



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIENCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA



TRABALHO DE FIM DO CURSO

Tema:

“Malária: das Representações Sociais às lógicas terapêuticas nas zonas urbanas”

Estudo de caso no bairro de Maxaquene-cidade de Maputo no período 2010-2011

Autor: Leal Jorge Libinga

Supervisor: Dr. Baltazar Muianga

Maputo, Novembro de 2011



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIENCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA



TRABALHO DE FIM DO CURSO

Tema

“Malária: das Representações Sociais às lógicas terapêuticas nas zonas urbanas”

Estudo de caso no bairro de Maxaquene-cidade de Maputo no período 2010-2011

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

O júri

O Supervisor

O Presidente

O Oponente

Índice

| | Págs |
|---|------|
| Declaração..... | 5 |
| Dedicatória..... | 6 |
| AGRADECIMENTOS | 7 |
| RESUMO | 8 |
| ABSTRACT..... | 9 |
| LISTA DE ABREVIATURAS..... | 10 |
| Introdução | 11 |
| CAPITULO I | 14 |
| 1. Contextualização..... | 14 |
| CAPITULO II..... | 17 |
| 2. Problemática..... | 17 |
| 2.1 Hipóteses:..... | 23 |
| 2.1.1 Principal: | 23 |
| 2.1.2 Secundaria: | 24 |
| 2.2 Objectivos | 24 |
| 2.2.1- Geral: | 24 |
| 2.2.2 Específicos: | 24 |
| CAPITULO III..... | 25 |
| 3. Enquadramento teórico e conceptual | 25 |
| 3.1 Abordagem teórica | 25 |
| 3.2 Conceitualização | 28 |
| 3.2.1 Representações Sociais | 29 |

| | | |
|---|---|----|
| 3.2.2 | Stoque de conhecimento..... | 30 |
| 3.2.3 | Saúde | 31 |
| 3.2.4 | Doença..... | 33 |
| CAPITULO IV..... | | 35 |
| 4- | Metodologia..... | 35 |
| CAPITULO V..... | | 39 |
| 5-ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS | | 39 |
| 5.1- | Localização e características do bairro de Maxaquene “A” | 39 |
| 5.2- | Os Serviços de Saúde | 41 |
| 5.4 - | Representações Sociais sobre a malária no bairro de Maxaquene: transmissão e sintomas | 42 |
| 5.4.1- | Transmissão da malária..... | 43 |
| 5.3.1.1- | O consumo de águas sujas e/ou alimentos contaminados como causa da malária | 43 |
| 5.3.1.2- | A associação do mosquito à malária..... | 44 |
| 5.3.2 - | Sintomas de malária..... | 45 |
| 5.3.2.1- | A malária como uma “doença complicada”..... | 45 |
| 5.3.2.1- | A malária não é perigosa, é uma “febre passageira” | 47 |
| 5.4- | Relação entre Representações Sociais e a Procura dos Cuidados Médicos: tratamento e prevenção. | 50 |
| 5.4.1 | Tratamento da malária..... | 50 |
| 5.4.2 - | A prevenção da malária | 51 |
| 5.4.3- | O fraco uso dos métodos preventivos | 52 |
| 6- | Considerações Finais | 55 |
| Bibliografia | | 58 |
| ANEXOS | | 62 |

Declaração

Declaro por minha honra que o presente trabalho nunca foi apresentado na sua essência para a obtenção de qualquer grau acadêmico, e que constitui resultado da minha investigação pessoal, estando patente a bibliografia usada para a sua elaboração.

(Leal Jorge Libinga)

Dedicatória

Na vida há coisas que só se consegue com perseverança, daí que dedico este trabalho em primeiro lugar à mim próprio, pois foi com muito trabalho e dedicação que consegui conquistar mais um sonho. Em segundo lugar dedico à toda minha família, para que a partir desta conquista se inspirem os demais.

AGRADECIMENTOS

Para que o presente trabalho ganhasse forma e o conteúdo actualis foi necessário contar com ajuda de várias individualidades. Em reconhecimento desse precioso e incondicional contributo, quero destacar, em primeiro lugar, ao meu supervisor, Dr. Baltazar Muianga, que com mestria e abertura mostrou-me os caminhos a seguir. As suas correcções e sugestões foram de capital importância. A ele o meu muito obrigado.

Manifesto, igualmente, a minha gratidão a todos os professores do Departamento de Sociologia que me ensinaram a pensar sociologicamente.

Seria um erro grave não reconhecer as orações da minha mãe “memahia” que dia e noite rezou por mim. Não vou me esquecer mãe! Ao meu pai Zulu (em memória), meus irmãos e colegas. Obrigado!

À minha esposa Rosa e ao meu filho Yasser que vezes sem conta tiveram que dormir cedo para me cederem o silêncio que tanto precisei para “pensar direito”. Obrigado!

Estico os meus agradecimentos a todos que compreendendo a minha situação, colaboraram comigo de braços abertos para responderem e disponibilizarem toda a informação que precisava. Pela sua gentileza e amabilidade vai o meu profundo respeito.

Ao meu amicíssimo David Duarte, que sem se importar pelo tempo e recursos investidos apoiou-me e esteve do meu lado em todos momentos. A ele aquele abraço fraternal.

A todas pessoas que me querem bem; obrigado!

RESUMO

O presente estudo partiu do pressuposto da existência de representações sociais em torno da doença de malária e que tais representações influenciam na procura dos cuidados de saúde.

Com o objectivo de analisar a proposição inicial trabalhamos com uma amostra representativa de 22 entrevistados residentes no bairro de Maxaquene. O estudo pautou pelo uso de métodos qualitativo uma vez que a finalidade era a compreensão das ideias, imagens, sentimentos, noções e atitudes que os actores sociais residentes daquele bairro urbano possuem sobre a doença de malária.

Usando uma metodologia qualitativa, escolhemos como técnica para a colecta de informação a entrevista semi-estruturada. Esta possibilitou-nos a leitura de atitudes e comportamentos dos actores sociais com relação à doença de malária e os mecanismos que os mesmos adoptam para a prevenção e cura da malária.

Como modelo de análise do fenómeno em causa, escolhemos a fenomenologia de Berger e Luckman, assim como os subsídios dados por Schutz no estudo de fenómenos sociais a partir das práticas sociais dos indivíduos no seu quotidiano.

Os resultados da pesquisa permitiram-nos apreender que existe uma percepção difusa sobre a doença da malária, em relação às lógicas da sua transmissão, manifestação dos sintomas, prevenção e cura. Esta situação cria um outro problema desfavorável à procura imediata dos cuidados de saúde. Observamos que esta realidade estava ligada às condições existenciais e ao simbolismo que os residentes do bairro de Maxaquene têm sobre as questões de saúde e doença nas suas vidas, resultantes de um longo processo de interacção e familiarização com a doença de malária.

Palavras chave: *Representações Sociais, Stock de conhecimento, doença, saúde.*

ABSTRACT

This study discusses about Malaria disease and such representation brings the focus and influences of health care.

The main purpose was to analyze which orientation. The representative sample was selected and all the interviewers were living in District of Maxaquene in Maputo City. The qualitative method which the goal was the comprehension of main ideas, images, feelings, conceptions and attitudes that the social performers lived in that urban district that are suffering from malaria disease.

This was used to collect data enabled to read the attitudes and behaviors to prevention and cure malaria.

Phenomenon mode of Berger and Luckman, as the support given by Schutz was used to interpret the results. In addition was used to analyze social practices.

The results of this research revealed that people are confused about conception of Malaria disease, its transmission, manifestations of symptoms and prevention of cure. The existential condition and symbolism influenced the case of care service their lives, resulting in very long process of interaction and familiarization with the Malaria disease.

Keywords: *Social Representations, knowledge stock, disease and health.*

LISTA DE ABREVIATURAS

DSCM- Direcção de Saúde da Cidade de Maputo

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNCM -Programa Nacional de Combate à Malária

MISAU- Ministério de Saúde

RBM- Roll Back Malari

TVM- Televisão de Moçambique

UNICEF- United Nations Children's Fund

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

UEM-Universidade Eduardo Mondlane

Introdução

Dos inúmeros problemas que afectam a sociedade moçambicana na área de saúde, a malária é apontada como uma das principais doenças, causando mortes e sofrimento para muitos pacientes e suas famílias. As condições precárias do habitat, a falta de condições e meios para combater a doença, a inobservância dos princípios básicos de saneamento do meio tem sido apontados como razão do aumento de casos de malária¹ sobretudo em crianças menores e nas mulheres grávidas, é considerada também causa de vários problemas sociais e contribui para baixos rendimentos escolar e laboral.

Porém, existe no país várias instituições e organizações² que se empenham na luta contra a malária, oferecendo um variado conjunto de formas de prevenção e cura. No entanto, a malária continua sendo uma das doenças responsáveis por internamentos hospitalares e causa de morte, sobretudo, às crianças menores de cinco anos de idade (RBM, 2007).

Este trabalho de pesquisa, cujo tema é “As representações sociais da malária e a procura dos cuidados médicos nas zonas urbanas”, enquadra-se na Sociologia mas, mais especificamente no âmbito da Sociologia da Saúde e surge como um **esforço** para compreender o processo de **interpretação** social da **doença** de malária. O objectivo principal do trabalho consiste em descrever as representações que os residentes do bairro de Maxaquene constroem em torno da doença de malária. Para tal recorreremos à teoria fenomenológica a qual postula que os fenómenos sociais não são dotados de nenhuma essência; ou seja, não existem se não como construções dos próprios actores sociais. Assim, a existência da malária como um problema social está relacionada com a forma como os actores sociais a encaram no seu dia-a-dia e na sua interacção uns com os outros dentro de um determinado contexto social.

