemas da saúde pública, neste trabalho, olho para o risco como um elemento presente da interacção entre diferentes actores (re) organizando suas relações, suas trajectórias em função suas experiências com a malária e das campanhas promovidas pelo governo. Esta análise passa pela compreensão de que a crença sobre a causa da malária e as estratégias de sua cura perpassam a dimensão lógica da medicina abrindo novas possibilidades de adopção de soluções para fazer face a uma doença. Dai que é relevante e necessário se considerar as explicações de doença que orientam o comportamento dos pacientes.

1.3. Recolha de dados

A recolha de dados teve em conta a articulação da observação participante, conversas informais e entrevistas semi-estruturadas como técnicas de pesquisa. Observei informantes e grupos de indivíduos nas suas casas, local de trabalho, geralmente, trabalho comercial, e na unidade sanitária fazendo limpeza e remoção de lixo nas ruas. Assisti também a reuniões onde a malária foi discutida entre vizinhos e entre estes e agentes de saneamento e salubridade.

Durante esta observação, entrevistei os participantes nas actividades de limpeza. Dos informantes entrevistados, alguns tinham malária e outros não tinham malária no momento da pesquisa como forma de conhecer experiências e práticas associadas a malária. Conduzi também entrevistas a funcionários da unidade sanitária do bairro de Xipamanine localizada ao lado direito da Avenida Joaquim Chissano para quem vem da Matola e vai em direcção à Avenida de Angola. Entrevistei uma médica tradicional, um chefe de quarteirão e um chefe das 10 casas.

Procurei residentes que padeciam e padeceram da malária e recolhi informações que têm a ver com os mecanismos de diálogo entre a comunidade e os técnicos de saúde locais, recolhi explicações sobre a malária e as actividades de gestão de lixo e de água que os residentes desenvolvem no seu dia-a-dia e, recolhi discursos que serviram de alicerce para compreender a relação entre os pulverizadores e os residentes de Bazuca.

Usei entrevistas semi-estruturadas que me permitiram estabelecer uma relação mais aberta, através da qual aspectos importantes que foram surgindo, permitiram colocar outras questões mais abertas no decorrer da pesquisa. As entrevistas estruturadas foram realizadas junto de alguns técnicos de saúde, visto que estes solicitaram que enviasse por escrito o conjunto de questões a serem colocadas.

Adoptei conversas informais como auxiliares às entrevistas estruturadas. A realização destas conversas teve em conta a observação directa, onde enquanto conversava com os informantes prestava mais atenção à forma como eles falam, encaram ao pesquisador e como a expressão facial podia estar relacionada com a entrevista.

Esses momentos captados por meio dessas conversas em alguns casos estavam associados com o facto de os informantes estarem saturados das conversas, e em outros tinham a ver com a responsabilidade que me foi atribuída, associada a de agentes de saúde. Geralmente, o primeiro caso foi revelado por informantes comerciantes que dedicavam seu tempo para as conversas, mesmo no momento do trabalho.

Na recolha da informação, enquanto me familiarizava com os informantes, fui conhecendo os que padeceram de malária e, os que padeciam no momento da pesquisa. Esses informantes que padeciam, alguns foram identificados no percurso da ida à unidade sanitária. Mas, ao longo da realização da pesquisa foi pertinente seguir a trajectória de duas informantes, uma de 12ª classe, formação pedagógica e professora das 8ª e 9ª classes, com idade compreendida entre a idade correspondente a 30 a 35 anos e, outra informante curandeira de idade entre os 50 a 60 anos.

Com as informantes, acima apresentadas, passei mais tempo no decorrer da pesquisa porque notei que elas eram uma das residentes que preconizaram a cooperação dos residentes dos seus quarteirões no processo da gestão de lixo e sistemas de drenagem de águas paradas, que fosse para além do esforço das entidades administrativas locais.

Devido ao factor tempo, esta pesquisa foi realizada, principalmente aos fins-de-semana e Terças-feiras. Ela teve em conta a observação participante, como um instrumento fundamental de recolha de dados. A observação participante, enquanto técnica de pesquisa neste trabalho, focou-se nas actividades realizadas pelos informantes, como é o caso das actividades de remoção de lixo.

No processo da realização desta pesquisa passei por dois principais constrangimentos. O primeiro constrangimento teve a ver com as formas de expressão linguística. 7 dos informantes tinham o Githonga, Xi-changana ou Xi-Rhonga como a sua principal língua de comunicação e, os restantes 3 eram falantes da línguaportuguesa. Para além de eu ter dificuldades de me comunicar nessas línguas, a dificuldade foi maior ao iniciar a conversa em língua portuguesa ou Xi-Changana, porque uma informante mostrou-se constrangida quando me direccionei a ela falando em Português.