¹⁻ A estimativa de prevalência no grupo etário de 2 a 9 anos de idade varia de 40 a 80%. Em algumas zonas do país o parasita de malária chega a infectar 90% de crianças menores de 5 anos (RBM, 2007).

²⁻ MISAU, DSCM, RBM, SAVE THE CHILDREN, TVM, UNICEF, OMS

Segundo Dgedge (1999), têm se posto em segundo plano a questão da **identificação** dos aspectos sociais, que possam ser de grande importância na transmissão, cura e controlo da **doença**. No entanto, poucos são os estudos realizados de forma a avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas das **populações em relação** à malária no nosso país.

Este é um problema social que sociologicamente nos remete a ver o enquadramento social que se dá às diferentes formas de **prevenção** e tratamento da malária. Pois, é preciso saber quais os conhecimentos, atitudes e práticas, assim como os modelos culturais de **interpretação** da **doença**, aspecto particularmente importante, sobretudo quando se trata de áreas onde as opções para o controlo da malária são limitadas e com taxas altas de presença do principal vector que transmite a malária.

Através das literaturas que nos apoiamos delas para a análise do nosso objecto de estudo, assinalamos que a demonstração da complexidade do fenómeno da malária é potencial promotor da capacidade de encarar a realidade social, pois os actores sociais ganham maior consciência da doença. Isto porque a análise sociológica dos fenómenos ajudar-nos-á agir mais próximo possível da realidade social, enquanto agentes activos na sociedade. Ou seja, no contexto moçambicano em que a malária é problema de saúde pública, a Sociologia fornece importantes instrumentos conceptuais para analisar a relação que se estabelece entre os indivíduos e a doença de malária.

A abordagem sociológica destas questões torna-se socialmente relevante na medida em que identificam o grau de complexidade da malária, não somente como doença em si, mas como um fenómeno social; a partir do processo de elaboração social da própria doença como uma preocupação, até à lógica da procura de respostas. Pois, todos os grupos humanos desenvolvem métodos e atribuem papéis congruentes com os seus recursos, estruturas para responderem à doença e, para tal, possuem um conjunto de conhecimento e práticas de acordo com o meio social.

O bairro de Maxaquene “A” constitui um campo de interesse especial para o nosso trabalho devido, dentre outros factores à localização geográfica que é de fácil acesso, porém, com deficiente sistema de saneamento de meio, com habitações precárias ou em vias de precariedade, com focos de águas estagnadas por vezes com capim a volta, existência próximo ao bairro de um

dos grandes hospitais da cidade de Maputo - Hospital Geral de Mavalane e acima de tudo pelo facto de ser considerada pelas autoridades sanitária um dos bairros com elevados casos de malária (DSCM, 2010). Ou seja, é um bairro endémico e com grande fluxo populacional³.

O trabalho encontra-se organizado em capítulos que buscam traduzir a construção do objecto desta pesquisa bem como, a análise e interpretação dos dados que foram colectados no campo sobre as percepções sociais da malária assim como a procura dos cuidados médicos.

No primeiro capítulo nos debruçamos sobre a contextualização do tema em análise. Temos no segundo capítulo a formulação do problema, onde apresentamos a problemática que orbita em torno do nosso tema, assim como a visão que diferentes autores têm sobre o mesmo.

No terceiro capítulo, apresentamos o enquadramento teórico e conceptual, onde colocamos em discussão o nosso referencial teórico, razões de escolha, bem como os conceitos que norteiam o nosso estudo.

O quarto capítulo apresenta a metodologia, onde se descreve os métodos de procedimento e de abordagem, técnicas de recolha de dados, amostra e as razões de sua escolha.

No quinto e último capítulo trazemos a análise e interpretação dos resultados colhidos no campo, à luz da abordagem teórica, assim como a operacionalidade dos conceitos. Por fim encontramos a conclusão do trabalho, no qual damos mais ênfase às representações construídas pelos actores sociais em torno da doença de malária e a sua influência na procura dos cuidados médicos, tomando em consideração as hipóteses e objectivos que nortearam o trabalho.

³ Cerca de 22.750 habitantes, segundo o último senso populacional. Dados fornecidos pelo secretário do bairro.

CAPITULO I

1. Contextualização

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), a malária é reconhecida como um grave problema de saúde pública no mundo, estimando-se que 40% da população esteja em risco de contrair esta doença em mais de 100 países. Ainda de acordo com a OMS (*idem*), ocorrem cerca de 300 a 500 milhões de novos caso e 1 milhão de mortes por ano em todo mundo.

Segundo Roll Back Malaria (RBM, 2007), dos cerca de 1 milhão de mortes que anualmente ocorrem no mundo, estima-se que 90% se registam em África, afectando principalmente crianças em idade pré-escolar. Grande parte das mortes por malária ocorre na África subsaariana, onde a doença representa um notável obstáculo ao desenvolvimento económico e social. Calcula-se que a doença custe a África mais de 12 biliões de Dólares norte americanos por ano em BIP perdido.

A malária no continente africano é considerada principal causa de mortalidade, representando 10% do fardo global de doenças no continente. A malária representa 40% das despesas de saúde pública, 30-50% dos internamentos hospitalares e 50% de consultas externas (RBM, 2007).

As razões pelas quais o continente apresenta muitos casos de ocorrência de malária são várias, desde a existência abundante do *plasmodiu falciparum*, considerado principal mosquito transmissor da bactéria que causa a malária, péssimas condições de habitação e de saneamento do meio. Para além destes factores, aponta-se a falta de infra-estruturas sanitárias satisfatórias, recursos humanos capacitados e um conjunto de políticas combinadas para fazer face às campanhas e acções ante malárias sustentáveis. (*idem*)

Segundo a RBM (2007), a África, através dos seus governos, reconhece que a malária é uma doença associada à pobreza. É um facto que o crescimento sócio económico em países com elevados níveis de ocorrência da malária é baixo relativamente aos países com baixos níveis de ocorrência da doença. A malária também tem um impacto directo sobre os recursos humanos no continente e concretamente no país. Não só resulta em vidas e produtividade perdidas devido a

esta doença, como também dificulta a escolaridade e o desenvolvimento social das crianças devido ao absentismo e danos familiares permanentes.

Segundo o Relatório do Programa Nacional de Combate à Malária (PNCM, 2008), em Moçambique a malária é endémica em todo o país. O *plasmodiu falciparum* é o parasita mais frequente, sendo responsável por cerca de 90% de todas infecções maláricas, enquanto que o *P. malarie* e o *P. ovale* são responsáveis por 9,1 e 0,9% de todas infecções respectivamente.

Em Moçambique, a malária é a principal causa de problemas de saúde, sendo responsável por cerca de 40% de todas consultas externas. Até 60% dos doentes internados nas enfermarias de pediatria são admitidos como resultado da malária severa, constituindo a principal causa de mortalidade nos hospitais moçambicanos. A estimativa de prevalência no grupo etário de 2 a 9 anos de idade varia de 40 a 80%. Em algumas zonas do país o parasita de malária chega a infectar 90% de crianças menores de 5 anos (PNCM, 2008).

O acesso aos cuidados médicos em Moçambique ainda é baixo e estima-se que 50% da população vive a mais de 20 Quilómetros da Unidade Sanitária mais próxima, uma situação que implicitamente significa não haver acesso aos serviços convencionais de saúde para uma grande parte da população moçambicana. A malária é também o maior problema de saúde que afecta maior parte de mulheres grávidas no país. Cerca de 20% das mulheres são afectas pelo parasita causador da malária, sendo as grávidas as mais afectadas com uma taxa de prevalência de 31%. A escala exacta de prejuízos socioeconómicos atribuída à malária no país não é conhecida (*idem*).

a malária contribui para elevadas perdas económicas, altas taxas de absentismo escolar e uma fraca produtividade agrícola, esta última, principal meio de subsistência da maioria da população, agravando deste modo, a situação da pobreza em que se encontra maior parte da população moçambicana (PNCM, 2008).

Segundo o mesmo relatório (PNCM, 2008), a actividade de controlo da malária em Moçambique, remonta da década de 50 aquando do início do Programa Mundial de Erradicação

da Malária. Contudo, só foi em 1982 que foi criado em Moçambique, o Programa Nacional de Combate da Malária (PNCM), designação ainda utilizada. A actual meta geral deste programa é de reduzir o peso geral da malária a metade até 2015, cumprindo dessa forma, os objectivos do milénio relativos ao controlo da malária.

Segundo a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo (DSCM, 2010), o bairro de Maxaquene representa cerca de 13% dos casos de procura dos serviços de saúde relacionados com malária a nível da cidade de Maputo.

No entanto, a bio medicina explica, o fracasso de todos programas levados a cabo pela instituições de saúde no país, tendentes a controlar a malária com base na falta de conhecimento dos sintomas da doença por parte das populações e, também o desconhecimento das regras de prevenção da mesma. Porém, alguns estudos e correntes teóricas chamam atenção sobre a necessidade de ver a doença, neste caso, a malária não só na perspectiva biomédica mas também social. Pois os fenómenos e noções sobre as doenças, dentro das comunidades, ultrapassam a dimensão física ou biológica.

CAPITULO II

2. Problemática

Desde os primórdios da humanidade, a doença constitui uma preocupação universal. Vários foram e são os mecanismos que o Homem encontra para a explicação, remediação e total cura de doenças que o enfermam (Franco; 1997).

Com o desenvolvimento da Ciência, sobretudo na área da Medicina, várias doenças têm encontrado sua erradicação e cura. No entanto, existem na actualidade doenças que dominam o discurso médico, político, económico e social. São o caso da SIDA, Malária, Tuberculose, Cólera, pelo seu impacto negativo em cada uma dessas áreas. O nosso tema está associado à malária.

Em Moçambique, vários são os esforços face à erradicação da malária. Porém, vários também têm sido os constrangimentos que são encontrados nessa luta, desde os meios materiais, financeiros, humanos assim como a questão das percepções que os indivíduos têm sobre a doença da malária, componente pela qual os indivíduos adoptam determinados comportamentos quando se encontram na situação de pacientes.

Alguns estudos, de autores como Junod (1996), Djedje (1999), Mussa (2002), Honwana (2002), Bavo (2003), chamam atenção sobre a necessidade de ver a *doença e saúde* não somente na perspectiva biomédica, pois esta privilegia questões exclusivamente biológicas, mas também ter em vista os aspectos sociais. Esses estudos, são unânimes na ideia ou premissa segundo a qual as forças sociais configuram o conhecimento, as crenças e conseqüentemente a escolha de tratamento da doença. Porém, estes estudos não descartam a importância que as estruturas cognitivas subjacentes aos relatos individuais têm sobre a doença e, sobretudo à procura dos cuidados médicos.

As crenças e valores médicos constituem respostas socialmente organizadas para a doença. Reflectem o complexo interactivo entre grupos sociais, instituições, padrões de comportamento e um corpo específico de conhecimento (León, 2000).

Brown e Inhorn (1990), numa perspectiva antropológica, reiteram a ideia de que as doenças não podem ser explicadas por si sós, mas, numa relação com a ecologia e a cultura. Assim, as doenças variam entre as sociedades como resultado das diferenças culturais, ecológicas e históricas. Muitas vezes, as doenças reflectem códigos culturais de comportamento. O meio social joga um papel determinante para o enquadramento de padrões de doença, saúde e morte na população. Isto porque a cultura pode reflectir ou revelar-nos hábitos em relação a alimentação, tipos de trabalhos e ocupação, local e tipo de habitação, práticas preventivas das doenças entre outros elementos que analisados jogam um papel importante na saúde e/ou doença dos indivíduos.

É nesta ordem de se ter em conta o contexto social dos indivíduos, que podemos encontrar as estruturas subjectivas e objectivas sobre as doenças. Num estudo realizado em Moçambique, por Honwana (2002), refere que a ideologia das doenças nas sociedades africanas tem sido classificada por vários estudiosos em duas categorias principais: Naturalista e Humanista. A primeira categoria; são aquelas consideradas normais, por serem causadas por forças e condições naturais. A segunda categoria (humanista), são aquelas consideradas complicadas e/ou anormais, por acreditar-se que são causadas pela intervenção activa do homem, através da magia, feitiçaria ou por via de espíritos dos antepassados.

Honwana (2002), afirma que doenças como a tosse, dores de cabeça, constipação, dores de estômago, febre, vómitos, são geralmente consideradas simples, por serem causadas por condições naturais (micróbios, bactérias, ma alimentação, etc.), e/ou por ocorrerem esporadicamente na vida das pessoas e serem transitórias.

Segundo Honwana (2002), se um indivíduo sofre de uma das doenças acima referidas, mas o resto da sua vida correr bem, a doença é considerada leve e de fácil cura. O autor refere ainda que se essas as doenças, persistirem por muito tempo e afectar a vida do indivíduo, consideram-se graves e constituem uma ameaça, não só à vida do paciente mas também a sua família e a comunidade em geral. Essas doenças, por alterarem o comportamento geral da vida das pessoas, são vistas como consequência da violação das normas e valores sociais que definem um mundo saudável. Reflectem a ausência da harmonia social e intenção maligna, em virtude de serem por vezes, consideradas resultado de conflitos e competições interpessoais ou uma sanção divina.

Segundo Honwana (2002), a malária é uma doença parasitária cujo controlo não depende somente dos conhecimentos médicos, mas também das concepções populares sobre as causas, prevenção e tratamento. Os programas de controlo da malária tem, tradicionalmente, dado maior ênfase ao controlo do parasita e/ou do vector, relegando para o segundo plano os aspectos sociais da comunidade, que tem, também, importância na transmissão e controlo da doença.

Ainda no contexto moçambicano, Junod (1996), aborda questões relacionadas com hábitos locais e sua influência no comportamento dos indivíduos perante a doença. Segundo este autor, alguns grupos étnicos de Moçambique, caso dos Tsongas a sul do país, não consideram a malária (febre palustre) perigosa ou coisa estranha, e que não existe localmente uma designação “convencional” para a doença. Os tsongas afirmam que “sentem cabeça” e/ou “calor no corpo” quando pretendem se referir a malária. A medicação é na base de uma raiz localmente chamada de “mbalatangati” que se cozi numa panela pequena e se bebe à colherada, seguindo-se as prescrições de um curandeiro ou de uma pessoa mais velha, como indivíduos que pela idade e experiência merece crédito na cura de doenças.

De acordo com Junod (1996), as práticas tradicionais relativas à cura de doenças e cuidados a ter para uma vida saudável existem lado a lado com os sistemas convencionais de saúde. O facto de essas práticas não sucumbirem com o tempo, revela uma grande sustentabilidade que encontram por parte de alguns sectores da população. O autor sustenta ainda, o facto da medicina popular estar incorporada no quotidiano dos indivíduos através dos actos concretos da vida e encontrar suporte em hábitos, costumes e tradições. Ela aproxima e fortalece as relações entre as pessoas, uma vez que pressupõe ajuda e solidariedade.

É dentro deste quadro de relações e de ajuda mútua entre as pessoas em situação da doença, acaba-se criando uma semântica social que invalida o exclusivo monopólio que as instituições de saúde tem sobre a causa, tratamento e cura de determinadas doenças caso concreto da malária, dando espaço ao fenómeno de auto medicação, “o uso de medicamentos sem prévia indicação médica” (OMS, 1988).

Na verdade, as práticas de auto medicação não constituem propriamente uma forma de desvio a lógica de intervenção médica, mas antes, uma forma de desvio ao poder e autoridade médica.

Também, pode-se aliar às práticas de auto medicação a crescente “medicalização” e “farmacologização” das sociedades modernas. Quer no sentido em que cada vez um maior número de situações e problemas do quotidiano dos indivíduos entram no domínio médico, quer no sentido em que as formas privilegiadas de intervenção se caracterizam pelo recurso aos fármacos. (Lopes, 2001 *apud* Crawford, 1980; Helman, 1997; Lowenberg e outros, 1994).

Segundo (Lopes, 2001), as últimas gerações têm incorporado na sua socialização uma crescente familiaridade com os fármacos, os quais, nas gerações anteriores, representavam um recurso raro e de utilização excepcional. Simultaneamente, a rotinização e padronização da sua prescrição foram possibilitando uma gradual apropriação leiga dos critérios de decisão medica, que é accionada e reproduzida nas resoluções leigas sobre os problemas comuns de saúde.

Tem se observado que alguns programas de saúde partem do pressuposto de que a informação gera uma transformação de comportamentos das populações face às doenças. De acordo com Uchôa e Vidal *apud* Fincham (1994), este ponto de vista considera a dimensão social como assessorial. Ao se negligenciar os factores sociais, põem-se de lado a hipótese das comunidades terem algum conhecimento sobre a doença, assim como as formas de terapia. Mas cada comunidade desenvolve modelos “de” e modelos “para” construção de realidades sociais e psicológicas sobre a doença (Uchôa e Vidal, 1994).

Segundo o MISAU (2006), grande parte da população não reconhece a malária como sendo uma doença perigosa, como demonstra o estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas, feitos em 1998 revelando que cerca de 64.7% dos entrevistados não reconhece a malária como sendo uma doença perigosa, atrasando por consequência, a procura de cuidados médicos

Por um lado, isto mostra que as informações passadas através dos programas de saúde não chegam devidamente às populações e, essa mesma informação não gera automaticamente uma rápida mudança de comportamento, talvez porque em alguns casos, a estratégia não se enquadra na realidade local. Por outro, este tipo de informação há vezes que promove interpretações reducionistas por alguns trabalhadores da saúde, considerando as populações como ignorantes. Dgedge (1999).

Dgedge(1999), admite que se tem posto em segundo plano a questão da identificação dos aspectos sociais, que possam ser de grande importância na transmissão, cura e controlo da doença. No entanto, poucos são os estudos realizados de forma a avaliar os conhecimentos, atitudes e praticas das populações em relação a malária no nosso país.

Este é um problema social que sociologicamente nos remete a ver o enquadramento social que se dá às diferentes formas de prevenção e tratamento da malária. É preciso saber quais os conhecimentos, atitudes e práticas, assim como os modelos culturais de interpretação da doença, aspecto particularmente importante, sobretudo quando se trata de áreas onde as opções para o controlo da malária são limitadas e com taxas altas de presença do principal vector que transmite a malária.

Um estudo relacionado ao nosso objecto, realizado num contexto urbano foi feito por Bavo (2003), e defende que “a questão da malária não existe essencialmente; o que torna real é a consciência e o consenso institucional sobre sua existência” (Bavo, 2003:1). Na óptica deste autor, a malária é algo que não tem existência essencial. É uma doença socialmente construída pelos actores sociais no quadro das suas interacções no seu quotidiano e a solução da mesma passa necessariamente pela compreensão da complexidade das relações sociais a volta da mesma.