Ora, ao longo do tempo da realização da pesquisa, fui adoptando estratégias de contorno deste obstáculo. Uma das estratégias foi a repetição das mesmas palavras dos informantes, que ao longo das conversas fui compreendendo o seu sentido, porque alguns deles iam traduzindo o que falavam, e os gestos que eles usavam foram cruciais para compreender o sentido do que eles queriam dizer. E outra era que logo que eu entrasse em casa dos informantes, deixava-os serem os primeiros a me dirigirem a palavra, aí já tinha um espaço de escolher a opção de como me comunicar com eles.

O segundo constrangimento está relacionado com a disponibilidade dos informantes, que ao longo da realização da pesquisa fui me apercebendo que eles ficavam saturados em dedicar seu tempo para falar de assuntos ligados a malária, o que notou-se pela desistência por parte de alguns, não me abrindo mais as portas para conversas, alegando que “estou ocupado agora, estou para sair trabalhar, talvez se voltares mais logo”- referindo-se geralmente às 16 horas.

A não abertura não só consistiu na disponibilidade destes, mas a sua desconfiança, onde para os que aceitavam me receber, nos primeiros dias de conversa mostraram-se muito fechados em falar, particularmente sobre onde iam buscar os cuidados quando tivessem malária e se abriam as portas para os pulverizadores.

Uma das estratégias que adoptei para superar tal constrangimento foi perguntar a mim mesma o que estaria por detrás da tal indisponibilidade e desconfiança? Foi nesse instante que superei o obstáculo, embora não totalmente. Quando compreendi que o facto de se mostrarem saturadas por falta de tempo, estava associada à ineficiência das campanhas médicas sobre a malária no bairro.

A consideração que as estruturas de governação local têm de abordar sobre assuntos de doença em seus encontros dos bairros, como é o caso de informar que vão entrar pulverizadores nas suas casas, era um aspecto que estava por detrás da não abertura por parte destes em relação com assuntos que envolvem a malária. Foi a partir daí que mudei a forma de interacção, pois nos primeiros dias eu entrava como se as pessoas já tivessem conhecimento sobre a malária e as pulverizações.

1.4. Organização do trabalho

Este trabalho está organizado em três capítulos a saber: a introdução constitui o primeiro capítulo. Debruço-me sobre a problemática que pretendo discutir e apresento a pergunta de partida e avanço com a hipótese de trabalho, orientação teórica e conceitos, onde discuto a perspectiva de análise e os conceitos adoptados.

Ainda no primeiro capítulo, apresento o método adoptado e as técnicas de recolha de dados pesquisa, onde mostro sinteticamente todo o processo em que se desenrolou a pesquisa. Ainda neste capítulo, apresento os principais constrangimentos que foram surgindo ao longo da realização da pesquisa de campo e as estratégias adoptadas para os contornar.

O segundo capítulo dedica-se a apresentação dos resultados de pesquisa. Este capítulo apresenta quatro subcapítulos a saber: O primeiro é a descrição do local de estudo; o segundo “Controlar malária, organizar Bazuca”; o terceiro “A “bagunça” e os “riscos” da pulverização intra-domiciliar” e o quarto “Malária e outros riscos”.

Neste capítulo procuro mostrar como a variabilidade da noção de malária como “doença de risco” vai se formando nas famílias e residentes. Residentes que perderam parentes e conhecidos por causa da malária e pessoas que têm episódios recorrentes de contracção de malária, tendencialmente atribuem nuances diferentes a noção de malária como “doença de risco”, sendo para uns uma doença de risco de morte e, para outros não, por acharem que é possível viver com a malária da mesma forma que se tiver com doenças crónicas. É com base nestas nuances, que os residentes de Bazuca organizam-se e respondem a políticas de saúde operacionalizadas em exercícios como as campanhas de limpeza e de pulverização intra-domiciliária para a prevenção da malária.

Depois da apresentação dos resultados de pesquisa, apresento as considerações finais do trabalho, onde faço a síntese dos principais resultados da pesquisa e apresento a minha posição preliminar e as possíveis propostas para futuras pesquisas sobre o assunto. Neste contexto, mostro que o não reconhecimento das nuances sobre a malária entre os residentes do Bazuca, revela que, por um lado, estudos tornam-se limitados a perceber situações específicas e suas

lógicas sobre a malária como “doença de risco” ou não e, por outro lado, as políticas públicas tornam-se ineficientes por não serem concebidas por todos, da forma como elas foram traçadas.

2. Malária e noções sobre “doenças de risco” no bairro Bazuca

Na primeira secção do capítulo descrevo Bazuca e as campanhas de limpeza. O objectivo é mostrar como as actividades de limpeza e remoção de lixo nas ruas levadas a cabo pelos residentes constituem uma oportunidade de interacção e revelam traços da organização social no Bazuca. Na segunda secção, olho para as interacções entre as equipas de pulverização e os residentes e, a forma como os residentes apropriam e manipulam as políticas de saúde. Na terceira secção exploro os discursos dos residentes sobre a malária e como é que os mesmos se associam à noção de risco e, quais as estratégias de gestão adoptadas.

2.1. Descrição do local de estudo

O bairro de Xipamine localiza-se no Distrito Municipal Nlhamankulu, este bairro faz fronteira a Sul com os bairros de Chamanculo “A” e de Micangjuine. A este, com os bairros de Mafalala e Aeroporto “B”. A norte, com os bairros do Aeroporto “A” e “B”. A oeste, com os bairros de Chamanculo “B” e “D”.

De acordo com o censo de 2007, o bairro tem um total de 30093 habitantes com cerca de 9554 de homens e 10185 de mulheres, com um agregado familiar correspondente a 3971 (Conselho Municipal de Maputo, 2010).

Administrativamente, o bairro apresenta 60 quarteirões, com a administração do governo municipal a esquerda do mercado municipal, um círculo do bairro, sendo ele multifuncional, funcionando no mesmo sítio o tribunal comunitário, uma Escola Primária Completa, um Centro de Saúde. O estudo foi realizado um pouco depois do mercado Bazuca, embora reconhecido como “Unidade 7”, os residentes tomam esta parcela em referência a antiga discoteca. A maioria das casas é de madeira e zinco, ruas muitas estreitas cheias de água e capim.

2.2. Controlar malária, organizar Bazuca

Entre os residentes do Bazuca, participar em actividades de limpeza tornou-se parte da vida destes e, um espaço de encontros entre diferentes individualidades. As campanhas de limpeza são organizadas aos sábados.

O chefe das 10 casas junta os seus residentes, dos quais alguns são professores, vendedores, trabalhadores de empresas públicas e privadas de modo que façam a limpeza das ruas, tirando a água parada e removendo o lixo. Estas actividades são atribuídas a uma única causa, o mosquito causador da malária.

A propósito disso, um dos meus informantes afirmou: “Nós os residentes somos a causa da malária, falta de harmonia, onde as pessoas não depositam lixo dentro das lixeiras, mas nas casas dos outros e nas ruas.”¹

Entre os residentes do Bazuca, a malária se mostra como um elemento que propicia o encontro entre diferentes individualidades para a adopção de mecanismos de combate ao mosquito. Nesse encontro as diferenças entre aqueles que fazem parte destas actividades são deixadas de lado. Por exemplo, o chefe de quarteirão deixa de desempenhar um papel de representante e supervisor das actividades de limpeza, tornando-se um exemplo a seguir. Funcionários das empresas públicas e privadas assumem o papel de homens de limpeza e agentes de saneamento das suas ruas.

Para alguns quarteirões, as limpezas nas ruas são associadas à falta de tempo, onde seria impossível combater o mosquito assumindo o papel de agentes do município. Residentes que não se juntam aos outros para participar das limpezas nas ruas afirmam que as limpezas nas suas redondezas, fora dos seus quintais são trabalhos que foram confiados ao Município, então eles não podem dedicar seu tempo para assumir o papel dos outros: “o município foi confiado este trabalho, que faz parte do seu manifesto eleitoral. Então não podemos assumir o papel destes, pois temos coisas por fazer.”²

¹Entrevista realizada as 9h do dia 14.10.13 com uma professora.

²Entrevista realizada as 11h do dia 15.10.13 com um comerciante no bairro.

Organizados em grupos de dois a três, os participantes nas limpezas dividem as actividades ao longo das suas ruas. Há grupos que trabalham com enxadas para tirar o capim, ancinhos para varrer e concentrar o lixo. Enquanto alguns removem o lixo, outros fazem o nivelamento das ruas metendo mais areia. Conversas por parte de alguns residentes no momento da limpeza revelam que a não aderência por parte de alguns faz com que não haja eficiência no combate ao mosquito e, faz com que a expansão de espaços de participação dos cidadãos na adopção de mecanismos de controlo e combate de doenças seja algo incipiente.

A propósito das limpezas como uma forma de evitar a propagação do mosquito e do facto das pessoas perderem a oportunidade de participar na resolução dos seus problemas, o informante Carlos, professor afirmou:

As pessoas têm razão quando dizem que quem deve remover o lixo são as entidades municipais, mas estão enganadas quando pensarem que a produção e disseminação do mosquito causada pela água parada e lixo acumulado vão depender da vinda dos homens de limpeza. É necessário que nos engajemos na limpeza do nosso próprio meio porque só assim nos livramos do mosquito, pois a malária mata, mata mesmo.³

Ainda sobre a questão de algumas pessoas não participarem nas actividades levadas a cabo pelos residentes do bairro, o chefe de 10 casas declarou:

Eu sou o representante de 10 casas e assumo que não existe um plano formal de ordenamento das casas, no que concerne ao caso da malária. Mas, como representante delas procuro traçar mecanismos de controlo da malária ligados à gestão de lixo e limpezas nas ruas. Mas o que está acontecendo, existem algumas pessoas que não aderem a essas estratégias, não colaboram, talvez porque elas têm boas condições de vida, têm capacidades de se proteger da malária com repelentes, redes mosquiteiras, mas elas não se apercebem que estão a comprometer muita gente, pois ninguém aceita limpar a frente de casa dos outros que se rebelam a essas actividades.⁴

A participação nessas actividades é atribuída a explicações diferentes. Embora diferentes em termos discursivos, elas mostram similaridades, onde independentemente do diferente *status social* que cada participante possui, desde o ser professor de ensino médio geral, funcionário público e de instituições privadas, comerciantes e representantes da estrutura local, a malária é o que lhes uniu porque é necessário limpar ao seu redor que tende a causar a malária.

³Entrevista realizada as 9 do dia 12.10.13 com Carlos participante das actividades.

⁴Entrevista realizada as 10h do dia 14.10.13.

A propósito dessa questão uma das informantes, referiu o seguinte:

A malária é uma doença perigosa e eu mesma já padeci dela. Ela não brinca, mas mata. Porque pude viver o que ela é capaz, não hesitei em me juntar aos meus vizinhos e fazer a limpeza da, pelo menos, nossa rua.⁵

Ainda sobre a mesma questão, um outro informante, professora, afirmou:

Já estou cansada de ver minhas filhas adoecerem da malária. Já fomos para o hospital e já vimos famílias ficarem enlutadas por causa da malária, então a realização destas actividades se torna uma causa pela qual pude me juntar e combater o causador do mosquito.⁶

Actividades de limpezas e remoção de lixo nas ruas levadas a cabo pelos residentes, revelam que a malária constitui-se como um elemento que alimenta os mecanismos de organização social no Bazuca.

No trabalho colectivo de limpeza, distinções de posições sociais e de autoridade ou nível de escolaridade são temporariamente colocadas de lado e toma-se a malária como um assunto urgente a resolver. Como notou Carlos, é graças a essas actividades que os que eram estranhos para os outros se tornaram familiares por causa das actividades de limpeza, passando a conviver juntos a partir do momento em que descobrem que são diferentes porque os seus caminhos fora do bairro são diferentes, mas que são os mesmos quando se trata de solucionar um problema no bairro. Em suas palavras afirmou:

Participar nas limpezas é como ser um contratado para trabalhar numa província que não conheces a ninguém que o trabalho que tu fazes abre-te um espaço para te socializares. Somos alguns vizinhos, mas não nos falávamos, era nos cruzarmos na rua cada um a tomar o seu caminho, mas hoje porque queremos combater a malária estamos aqui, nossas diferenças foram superadas.⁷

⁵Entrevista realizada as 14h do dia 15.10.13 com Maria vendedeira do mercado.

⁶Entrevista realizada as 9h do dia 14.10.13 com uma professora.

⁷Entrevista realizada as 9h do dia 19.10.13 com Carlos participante das actividades de limpeza.

Este trecho mostra que as actividades de limpeza e remoção de lixo programadas, às vezes, aos fins-de-semana, constituem-se como um meio pelo qual quebra-se a barreira que antes existia entre os residentes, permitindo a expansão das redes de sociabilidade através da abertura do espaço onde possam actuar as relações de vizinhança entre aqueles que se juntam nas actividades.

Para além das actividades de limpeza, os residentes, de Bazuca adoptam outras estratégias para o controlo da malária, por exemplo, o uso do sule, folhas de eucalipto, “Baygon”, repelentes e redes mosquiteiras. A existência de uma multiplicidade e mistura de métodos para o controlo da malária, produzidos e integrados nos circuitos locais dos residentes do Bazuca, confrontam os técnicos de saúde com as diferenças não só entre os valores médicos e locais, mas os próprios membros do bairro, no que concerne ao conhecimento da malária e acção para o seu controlo e higiene. Retomo a este ponto na última secção deste capítulo.

2.3. A “bagunça” e os “riscos” da pulverização intra-domiciliar

Nesta secção mostro como é que os indivíduos interagem, apropriam-se e manipulam as políticas públicas. Para mostrar essa relação, foco a minha descrição e análise na interacção entre os pulverizadores e residentes beneficiários. O meu objectivo é mostrar como é que a partir desta interacção se pode compreender o nível de aceitabilidade, concepções de risco e sua gestão a nível local.

As actividades de pulverização envolvem uma dinamização, tanto das pessoas seleccionadas para este trabalho, quanto da própria comunidade. Dado que neste bairro os mecanismos de informação sobre a entrada da equipa de pulverização não são partilhados pela maioria, algumas pessoas são encontradas de surpresa pelos pulverizadores e outras nem se quer se encontram nas suas casas no momento das visitas.