Bavo (2003) defende uma perspectiva construtivista para estudar questões ligadas à saúde e doença, mais particularmente à malária, pois, esta tal como outras doenças, apesar de ter manifestações físicas ou biológicas é, também, socialmente vivida. Aqui o interesse consiste em “saber como a malária é socialmente construída e mostrar como esta doença transforma-se em problema social” (Bavo, 2003:5). De acordo com este autor, a malária torna-se um problema social na medida em que impede os indivíduos de realizarem certas tarefas, bem como o esforço institucional visando seu combate.

Discutindo a construção social da malária, Bavo (2003) trás o argumento segundo qual “a visibilidade social da malária é dada pelo recurso dos actores aos seus efeitos para

justificar determinados actos” (Bavo, 2003:5), tornando-se a malária, algo socialmente construída e que não existe fora das relações sociais que os indivíduos estabelecem no seu quotidiano.

No presente trabalho a perspectiva é perceber como é que a partir destas relações que os indivíduos estabelecem no seu dia-a-dia, no bairro de Maxaquene “A”, formam uma representação social sobre a doença de malária e qual é o posicionamento dos mesmos na situação de pacientes e/ou assistentes de pacientes, no concernente à procura dos cuidados médicos.

Um outro estudo sobre as Representações Sociais foi realizado na cidade de Maxixe (Inhambane) por Mussá (2004). Tal como os outros autores anteriormente referidos, estudar a malária pressupõe, também, “analisar as percepções que uma determinada comunidade tem sobre a malária, assim como a relação entre essas percepções com a procura de cuidados médicos” (Mussá, 2004: 5). O argumento desta autora, é de que “as percepções que os indivíduos têm sobre a malária são condicionadas pelos processos de inculturação e endoculturação e, pelas redes de relações que os indivíduos mantêm uns com os outros”. (*idem*).

A abordagem desta autora é de perceber a possível relação entre o meio social circundante e as percepções sociais construídas à volta da doença. Isto pelo facto de referir que “há uma necessidade de compreender como os comportamentos humanos sobre a doença se moldam pelos significados sociais e culturais.” (*idem*).

De forma geral, estes estudos nos oferecem importantes elementos para a construção do nosso objecto de análise na medida em que oferecem dados importantes sobre como deve-se abordar a malária, enquanto uma doença socialmente construída. Porém, apesar destes dois últimos estudos terem sido realizados em contextos urbanos moçambicanos (Infulene e Maxixe), não espelham de forma geral a situação social da malária no que diz respeito as percepções que os indivíduos têm sobre ela. Ou seja, trazem-nos elementos contextuais e específicos de cada campo de estudo. No caso concreto da cidade de Maputo, não conseguimos ter estudos relativos ao nosso objecto de estudo; senão, apenas relatórios do MISAU e da Direcção de Saúde da Cidade de Maputo sobre a situação epidemiológica da malária a nível da cidade. Os mesmos não trazem aspectos

relacionados com as Percepções sociais sobre a malária assim como o comportamento dos actores sociais na situação de enfermos.

É reconhecendo o lado social da doença, que se traduz pela existência de ideias, imagens, crenças, explicações, por parte das populações sobre as causas, manifestações ou sintomas, assim como mecanismos de cura da malária que elaboramos a seguinte pergunta de partida:

Quais são as representações sociais que os residentes do bairro de Maxaquene têm acerca da malária e qual é a influência que essas representações tem na procura dos serviços médicos?

2.1 Hipóteses:

2.1.1 Principal:

- A familiarização⁴ que os actores sociais têm com a malária no seu dia-a-dia, leva-os a considerá-la uma doença “normal”, demorando a procura imediata dos cuidados médicos.

⁴A familiarização é vista no sentido de tornar algo menos habitual em habitual. Familiarização está ligada ao processo de socialização enquanto apreensão de maneiras de agir, pensar e sentir (Guy Rocher 1999).

2.1.2 Secundaria:

- Os actores sociais só reconhecem a perigosidade da malária em situações graves. Ou seja, quando a doença lhes impossibilita de desenvolver as suas actividades quotidianas. É nesta fase que buscam um tratamento médico hospitalar.

2.2 Objectivos

2.2.1- Geral:

- Estudar as representações que os residentes do bairro de Maxaquene têm sobre a doença de malária, assim como a relação que essas percepções têm com a procura ou não de cuidados médicos.

2.2.2 Específicos:

- Identificar os aspectos sociais que influenciam a interpretação da malária pelos residentes do bairro.

- Descrever de que forma os residentes constroem o seu conhecimento sobre a doença de malária e,

- Caracterizar como esse conhecimento influi na busca de soluções para prevenção, controlo e tratamento da doença da malária.

CAPITULO III

3. Enquadramento teórico e conceptual

3.1 Abordagem teórica

A fenomenologia de Alfred Schutz (1979) e a Construção Social da Realidade, defendida por Berger e Luckman(2004), constituem a nossa base teórica no presente trabalho, pelas características teórico-operacionais do nosso tema. A escolha destes teóricos para o presente trabalho, prende-se com facto de os mesmos tomarem a análise fenomenológica como uma perspectiva sociológica e método de análise dos fenómenos da vida quotidiana e, dado que, é nosso propósito compreender a forma como a partir dos elementos subjectivos os indivíduos objectivam a doença (malária), não somente na vertente biomédica, mas também bio social. Como fazem referência os autores.

“O método que julgamos mais conveniente para esclarecer os fundamentos do conhecimento na vida quotidiana e o da análise fenomenológica, método puramente descritivo, e como tal “empírico”, mas não “científico”, segundo como entendemos no mundo das ciências empíricas. A análise fenomenológica da vida quotidiano, ou melhor, da experiencia subjectiva da vida quotidiano, abstêm de qualquer hipótese causal ou genético dos fenómenos analisados.” (Berger & Luckmann; 2004: 36, 37).

Schutz (1979), procura compreender a relação que existe entre a consciência humana e a vida social. Este autor define os processos que trespassam a construção do sentido pelos sujeitos a partir das suas próprias experiências. Este autor desenvolve uma Sociologia que busca compreender a forma como os indivíduos apreendem o mundo, ou seja, os mecanismos inter subjectivos que accionam entre si para viverem o quotidiano.

Segundo Schutz (1979), o significado da acção social de um indivíduo ou grupo, é construído através de um conjunto de elementos pré-seleccionados do senso comum e que, é usado para interpretar previamente o mundo ou a realidade de suas vidas quotidianas. Para compreender a realidade social é preciso, buscar a interpretação que os actores dão às suas práticas no seu dia-a-dia. Para este autor, quando estudado, o objecto das Ciências Sociais já se encontra de certa forma estruturado e interpretado, pois a realidade social sempre possui sentido para os indivíduos que nela vivem. Sendo assim, o Cientista Social recorre à análise das experiências inter subjectivas no “mundo da vida”⁵.

.Segundo Schutz (1979), o “mundo da vida” não é apenas um mundo natural, mas também social, histórico e cultural onde os indivíduos vivenciam e compartilham as suas relações uns com os outros no quotidiano.

O sujeito se constitui em uma biografia única. Ou seja, dentro de um mundo que é comum a todos seres humanos. O mundo existe independentemente do sujeito e continua a existir depois dele, pois pressupõe uma existência material constituída por vários elementos históricos da cultura, mesmo que cada um possua uma biografia, será constituída dentro de um mundo que já é constituído por todos, mesmo vivenciado de formas diferentes Schutz (1979).

O mundo social ou a vida quotidiana é um espaço de vida natural no qual os indivíduos se relacionam com os objectos e as suas experiências significativas são sempre vividas de forma subjectiva. Essa inter subjectividade é que permite a reciprocidade de compreensão entre os actores e, permite também, as relações de comunicação e da troca de experiências subjectivas. A inter subjectividade é constituída pela experiência compartilhada que faz com que entendamos o que os outros nos transmitem. Sendo assim ela (a inter subjectividade) precisa de um “eu” e um “outro”, fazendo com que as experiências subjectivas adquiram significados Schutz (1979).

Na vida quotidiana é onde durante as interacções entre os actores sociais, a realidade é vista de forma inter subjectiva. Segundo Schutz (1979), o Sociólogo deve fazer uma redução fenomenológica, de modo a não encarar a realidade como uma “atitude natural”. Segundo o autor, os indivíduos concebem a realidade social com base no “stock de conhecimento” que adquirem no decurso da sua vida, constituindo a biografia para cada indivíduo no espaço e no tempo, determinada através de crenças e valores que compartilha com a comunidade de pertença.

⁵-O termo “mundo da vida” é empregue pelo autor para designar toda esfera das experiências quotidianas, direcções e acções através das quais os indivíduos lidam com os interesses e negócios manipulados e realizando planos

Berger & Luckman (1990), utilizando a teoria fenomenológica buscam compreender os fundamentos do conhecimento na vida quotidiana. Segundo estes autores a sociedade é um

processo dialéctico entre a realidade objectiva e a realidade subjectiva, composto por três momentos: exteriorização, objectivação e interiorização.

Na realidade objectiva é onde ocorre o processo de institucionalização, que consiste na tradução de elementos culturais (ideias, símbolos e valores) em normas, papéis, regras que exercem um controlo directo sobre a acção dos indivíduos em interacção social.

Segundo Berger & Luckman (1990), quando cristalizadas as instituições, são experimentadas como se possuíssem uma realidade própria, que os indivíduos se defrontam com ela na condição de facto exterior e coercivo. Deste modo, as instituições passam a ter uma história que antecede o indivíduo e, no entanto, passam a ter uma dimensão histórica e objectiva, e defrontam-se com o indivíduo como factos inegáveis.

A objectividade do mundo institucional por mais maciça que pareça ao indivíduo é uma objectividade produzida e construída pelo Homem. O que acontece é que este produz um mundo que em seguida experimenta-o como algo diferente de um produto humano; já exteriorizado Berger & Luckman (1990).