Geralmente os pulverizadores começam a trabalhar no bairro a partir das oito horas da manhã. Entram em equipas e distribuem-se pelas casas. Quando estes entram nas casas dois a dois,

dependendo dos pulverizadores, apresentam-se como sendo do Ministério da Saúde e pedem permissão para pulverizar a casa. Há casos em que os pulverizadores encontram crianças nas casas, onde algumas lhes abrem as portas porque seus pais já tinham conhecimento, assim como algumas que não lhes abrem.

Uma casa que estava para ser pulverizada, porque entre os residentes da casa existia uma percepção diferente dos instrumentos usados para se pulverizar, percepções fundamentadas na crença de que as pulverizações para além de adormecer o mosquito e tornar todas actividades de casa paralisadas por mais de quatro horas, provoca baratas, alergias e sinusite. Nesta casa pulveriza-se apenas os quartos dos que têm uma percepção positiva.

Durante as observações e entrevistas com os residentes, discursos de rejeição destes métodos de combate ao mosquito foram declarados pelos informantes. A propósito desta questão, Marcelina declarou: “Não abrimos as portas para os pulverizadores porque eles enchem a água e o material que usam para além de causar raiva aos mosquitos resistentes, provoca muita barata.”⁸ Outra informante, dona Margarida, notou que “o produto usado na pulverização é muito perigoso, mata e dá trabalho para nós porque temos que desarrumar a casa e tirar as crianças e, isso é muito trabalhoso.”⁹

Casas pulverizadas tornam-se, para os vizinhos uma experiência a não adoptar porque para estes as pulverizações causam bagunça. Bagunças porque pela manhã, quando os pulverizadores são libertados para trabalhar, os residentes dessa casa devem tirar as roupas, loiça e produtos alimentares para que não sejam tocados pelo insecticida. O processo de remoção dessas coisas é trabalhoso, porque para além de dar trabalho para meter as coisas dentro da casa, elas ficam ao relento enquanto se espera as tais seis horas para que os produtos químicos reduzam.

Os vizinhos ao ver o que acontece nas casas dos outros, preferem não abrir as portas quando chega a sua vez. Enquanto algumas famílias imploram para que as suas casas sejam pulverizadas, outras simplesmente “sem uma a duas palavras fecham qualquer possibilidade de negociação

⁸Entrevista realizada as 13h do dia 15.10.13 com Dona Marcelina, deficiente física e vendedora caseira.

⁹Entrevista realizada as 15h do dia 15.10.13 com a Dona Margarida, vendedora no mercado do bairro de Xipamanine.

com os pulverizadores para abrir as portas”¹⁰ É aqui que se pode compreender porque para alguns, a pulverização é boa e não para os outros.

Numa entrevista com a informante Marcelina, ela declarou que as pulverizações são importantes para saúde das populações dado que os mosquitos reduzem, embora provoquem outros insectos. Esta informante não aceitou que a sua casa fosse pulverizada, mas implorou que os pulverizadores aceitassem a proposta dela de pulverizar o quintal e a sua casa de banho, em troca de favores, como dinheiro. Como explicou, “dentro da casa não, mas pedia que pulverizasse o meu quintal e banheiro, posso lhe agradecer por um refresco.”¹¹

Numa entrevista, uma informante afirmou que não abria espaço de ser persuadida a abrir as portas pelos pulverizadores, pois embora reconheça que a malária é uma doença perigosa, ela tinha métodos próprios que podiam ajudar a combater o mosquito, pois para ela, os insecticidas usados para a pulverização causavam outros problemas às pessoas, como ilustra o seguinte trecho:

A malária não brinca, ela mata. Já me tirou filhos eu acreditando que eram outras doenças. Quando compreendi que a malária se manifestava do jeito que se manifestava, abri as portas para os pulverizadores. (...) mas isso foi nos causando outras doenças, constipação, alergias e sinusite, então eu decidi não mais abrir as portas para isto e, não estou aberta a explicações sobre a importância disso porque conheço a malária e que antes dessas pulverizações ela já existia.¹²

Para além das percepções de que as pulverizações provocam outros insectos como o caso das baratas, elas são percebidas como causadoras de outras doenças, os residentes do bairro rejeitam porque muitos dos pulverizadores vêm de fora dos bairros nos quais vão trabalhar.

Entre os residentes do bairro em estudo, os informantes contactados rejeitam as pulverizações e desenvolvem estratégias de combate ao mosquito causador da malária. Este aspecto compreende-se pelo facto de poucas vezes os residentes falam de pulverizadores que se fizeram presentes no bairro. Há duas explicações para isso. A primeira é porque este bairro não é classificado como

¹⁰Entrevista realizada as 15h do dia 16.10.13 com João, chefe da equipa de pulverização.

¹¹Entrevista realizada as 13h do dia 15.10.13 com Dona Marcelina, deficiente física e vendedora caseira.