Na realidade subjectiva, é onde ocorre o terceiro momento do processo dialéctico que os autores fazem referência: a interiorização.

“A interiorização é a apreensão ou interpretação imediata de um acontecimento objectivo como dotado de sentido, isto é, como manifestação de processos subjectivos de outrem, que desta maneira se torna subjectivamente significativo para mim.” (Berger & Luckmann, 1990: 174).

Berger & Luckman (1990), consideram a interiorização como processo pelo qual a realidade é apreendida na consciência individual. O mundo social objectivado nos momentos anteriores, é aqui reintroduzido na consciência do indivíduo. O processo pelo qual a interiorização ocorre é o da socialização, no qual os indivíduos incorporam todo o acervo de conhecimento que a sociedade lhes dispõe. Este acervo de conhecimento pode ser, segundo estes autores, “a soma de

tudo aquilo que todos sabem”, a respeito do mundo social, nomeadamente, todo conjunto de valores, crenças, mitos, princípios morais, máximas morais e adágios.

Segundo Berger & Luckman (1990), Todas as instituições sociais possuem um corpo de conhecimento transmitido como receita, que vai fornecer as regras de conduta, para “legitimar” uma determinada ordem social. A legitimação é entendida como o processo ou momento de explicação e justificação da ordem institucional, dando dignidade normativa a seus imperativos práticos.

A legitimação implica o conhecimento dos papéis que definem as acções (certas e erradas). Estas explicações que os indivíduos dão (através da linguagem) sobre certos factos do quotidiano são os instrumentos legitimadores. A legitimação não se refere apenas ao que os indivíduos devem fazer numa situação de enfermos de malária, mas mostra como é que as condições reais interferem no comportamento dos indivíduos. A legitimação, explica porque as coisas são como são e não, apenas, como devem ser.

A escolha desta perspectiva teórica prende-se ao facto da mesma consubstanciar-se na análise fenomenológica como uma perspectiva sociológica e método de análise dos fenómenos da vida quotidiana. Esta teoria baseia-se essencialmente na compreensão que os actores sociais têm do real e permite-nos perceber a forma como a malária ganha visibilidade na sociedade, isto é, a forma como é socialmente interpretada e/ou considerada pelos actores sociais no seu dia-a-dia.

A fenomenologia constitui uma teoria adequada para a apreensão e descrição do espaço social que a malária ocupa na vida dos indivíduos e, como é elaborado o processo da sua percepção como um problema social.

3.2 Conceitualização

Segundo Minayo (1996), a pesquisa é uma actividade básica das ciências, sendo sempre uma tentativa de aproximação da realidade que nunca se esgota.

Tratando-se de uma pesquisa sobre atitudes e comportamentos individuais e de grupos, consideramos, a perspectiva da abordagem fenomenológica como sendo a mais adequada no estudo do fenómeno em causa. Esta perspectiva abarca, consideravelmente, o sistema das *Representações Sociais* que é a “esteira” de análise do nosso trabalho, constituindo, deste modo, o conceito chave. No entanto, aplicamos outros conceitos tais como *acervo/stock de conhecimento, saúde, doença*.

3.2.1 Representações Sociais

A primeira abordagem sociológica do conceito de Representações Sociais foi desenvolvida por Durkheim no seu artigo “*Représentations individuelles e Représentations Collectives*” (1898).

Neste artigo, Durkheim apresenta as representações sociais como sendo a produção mental colectiva, e faz ligação entre os conteúdos e a estrutura do pensamento colectivo às formas de organização social. Para Durkheim, as representações sociais formam uma realidade *sui generis*, mesmo mantendo laços estreitos com o seu substrato biológico, elas são em certa medida independentes.

As representações sociais, em Durkheim, são percebidas enquanto relativamente autónomas e, simultaneamente, como constitutivas do tecido social. As sociedades para existirem, produzem representações que lhe são estruturalmente necessárias, o que significa afirmar que a ideologia é constitutiva do processo social.

A segunda abordagem sobre este conceito é apresentada por Moscovici (1978) que considera as representações sociais como mediadoras entre os indivíduos e as relações estabelecidas socialmente.

“... a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos.” (Moscovici, 1978: 26)

“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 ligações quotidianas de trocas, assim como liberando seus poderes de imaginação.” (Moscovici, 1978: 28).

As representações sociais ocorrem numa forma dinâmica, onde haja condições sociais, as formas organizacionais da sociedade, os actores e suas práticas sociais, produzindo formas específicas de conhecimento. São, assim, determinadas e determinantes das condições sociais, sendo a fala, sua reveladora primordial.

“As representações sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e, se institucionalizam. Portanto, podem e devem ser analisados a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua condição privilegiada, porém, é a linguagem, tomada como forma de conhecimento e interação social”. (Minayo, 1994:108).

Minayo (1996), destaca ainda que as representações sociais não são necessariamente conscientes, permeando 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 de grupos. Isto significa que as condutas humanas são intencionais e inspiradas, conscientemente ou não por um conjunto de representações mentais, fora das quais não podem ser compreendidas.

Para o nosso trabalho tomamos este conceito como central na busca da forma como a doença da malária é percebida pelos actores sociais. Por via deste conceito, julgamos poder encontrar os aspectos subjectivos e objectivos que nos permitirão aferir os elementos que orientam as atitudes e/ou o comportamento dos actores sociais na situação de doença de malária.

Portanto, falar sobre representações sociais da malária, é buscar uma aproximação sobre comportamento, atitudes e sentimentos que os indivíduos têm em relação à doença da malária, assim como identificar os factores que orientam tais representações. É neste âmbito, que achamos mais operacional o conceito de percepções sociais definido por Minayo, pois enquadra-se com a teoria fenomenológica.

3.2.2 Stoque de conhecimento

Este pode ser entendido como a “soma de tudo aquilo que todos sabem a respeito do mundo social, nomeadamente, todo um conjunto de valores e crenças, mitos, princípios morais, máximas...” (P.Berger & Luckman, 2004:98)

É dentro deste estoque de conhecimento que existem também as percepções sobre a malária. É a partir deste estoque de conhecimento, que se pode localizar o lugar da malária na sociedade assim como as explicações que os actores sociais dão à esta doença. Portanto, ao se localizar o

lado subjectivo ou abstracto dos actores sociais, em função daquilo que foram as suas experiências passadas dos mesmos face à situação da malária, acaba-se compreendendo o lado objectivo (comportamental) de como lida com a malária. Se ignoram-na como um simples *mal-estar*, se procuram os serviços médicos ou se pura e simplesmente auto medicam-se.

Isto porque, segundo Schutz (1979), o Homem na sua vida diária, tem a qualquer momento um Stock de Conhecimento que lhe serve de código de interpretação das suas experiências passadas e presentes, e também sua antecipação das coisas que virão. Esse Stock foi constituído *de e por* actividades anteriores da sua experiência, da sua consciência, cujo resultado tornou-se agora sua posse.

A escolha deste conceito para a nossa abordagem prende-se com facto do mesmo revelar que os indivíduos não vivem o presente de forma desligada com o passado. Existe um conjunto de informações teóricas ou práticas que o indivíduo acumula ao longo da sua vida e que lhe servem como guia de interpretação dos factos do quotidiano. Tal como nos referimos anteriormente, ao localizar o lado subjectivo ou abstracto dos actores sociais, em função daquilo que foram as suas experiências passadas dos mesmos face a situação da malária, acaba-se compreendendo o lado objectivo (comportamental) de como lidam com a malária.

3.2.3 Saúde

Segundo León (2000), a história de saúde e doença é desde os tempos longínquos, uma história de construções e de significações sobre natureza, estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente.

A OMS (1946), define saúde, como sendo:

“O estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças e enfermidades, alteração do estado de saúde; disfunção fisiológica ou psicológica de um indivíduo; perturbação das funções normais de um ou vários órgãos, cujas causas podem ser conhecidas ou não, traduzindo-se por um conjunto de sintomas e sinais clínicos que orientam ou asseguram o diagnóstico...”

Esta definição peca pela generalização e por não considerar a subjectividade que o conceito possui. Seria difícil falar-se duma saúde plena em qualquer contexto; pois, o que constitui saúde e bem-estar social num determinado contexto específico, pode não ser noutra contexto.

Como que a consubstanciar esta última ideia, Brown (1990), refere que o que constitui bem-estar numa determinada sociedade, pode ser bem diferente numa outra sociedade. Em jeito de exemplo, o autor diz que a figura de um corpo magro, actualmente tão prestigiado no ocidente como símbolo de elegância, pode indicar um símbolo sofrimento e/ou doença na África Sub-sahariana. Ainda na linha de Brown, a saúde pode ser a condição em que um indivíduo ou grupo de indivíduos é capaz de realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e positivamente poder mudar ou enfrentar o ambiente.

Junod (1996), analisa a saúde como o oposto à doença; ela nunca é analisada numa forma individual, porque encontra-se relacionada à outras esferas da vida social, particularmente com o mundo espiritual, em que a manutenção do bem-estar físico e social pressupõe estar bem com os espíritos dos antepassados.

Ferreira (1975), também define a saúde como oposto a doença. No entanto, o autor mostra que este conceito é reconhecido ou considerado equivalente à “Wutomi”, que traduzido significa “Vida”, “sorte”, “saúde”, etc. e pode abranger outras significações complexas na vida de um indivíduo, desde o seu “bem estar”, de sua família, parentes e vizinhos; a fertilidade dos campos, a procriação dos animais domésticos, a melhoria de posição e das relações sociais e um satisfatório aumento de bens materiais.

Honwana (2002 *apud* Nordstrom 2000: 209), saúde é um estado natural de todos seres humanos. Por isso a ausência desta, indica um estado de anormalidade, de desequilíbrio, não só físico como também social. A saúde é, por conseguinte, abordada mais em termos de um processo de vida do que simplesmente em termos de um processo corporal. Como tal, a saúde vai definir-se pelas relações harmoniosas entre os seres humanos e o meio ambiente, entre eles e os antepassados e estes também com o meio ambiente.

O nosso posicionamento perante ao conceito de saúde enquadra-se na visão do Honwana, por privilegiar a componente sócio-cultural e também pelo facto da saúde ser abordada como um processo de vida além corporal.

3.2.4 Doença

Segundo Kleinman (1983), a doença não é um evento primariamente biológico, mas concebida em primeiro lugar, como um processo de experiência cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais, e só depois como um evento biológico.

A doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e acção no meio social, o que significa uma negociação de significados na busca da cura. Junod (1996), aborda a doença a partir das percepções que o paciente tem sobre a mesma. O autor observa que, segundo as declarações dos pacientes, que a doença, suas causas e cura, tem como base uma forte componente espiritual. Nesta perspectiva, a doença é causada por uma “coisa” introduzida no corpo do enfermo pela via de feitiçaria. A doença não existe por si só, obedece a uma tripla causa: os espíritos dos antepassados e deuses, mágicos e feiticeiros e/ou através de contacto com pessoas impuras que fazem a poluição da morte.

Brown (1990), afirma que o conceito de doença é fundamental para a bio medicina. Neste caso, a doença remete para o observável, orgânico e anormalidades patológicas em órgãos e sistema de órgãos às vezes não reconhecidas socialmente. Porém, o autor chama atenção às interpretações extra biomédicas sempre existentes sobre o mal-estar por parte do paciente.

Martinez (1989), afirma que a doença é uma realidade frequente na vida humana, que inclusivamente se repete; uma fase pela qual todo o homem normalmente passa. Toda doença supõe um agravamento da qualidade de vida e traz consigo uma ruptura pela qual todo o homem normalmente passa. Toda doença supõe um agravamento da qualidade de vida e traz consigo uma ruptura do ritmo normal das actividades do indivíduo. Porém, a doença deve ser vista em duas componentes: doença como um conjunto de sintomas clínicos e doença percebida socialmente pelo paciente.

Para Gujral (1996), doença refere-se a todo conjunto de enfermidades, moléstias, sintomas e sinais que possam induzir a um possível diagnóstico e impede um completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Não existe uma definição cabal e que constituísse um posicionamento da nossa parte. O que nos propusemos a usar são elementos ilustrativos de que a doença não se resume ao mal-estar físico como refere Gujral (1996), doença refere-se a todo conjunto de enfermidades, moléstias,

sintomas e sinais que possam induzir a um possível diagnóstico e impede um completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo.

Porém, Martinez (1989), acrescenta um ponto importante da definição da doença ao referir que a doença, e neste caso, a malária deve ser vista em duas componentes: como um conjunto de sintomas clínicos e doença (malária) percebida socialmente pelo paciente. Junod (1996) sustenta que a doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e acção no meio social, o que significa uma negociação de significados na busca da cura. Portanto, estes autores pese embora serem muito generalistas, são unânimes em abordarem a doença a partir das percepções que o paciente tem sobre a mesma como sendo o mal-estar físico, azar, falta de chuva, falta de recursos materiais e financeiros, pestes que perturbam a harmonia social.

CAPITULO IV

4-Metodologia

As fases de elaboração deste trabalho obedeceram determinados procedimentos, nomeadamente no que concerne aos métodos e técnicas aplicados. O objectivo desta secção consiste em apresentar a metodologia utilizada, a respectiva justificação da escolha e os constrangimentos enfrentados na pesquisa.

Tratando-se de um trabalho que visa levar a cabo uma pesquisa de percepções e atitudes, recorreremos método hipotético-dedutivo assente numa análise qualitativa. Isto porque partimos do pressuposto de que para se compreender uma realidade social não quantificável, quanto as percepções sociais da malária, é preciso buscar interpretar os significados que os indivíduos atribuem às suas acções, práticas ou seus comportamentos e as relações sociais que se estabelecem entre si ou com outros membros com os quais interagem no seu quotidiano. A informação com a qual confrontamos as hipóteses foi recolhida com base nos seguintes instrumentos: análise documental, guião de entrevistas, observação directa, com registo em diário de campo.

Em seguida passamos a apresentar os procedimentos que seguimos, em cada um dos instrumentos, para a recolha da informação necessária à pesquisa.

Para recolher acerca das ideias que são socialmente construídas em torno da doença de malária e, sobretudo a relação entre essas ideias com a procura dos cuidados médicos, recorreremos, numa primeira fase, à leitura de documentos disponíveis que contou com uma revisão da literatura ligada directa ou indirectamente ao nosso objecto de estudo. Esta revisão documental decorreu durante o segundo semestre ano (2010), nas principais bibliotecas localizadas na cidade de Maputo, principalmente as que estão situadas no Campus Universitário da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), nomeadamente a biblioteca central Brazão Mazula, a biblioteca do Departamento de Antropologia e Arqueologia da UEM, a biblioteca do CEA, também localizada na UEM e outras bibliotecas localizadas fora da UEM, na biblioteca do Ministério de Saúde, na Associação Moçambicana de Saúde Pública e na biblioteca virtual – Internet.

Por outro lado e, para enriquecer a informação documental, realizamos entrevistas semi-estruturadas dirigidas aos nossos informantes. Segundo Marconi & Lakatos (2007), as entrevistas

semi-estruturadas conferem ao pesquisador a liberdade para desenvolver a conversa (entrevista) em qualquer ambiente ou direcção que se considere adequada. Esta técnica permite ao pesquisador explorar mais amplamente uma questão, através de perguntas abertas e podendo ser respondidas em conversas informais (*Ibid.*). Este tipo de entrevistas tem uma vantagem de dar ao pesquisador pormenores de situações que não presenciou (Burgess, 2001).

Segundo Velho *apud* Duarte (2002), é preciso que haja uma neutralidade por parte do pesquisador na aplicação deste tipo de entrevistas, sempre que ele (o pesquisador) lida com indivíduos próximos, porque há vezes que compartilha preocupações, gostos, valores e concepções.

Segundo Dauster citado por Duarte (2002), o procedimento que se tem mostrado mais adequado é de ir realizando entrevistas até que o material obtido permita fazer uma análise mais ou menos densa das relações estabelecidas num determinado contexto social e que permitam compreender os significados, sistemas simbólicos e de classificação, práticas, valores, ideias e sentimentos. De acordo com Duarte (2002), a prática mais adequada é entrevistar um universo de 20 pessoas, mais isso varia conforme a natureza do objecto e do universo da investigação. No presente trabalho, entrevistamos 22 pessoas de ambos os sexos (12 Mulheres e 10 Homens) com idades compreendidas entre 20 aos 50 anos de idade. A opção por pessoas desta faixa etária deveu-se ao facto de serem, na sua maioria, pessoas que para além de responderem pela sua própria saúde, responderem também pela saúde dos demais membros das suas famílias e que fossem capazes de explicar ou justificar as ideias e crenças que possuem sobre a malária no sentido de obter informações mais enriquecidas e contextuais sobre o assunto. Para além do critério sexo e idade, tomamos em consideração o tempo de residência dos nossos entrevistados naquele bairro, visto que quanto mais tempo tiver no bairro mais informações tem sobre o mesmo e possui uma convivência peculiar daquele meio social que se encontra inserido.

A escolha do nosso campo de estudo teve a ver com alguns factores a citar: o primeiro factor desta escolha prende-se à falta de recursos financeiros e insuficiência de tempo para realizarmos um estudo da mesma natureza num outro contexto social distante, como podia ser num contexto rural, onde achamos haver uma forte interferência dos factores sócio-culturais, nas questões relacionadas com a saúde e doença dos indivíduos. O outro factor tem a ver com o facto de, segundo os documentos informativos sobre a situação epidemiológica da malária na cidade de

Maputo, Maxaquene “A” ser um dos bairros maiores casos de indivíduos (geralmente mulheres e crianças) com problemas de malária.

Estamos conscientes, que ao limitarmos o nosso campo de estudo ao nível geográfico, estamos sem dúvidas, a impor limites largamente artificiais. Ou seja, estamos a impor uma delimitação com funções puramente espaciais e não sociológicas pois, as relações sociais desenvolvidas pelos residentes daquele bairro municipal, pela sua natureza, trespassam as fronteiras físicas do bairro devido à mobilidade social existente naquele contexto.

ma outra técnica que usamos no sentido de recolher mais informações à respeito das atitudes⁶ dos residentes daquele bairro com relação à malária no seu dia-a-dia, recorreremos à observação directa não participante com registo das ocorrências no nosso diário de campo. Segundo Triviños (1987) Esta técnica permite ao pesquisador apreender as atitudes, normas, valorizações que os indivíduos atribuem ao fenómeno em estudo, bem como interpretar os significados dos comportamentos observados no terreno.

Constrangimentos enfrentado na pesquisa

Durante a realização da pesquisa, sobretudo na parte das entrevistas, tivemos alguns constrangimentos, nomeadamente: muitas pessoas que eram por nós abordadas, mostravam resistência em cederem à entrevista, alegando falta de tempo para tal.