¹²Entrevista realizada as 16h do dia 21.09.13 com Clara, curandeira.

uma zona propensa à malária¹³; a segunda é porque os pulverizadores não eram do bairro e não conheciam o bairro, muito menos seus residentes¹⁴. São essas duas explicações que orientam as interações entre os pulverizadores e os residentes do bairro Bazuca.

A abertura ou não das portas está longe da ideia de chefes de família a que Mungambe et al (2011) chegaram, pois, entre os residentes do Bazuca o ser chefe de família associa-se ao papel que uma pessoa, homem ou mulher, assume na família, a da tomada de decisão, daí que para alguns em Bazuca, as mulheres também são chefes de família e, elas decidem quando e como se deve pulverizar. Neste bairro, a não abertura das portas para a pulverização está associada à crença de que os produtos usados para a pulverização são uma droga, podem matar pessoas.

A aceitabilidade de alguns residentes pode ser colocada em dois níveis, onde no primeiro deve-se à crença ou não de que a malária é uma doença de risco e é causada pelo mosquito *anófoles* e, a segunda é associada ao respeito às estruturas locais do bairro. O segundo nível, assemelha-se aos resultados da Mungambe et al (2011), onde as pessoas abrem as portas, ou porque nas suas casas existe alguém que está ligado às campanhas de pulverização, familiar directo dos chefes locais e porque, em alguns casos, os chefes locais acompanham os pulverizadores às casas a que pretendem pulverizar, o que torna difícil algumas pessoas recusarem abrir as portas.

A negociação entre os residentes e os pulverizadores tem sido um dos elementos que, em algum momento os pulverizadores se apresentam como detentores do poder de decisão. De acordo com alguns informantes, a chegada dos pulverizadores nas suas casas, alguns residentes tendem a negociar, com propostas de oferecer valores monetários aos pulverizadores, para que possam pulverizar as suas casas de banho e o quintal e, não dentro das casas.

Sendo que o processo de selecção das equipas de pulverização é complexo, recorri aos membros das equipas e alguns chefes dos quarteirões. Por outro lado, a ineficiente prevalência de campanhas no bairro de Xipamanine contribui para o fraco relacionamento dos residentes com a política e os agentes de pulverização. Este aspecto é, também, causado pelo acompanhamento médico junto da comunidade que é quase inexistente, o que acaba interferindo na interacção com

¹³Entrevista realizada as 14h do dia 23.09.13 com a Secretária do Bairro.

¹⁴Entrevista realizada as 16h do dia 21.09.13 com Clara, curandeira.

os pulverizadores, mudando os objectivos pré-determinados de pulverizar as paredes dentro das casas, mas o espaço onde o mosquito se produz, como as casas de banho e lavandaria.

2.4. Malária e outros “riscos”

Na secção anterior mostrei como é que os residentes do bairro Bazuca interagem com os pulverizadores e, que tipas de relações são produzidas entre estes. Mostrei que é nessas interacções que a malária tende a se (re) configurar como uma doença de risco ou não, fazendo com que as pessoas adiram ou não às pulverizações através de métodos de negociações.

Nesta secção, mostro como é que esses residentes pensam a malária associada à noção de risco e, que estratégias de gestão adoptam face ao risco de contrair a malária.

Dado que as interacções entre os residentes e os pulverizadores revelam que existe uma relutância em aderir às estratégias adoptadas pelo governo para combater a malária, trajectórias e discursos da comunidade mostram que tal relutância está associada a um conjunto de percepções produzidas nas trajectórias e experiências de cada residente, permitindo que tenham suas formas de prevenção e gestão do risco.

Para aqueles que rejeitavam as pulverizações, as formas de pensar, explicar a malária, suas causas, efeitos, formas de tratamento e de gestão embora partam de experiências de pessoas diferentes, suas lógicas de explicação giram em torno de uma causalidade e finalidade, o mosquito *anófoles*, água parada, lixo nas ruas e capim.

A propósito dessa questão, um informante afirmou:

É difícil abrir as portas para as equipas de pulverização, primeiro porque não os conhecemos e segundo porque nos sabotam, enchem as botijas de água e provocam insectos como a barata nas nossas casas. (...) quem ia querer trocar ratos em sua casa por um leão? Prefiro ter ratos que baratas, porque consigo distinguir por onde passou um rato e não uma barata.¹⁵

¹⁵Entrevista realizada as 14h do dia 08.10.13 com Ester, comerciante.

Ainda sobre a questão das pulverizações, perguntado sobre o porquê as pessoas não aderem a práticas de pulverização, o informante Carlos afirmou:

Não podemos negar que a malária seja uma doença perigosa, mas se torna um risco quando não prevenimos. Particularmente, tenho receios em abrir as portas para as pulverizações porque parece que acentuam mais o risco de uma doença, causando-nos alergias e sinusite.¹⁶

Os residentes acreditam que a malária é uma doença de risco, mas essa crença é partilhada por pessoas que têm uma experiência de terem adoecido, acompanhado um caso de um familiar que perdeu a vida. Algumas pessoas simplesmente olham para a malária como uma doença normal, que essa normalidade pode ser colocada na mesma dimensão da constipação e dor de cabeça. Para essas pessoas pensar a malária como uma doença de risco é uma possibilidade muito reduzida porque, para além de não ter vivido um caso de familiares, dizem não ter experiência de que a malária seja realmente uma doença de risco.

A própria procura de cuidados de saúde quando os sintomas (febre, náuseas, calafrios, perda de apetite e dor de cabeça) são de malária é determinada por essas experiências de ter adoecido ou não. Por exemplo, uma informante curandeira de 53 anos, de nome Clara, declarou durante a entrevista que há pessoas que por não ter tido um contacto médico por causa dos sintomas de mal-estar acabam associando a malária a outras causas, procurando ajuda tradicional. Em suas palavras afirmou:

Sou curandeira há 20 anos. Tenho experiências em trabalhar com gente doente, mas nunca enganei por um bom motivo. Tenho recebido gente que quando vem aqui diz que está enfeitçada, enquanto eu vejo que é malária. O que faço, porque também quero o dinheiro, mando-lhes ao hospital simplesmente para confirmar se tem malária. Conheço os sintomas da malária porque minha família já passou por isso. Nos anos 40, me lembro que o governo colonial promovia campanhas anti-maláricas, que veio se fazer sentir nos anos 90 pós-independência, momento em que o governo mandava os carros a circular pelos bairros a pulverizar...¹⁷

¹⁶Entrevista realizada as 9h do dia 19.10.13 com Carlos participante nas actividades de limpeza.

¹⁷Entrevista realizada as 11h do dia 22.09.13 com Clara, curandeira.

Para combater o mosquito e se prevenir da malária, enquanto alguns aceitam pulverizar as suas casas como forma de combater o mosquito, algumas rejeitam e adoptam outras formas. Geralmente, os residentes falam de *sule*¹⁸, baygon, repelentes e redes mosquiteiras. A forma como os residentes usam as formas de prevenção varia entre eles. Por exemplo, os residentes que sempre que pensam em *sule* pensam nas folhas de mafureira por razões de hábitos. Há aqueles que para fazer o *sule* usam caroços de amêndoas, folhas de eucaliptos.

A propósito disso, um informante afirmou: “se os pulverizadores não matam, muito menos acabam com os mosquitos, então qual é a diferença em usarmos os nossos próprios métodos de prevenção?”¹⁹

Embora para alguns informantes a malária seja percebida como uma doença de risco, as noções sobre “doença de risco associadas à da malária não podem ser colocadas numa vertente unilinear da biomedicina, pois, as concepções de risco nem sempre estão associadas com a morte. Uma informante revelou-nos que se pensa a malária como risco porque dizem que ela mata, mas a sua experiência mostra que a categorização da malária ser uma “doença de risco” não pode ser exclusivamente associada a um grupo de indivíduos (...) na verdade a malária mata mesmo, mas não é de risco porque mesmo nos Estados Unidos existem mosquitos.”²⁰

Os dados de campo revelam que pensar a malária como risco para quem está a padecer neste momento, e não como risco pela experiência antiga e com estratégias de sua mitigação, os mecanismos de gestão adoptados pelos indivíduos interferem na eficiência das campanhas de pulverização.

Como considerou Saavedra (2010), a memória constitui-se como um elemento fundamental que está subjacente às explicações sobre o risco. Essas explicações têm fundamento nas trajectórias e experiências de doença, visto que só quem presenciou e viveu um caso de malária diz que a malária mata, a malária é mais que SIDA, a malária não está para brincar²¹. Estas explicações

¹⁸São folhas, geralmente de mafureira, queimadas numa tampa grande que produz fumo que adormece o mosquito.

¹⁹Entrevista realizada as 9h do dia 21.09.13 com dona Cláudia, comerciante.

²⁰Entrevista realizada as 11h do dia 21.09.13 com Dona Maria, doente de malária no centro de Saúde.

²¹Entrevista realizada as 9h do dia 12.10.13 com a professora, participante das actividades de limpeza.

devem-se às condições físico-ambientais colocadas num espaço comum de partilha e influenciando a adopção de actividades de limpeza de água parada e remoção de lixo como estratégias de combate de mosquito causador da malária.

3.Considerações finais

Tomando a malária como foco desta pesquisa, parti da ideia essencialista e normativa de que tende a ser dominante, que ao olhar para a malária como um problema de saúde pública, generaliza as explicações sobre o risco sem explicar porque é que algumas pessoas não aderem a algumas políticas públicas viradas para a saúde.