“...Vocês sempre estão a nos escrever, o que nós queremos é dinheiro só. Dei-nos pão e deixarem de nos escrever todos os dias. Vocês recebem por fazer isso e vem aqui para nos fazer perder tempo. Nós paramos de trabalhar para atender vossas coisas e nem ganhamos nada...”⁷

Esta situação fez nos levar tempo e sermos mais cuidadosos no bairro pois tínhamos que convencer as pessoas que éramos simples estudantes interessados em obter informação e que a mesma não tinha fins lucrativos mas sim académicos. De salientar que alguns negavam definitivamente e até proferiam palavras injuriosas. *“Não vos quero aqui na minha casa vocês de malária. Vieram encher minha casa de baratas com as vossas porcarias que andaram a pôr...”⁸*

Terminado o trabalho de campo, fizemos o agrupamento dos dados em função do número de respostas com mesmas características, tendo em conta a questão formulada. Dai que

apresentamos a seguir o capítulo que versa sobre a análise e discussão dos resultados obtidos, contendo também os depoimentos dos nossos entrevistados.

⁶⁻ Com o termo atitudes queremos nos referir ao comportamento dos actores sociais residentes daquele bairro no que diz respeito ao cumprimento ou não das recomendações divulgadas pelos órgãos de informação, palestras, campanhas de pulverização sobre a malária.

⁷⁻ Esta palavra foram proferidas por uma senhora residente no bairro de Maxaquene, cujo sua identificação não nos foi revelada.

⁹⁻ Estas declarações foram feitas por uma senhora, cujo nome não nos foi facultado e que as mesmas foram vivamente secundadas por outras senhoras por sinal vizinhas.

CAPITULO V

5-ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Durante um período de cerca de 3 (três) semanas dedicamo-nos à recolha de dados empíricos que pudessem confrontar com as nossas hipóteses. Socorrendo-nos de um guião de perguntas anteriormente formuladas e que fossem capazes de nos trazer os elementos essenciais da pesquisa, recolhemos junto dos actores sociais, a informação que apresentamos e discutimos à luz dos principais conceitos que fomos operacionalizando.

5.1- Localização e características do bairro de Maxaquene “A”

O bairro de Maxaquene localiza-se na cidade de Maputo, faz parte dos 8 (oito) bairros que formam o Distrito Municipal Kamaxaquene. O bairro de Maxaquene “A” é composto por 60 quarteirões. Faz “fronteira” a Norte com o bairro de Mavalane através da Av. das FPLM; a Este com o bairro de Maxaquene “B” através da Av. Milagre Mabote; a Oeste com o bairro da urbanização através da Av. Acordos de Lusaka e a Sul com o bairro de Malhangalene através da Av. Joaquim Chissano.

O bairro de Maxaquene possui um número aproximado de 22.750 habitantes¹⁰. Na sua maioria são pessoas resultantes do êxodo rural que houve no período da “guerra dos 16 anos” que tiveram aquele bairro como local de refúgio à situação da guerra que se fazia sentir nas suas zonas de origem (na sua maioria meio rural).

Segundo o secretário do bairro, este fenómeno (êxodo rural) fez com que o bairro crescesse de forma desorganizada e com enormes problemas de saneamento do meio, pese embora passar por aquele bairro uma das maiores (se não a maior) drenagem da cidade de Maputo. Esta situação faz com que haja problemas de escoamento das águas da chuva, provocando enchentes nos quintais e até mesmo no interior das casas.

¹⁰ Dados relativos ao último Recenseamento Geral da População realizado em 2007: Segundo o secretário do bairro (Simião Valente Muchapa Jassi).

“Existem aqui no bairro sérios problemas de saneamento das águas da chuva. Há aqui casas abandonadas por sempre que pequena chuva cair encherem de água devido a falta de pequenas

drenagens apesar de uma parte do bairro possuir, graças a um projecto que financiou a sua construção. Esta situação tem concorrido para o surgimento de doenças tais como cólera, malária...” (Simião Valente Muchapa Jassi; Secretário do bairro).

Essas declarações¹¹ reflectem o reconhecimento que as autoridades administrativas têm sobre o problema das precárias condições sanitárias que o bairro possui, desde as dificuldades para o escoamento das águas da chuva que concorre para o aparecimento de charcos onde habitam e abundam os mosquitos causadores da malária até à existência requente no bairro de pessoas padecendo de malária.

Quanto à situação socioeconómica dos residentes do bairro é de pessoas com poucas posses económicas, na sua maioria possuem residências de alvenaria mas de pouca qualidade. Porém, existem alguns indivíduos com uma vida relativamente estável, mas muitos quando sobressaem na vida preferem sair do bairro e construir melhores casas nas chamadas “zonas de expansão”.

A base económica de muitas famílias é o comércio informal desenvolvido em frente dos quintais ou ao longo das artérias do bairro. Na sua maioria esta actividade é feita por mulheres (algumas na qualidade de chefes de famílias) e por crianças. De salientar que há uma parte significativa de mulheres assalariadas sob condição de empregadas domésticas que fazem o vaivém diário (excepto domingos) para as zonas nobres da cidade de Maputo.

¹¹ essas declarações vão de encontro com o que podemos observar no terreno. Águas estagnadas, capim em volta das residências, casas submersas e abandonadas.

Muitos homens fazem “alguma coisa”, desde o emprego informal até ao formal. Desenvolvendo actividades diversas nos seus postos de trabalho. É um bairro com uma vida complexa e agitada do ponto de vista da sua estruturação.

5.2-Os Serviços de Saúde

Quanto aos serviços de saúde e acções de combate à malária, o bairro não possui nenhum centro de saúde. Existem próximo do bairro de Maxaquene o Centro de Saúde de Malhangalene e também o Hospital Geral de Mavalana (actualmente criou-se um centro de saúde anexo ao hospital).

É, segundo fontes hospitalares¹², um dos bairros com mais registo de pessoas¹³ que fazem consultas de problemas ligadas à doença de malária a nível da cidade do Maputo. Ora, uma das formas que o sector de profissionais de saúde encontrou para fazer face à problemática da malária e evitar a sua propagação na cidade de Maputo em geral e, em Maxaquene particularmente, são as palestras proferida nas unidades sanitárias às mulheres grávidas e mães de bebés, com objectivo de prevení-las da doença de malária a elas ou aos seus bebes. Estas acções têm se estendido aos mercados, empresas e aos bairros como forma de levar a “palavra” aos demais indivíduos.

“A grande aposta do momento para o combate à malária é a prevenção, como forma de controlar o vector, porque a aposta na cura tem enfrentado problemas devido à resistência do vector ao tratamento actual, visto que ainda não existe uma vacina de malária”. (Júlio Fernando Macause, 38 anos. Enfermeiro).

“...A outra forma que as unidades sanitárias encontraram para incentivar a protecção contra a picada do mosquito, é o uso de redes mosquiteiras, razão pela qual todas as enfermarias, com destaque para a pediatria e maternidade estarem equipadas com redes mosquiteiras” (idem)

12-mapa de registo das ocorrências e consultas diárias, semanais e mensais obtidos na secretaria do Hospital Geral de Mavalana.

13- na sua maioria são crianças e mulheres grávidas. Algumas acabam ficando internadas na pediatria do mesmo hospital.

Quanto às campanhas no bairro, o secretário refere que no presente ano de 2011, ainda não houve nenhum trabalho de pulverização das casas nem as campanhas de educação cívica sobre a malária.

Esta situação levou-nos a concluir haver défice na disseminação de informação que devia ser feita sempre que as brigadas de pulverização se fizessem àquele bairro. Por outra, esta situação, de se levar muito tempo sem se fazer o trabalho de sensibilização acompanhada pelo trabalho de pulverização, pode levar ao distanciamento ou esquecimento dos propósitos inerentes à essas acções, assim como ao desconhecimento total do processo que tem a ver com a doença de malária.

5.4 - Representações Sociais sobre a malária no bairro de Maxaquene: transmissão e sintomas

Procuramos nesta secção abordar, em função da informação facultada pelos nossos entrevistados, as percepções sociais da malária. Ou seja, como é que os actores sociais definem a malária no que concerne a transmissão e sintomas.

O tratamento e a prevenção discutiremos na parte do trabalho reservada à análise da procura dos cuidados médicos.

Para melhor descrição das representações sociais que os actores sociais constroem em torno da doença de malária, vamos nos basear em duas dimensões nomeadamente: a dimensão representacional e a dimensão comportamental. Na dimensão representacional vamos considerar as ideias, noções e imagens a partir das quais alguns residentes do bairro de Maxaquene, percepção a malária. Partimos do pressuposto de que essas ideias, noções, imagens a partir das quais se percepção a malária correspondem a uma determinada forma de ser e estar socialmente considerada padrão e sensata perante a doença de malária. Ou seja, do ponto de vista do que as instituições e organismos que lidam com a situação de malária no país e a importância que é atribuída à malária.

5.4.1-Transmissão da malária

Há 100 anos, as pessoas não relacionavam a malária com o mosquito. Excepção foi dada a Susruta, um padre Braham que viveu por volta do século V a.n.e. que atribuiu a causa da malária ao mosquito. A ligação correcta entre a malária e o mosquito só foi provada e aceite nos finais do século XIX, quando se encontrou formas desenvolvidas do parasita no mosquito anopheles. (Djedje et al; 1999).

5.3.1.1- O consumo de águas sujas e/ou alimentos contaminados como causa da malária

No decurso do trabalho que fomos desenvolvendo e ao procurarmos saber o que algumas pessoas pensavam ou sabiam sobre o que causava a malária, alguns indivíduos responderam no seguintes termos:

“A malária é uma doença causada por águas sujas que uma pessoa bebe e começa a se sentir mal. Também é causada por moscas e mosquitos que aparecem no tempo chuvoso e transportam sujidade para os alimentos e para o nosso corpo” (Dulce Abílio Tovela, 29 anos. Vendedeira).¹⁴

Outro entrevistado referiu-se nos seguintes termos:

“...não tenho certeza que a malária seja causada somente por mosquitos, porque aqui na zona há muitos mosquitos, sobretudo no verão o que significaria toda gente ficar doente porque quase todos são mordidos por mosquitos aqui. Acho que é uma doença que aparece quando quer, assim como a cólera” (João Cotel, 32 anos. Segurança).