Esta perspectiva que predomina como lógica dos discursos públicos e orientador de perspectivas de análise científicas, a malária é concebida como um problema social associado ao mosquito *anófoles*. Para superar a categorização normativa da noção de risco predominante nesta perspectiva, adoptei uma abordagem que olhe para o risco como algo abstracto e um campo de interacções entre políticas de saúde e grupo alvo, por ser importante na compreensão das narrativas que revelam a memória e os atributos dados a uma enfermidade.

Através desta abordagem adoptada, articulada com uma perspectiva interacionista que explora para as formas de saber leigo, a malária como um problema de saúde pública revelou-se como resultado de interacção entre os residentes do Bazuca e os pulverizadores. Os dados recolhidos mostram que a malária como um problema social e de risco para a saúde pública é um facto, que a sua representação envolve diferentes concepções de risco numa lógica que se fundamenta na experiência de quem padeceu ou padece.

Os dados de campo revelam que embora as políticas públicas sejam um veículo poderoso de mudança social, que funcionam como instrumento de consolidação da legitimação de uma ordem social existente, elas não apresentam mecanismos suficientes para a formatação do comportamento dos que delas se beneficiam.

Por exemplo, as campanhas de pulverização nas casas dos residentes são associadas outros riscos, pois embora alguns residentes reconheçam que as pulverizações podem matar o mosquito, rejeitam-nas porque, segundo eles, o mosquito apenas é adormecido e provoca outros riscos de saúde como é o caso de náuseas, comichões e sinusite. Então este aspecto limita a intervenção e

eficiência de políticas públicas, dado que os residentes do Bazuca adoptam suas estratégias de redução de risco de morte.

Nesse contexto, para futuras pesquisas seria interessante a adopção de uma metodologia dialógica para elucidar e engajar-se com experiências, necessidades e prioridades de associações e grupos mais vulneráveis, confrontando essas experiências com o conhecimento, discurso e prática médicas. Essa metodologia vai além da simples categorização normativa de risco, permitindo que se desenvolve uma abordagem mais abrangente sobre porque uma determinada enfermidade é risco para uns e não para outros, articulando, tanto os conhecimentos leigos, assim como os médicos.

Referências bibliográficas

BAVO, C. 2003. “A Construção Social da Doença: estudo sobre a malária no bairro de Infulene "A". Maputo: UEM-FLCS. (Dissertação de licenciatura em Sociologia).

BLUMER, H. 1969. Symbolic interactionism perspective and method. Califórnia: Prentice-Hall;

CARVALHO, V.D et al. 2010. Interacionismo Simbólico:Origens, Pressupostos eContribuições aos Estudos emPsicologia Social. Rio de Janeiro: Psicologia Ciência e Profissão.

CONSELHO MUNICIPAL DE MAPUTO. 2010. “Perfil Estatístico do Município de Maputo 2007-2008”. Maputo: Conselho Municipal de Maputo.

DOUGLAS, M. 1966.Purity and danger.An analysis of conceptions of polution and taboo.Londres: Routledge.

GUIVANT, J. S. 1998. A trajectória das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social” revista brasileira de informações bibliograficas-ANPOCS, n 46.

JOAQUIM, J.M.F. 2007. “Percepções de risco de infecção por HIV entre os trabalhadores do hospital geral de Chamanculo e centro de saúde Primeiro de Maio”. Maputo: UEM-FLCS. (Dissertação de licenciatura em Antropologia).

KLEINMAN, A. 1980. “Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry”. Berkeley: University of Califórnia Press.

MATAVELE, E. J. 2010. “Dzedzedze” em duas bocas: Estudo sobre o papel da *media* na construção das percepções e práticas sociais sobre a malária”. Maputo: UEM-FLCS. (Dissertação de licenciatura em Sociologia)

MEAD, GH. 1972. *Mind, self and society: From the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MISAU) (Ed.). 2011. *Normas de Tratamento da Malária*. Maputo: Tiragem, 1ª Ed.

MUNGUAMBE, K. et al. 2011. “What drives community adherence to indoor residual spraying (IRS) against malaria in Manhiça district, rural Mozambique: a qualitative study”. Maputo: *Malária Jornal*.

MUSSÁ, J.A. 2004. “Malária: Percepções e procura de cuidados de saúde: o caso da cidade da Maxixe, Inhambane”. Maputo: UEM-FLCS. (Dissertação de licenciatura em Antropologia).

SAAVERDA, M.A.A.M. 2010. “Uma questão Nacional: enredos da malária em Portugal, séculos XIX e XX”. Lisboa: Universidade de Lisboa-ICS. (Tese de Doutoramento em Antropologia Social e Cultural).

UBISSE, O.G.M. 2005. “Percepções sobre a malária e mecanismos de prevenção e cura: estudo comparativo do bairro Infulene B, da cidade de Maputo e do povoado de Mangandle, distrito de Magude”. Maputo: UEM-FLCS. (Dissertação de licenciatura em Antropologia).