Estas declarações são exemplos de alguns casos de indivíduos que não associam directamente a malária com mosquito. A esses casos, apercebemo-nos que, em parte havia pouca informação sobre a transmissão da malária. O mosquito que segundo os órgãos de saúde é transmissor da malária, “convive” com os nossos entrevistados e que por via disso todos deveriam sofrer de malária sem, no entanto, observar-se a tipologia do mosquito e o processo de transmissão. Por outro lado, alguns indivíduos têm uma interpretação “natural” da doença.

¹⁴ A identificação usada para designar todos os nossos entrevistados são nomes verdadeiros declarados pelos próprios actores sociais.

“Muitas pessoas que eu conheço já padeceram de malária. Eu também já e não aconteceu nada de mais. Aquilo é como uma constipação toda a gente apanha. A malária também é assim, nos ataca, passa, reaparece, passa, em fim faz parte da vida. É uma doença inevitável. Aparece quando quer...” (Carlos Mabuiango, 35 anos. Estofador).

Ao naturalizarem a malária os indivíduos fazem-na em função das experiências que têm com esta doença porém, o “mundo da vida” não é apenas um mundo natural, mas também social, histórico e cultural onde os indivíduos vivenciam e compartilham as suas relações uns com os outros no quotidiano Bavo (2003) *apud* Schutz (1979).

Em parte estas declarações revelam que os indivíduos não vivem o presente de forma desligada com o passado. Existe um conjunto de informações teóricas ou práticas que o indivíduo acumula ao longo da sua vida e que lhe servem como guia de interpretação dos factos do quotidiano Berger & Luckman (1990).

Ao localizar o lado subjectivo ou abstracto dos actores sociais, em função daquilo que foram as suas experiências passadas dos mesmos face a situação da malária, acaba-se compreendendo o lado objectivo (comportamental) de como lidam com a malária. Neste caso concreto, alguns actores sociais residentes no bairro de Maxaquene têm a crença de que não precisam fazer nenhum esforço de evitar a malária, pois para eles, a malária é uma doença inevitável e que aparecer quando quer sem haver nenhuma causa identificada.

5.3.1.2- A associação do mosquito à malária

De forma amostral, o que os nossos entrevistados responderam à nossa questão é que a malária é uma doença causada por mosquitos que crescem em águas estagnadas, no capim e quando picado com um mosquito transmissor a pessoa adocece e que pode até morrer. Estes elementos formam uma categoria de causas conhecidas por “quase” todos. Ou seja, os dados da nossa pesquisa revelam-nos que grande parte dos indivíduos refere que é na base dos mosquitos (apesar de não especificar o tipo de mosquito) que se causa a doença da malária.

“A malária é uma doença causada por picadas de mosquito no nosso corpo, mas não é qualquer mosquito porque se assim fosse toda gente ficaria doente aqui. Acho que é um tipo de mosquito mas não conheço verdadeiramente. Isto pode acontecer em um mosquito picar primeiro uma pessoa com malária e se o mesmo mosquito picar outra pessoa esta também pode ficar doente.”

(Elisa Gregório Langa, 31 anos. estudante e cabeleireira).

Um outro entrevistado disse:

“A malária é uma doença transmitida por picadas de um tipo de mosquito que dão na televisão quando falam de malária e se encontra nas águas paradas e durante a noite entra nas nossas casas e nos morde e deixa nos com uma bactéria que provoca malária.” (Ivo António Mula 28 anos. Estudante).

Do que podemos apreender no que tange às representações relativas à transmissão da malária, segundo os depoimentos dos nossos entrevistados é que ela (a malária) é transmitida por:

- Consumo de águas sujas;
- Moscas que posam nos alimentos
- Picadas de mosquitos, porém não conhecem especificamente o tipo de mosquito.

O mais importante a reter é que, tal como afirma Durkheim (1989), as representações sociais, são percebidas enquanto relativamente autónomas e, simultaneamente, como constitutivas do tecido social. As sociedades para existirem, produzem representações que lhe são estruturalmente necessárias, o que significa afirmar que a ideologia é constitutiva do processo social.

5.3.2 - Sintomas de malária

Para alguns dos nossos entrevistados, houve uma certa dificuldade em explicar a malária a partir de um conjunto de sintomas que, segundo o MISAU (2009) são as febres altas, dores de cabeça, dores nas articulações, náuseas, delírios, olhos amarelados, pois para estes, os referidos sintomas nem sempre são conducentes à doença de malária. Nestes termos, apresentamos algumas representações sociais que alguns dos nossos entrevistados têm sobre as causas da malária:

5.3.2.1- A malária como uma “doença complicada”

Pelo menos 13 indivíduos que formaram a nossa amostra é de opinião de que a malária é uma doença complicada. Este posicionamento tem a ver com o facto dela (a malária) poder se manifestar de maneiras diferentes nos indivíduos. Porém, não possuem uma coerência dos sintomas que são descritos pelos organismos ligados ao combate desta doença, caso do MISAU.

“A malária é uma doença complicada, ela manifesta-se de várias maneiras na pessoa. Esta situação até pode confundir o próprio doente ou mesmo as pessoas que estão próximas da pessoa que esteja a sofrer da doença. Isto acontece porque há vezes que uma simples dor de cabeça sem febre exagerada, sem vômitos, sem dores nas articulações pode acusar malária grave. Mas também eu já senti febres com características da malária pelo que eu ouvia dizer sobre a doença mas quando fui ao hospital não acusou malária. Só me receitaram contrimoxazol e paracetamol.”

(Sérgio Novela, 33 anos. Professor).

Deste modo, os actores sociais acabam encontrando dificuldades em situar a malária como uma doença capaz de ser identificada a prior pelos seus sintomas e por via disso poder se recorrer aos serviços de saúde com segurança de ser satisfeita a sua situação de

saúde. Esta situação pode influenciar negativamente a abordagem coerente das questões ligadas à doença de malária. Mas o que nos preza dizer é que esta situação não está dissociada ao historial que os actores sociais têm com a doença da malária. Tal como refere Schutz (1979), que o significado da acção social de um indivíduo ou grupo, é construído através de um conjunto de elementos pré-seleccionados do senso comum e que, no entanto, é usado para interpretar previamente o mundo ou a realidade de suas vidas quotidianas.

Um outro entrevistado referiu-se nos seguintes termos

“Quando sinto muito frio enquanto faz calor, acompanhado de dores de cabeça e ficar cansado, sem força, suspeito que seja malária. Suspeito porque a malária é complicada, e nem sempre manifesta-se da mesma maneira. Pode sentir uma forte dor de cabeça mas não ser malária. Mas desconfiar que seja malária é melhor porque podemos receber o devido tratamento a tempo”.

(Juvêncio Matine, 41 anos. Trabalhador).

“...a malária tem muitos sintomas mas os comuns são a dor de cabeça acompanhada de febres altas e até pode afectar o cérebro, quer dizer a pessoa até pode ficar maluca...” (Idem).

Estas declarações não fogem muito das dos outros actores sociais por nós abordados, porém, possuem a particularidade de reconhecer que é necessário que sempre que se estar perante um ou alguns sintomas associados à malária se recorra aos serviços de saúde para melhor assistência.

Qualquer conhecimento social é encontrado dentro das interacções sociais que os indivíduos vão desenvolvendo no seu dia-a-dia podemos dizer que esta situação vai de encontro com a abordagem de Schutz (1979), quando diz que o Homem na sua vida diária, tem a qualquer

momento um Stock de Conhecimento que lhe serve de código de interpretação das suas experiências passadas e presentes, e também sua antecipação das coisas que virão. Esse Stock foi constituído *de e por* actividades anteriores da sua experiência, das sua consciência, cujo resultado tornou-se agora sua posse. Portanto, desconfiar (como fazem referência alguns dos nossos entrevistados) dos sintomas de malária e poder a tempo procurar os cuidados de saúde tornou-se um conhecimento ou prática à sua posse, resultante das experiências anteriores.

5.3.2.1- A malária não é perigosa, é uma “febre passageira”

Ao longo do trabalho constatamos que alguns dos nossos entrevistados não considerava sintomas que definem a doença da malária a priori de perigosos e que sejam manifestação de malária. Isto porque, não basta que esses sintomas ou a manifestação de tais sintomas se limite ao aspecto físico. Elas são associadas à malária quando transbordam para o campo social, ou seja, quando as pessoas que manifestam esses sintomas começam a não desempenhar as suas actividades rotineiras e aí desconfia-se que seja malária. Com efeito, a malária só é assim vista quando o estado clínico do paciente é preocupante.

... Malária não é sempre que é perigosa. Ela pode ser uma febre passageira que em um ou dois dias pode passar. Mas torna-se perigosa e irritante quando leva muito tempo porque cria tristeza, a pessoa já pode faltar muito ao serviço ou se for uma criança pode não brincar bem ou não ir a escola e isso é mau para as pessoas. ” (Isaura Francisco Jonze, 35 anos. Empregada doméstica).

Ao usarem termos como “faltar ao serviço”, “não brincar bem”, “não ir a escola” pode significar que os indivíduos estejam a dar visibilidade a malária. Estão em simultâneo a definirem a malária pelos seus efeitos trágicos que possui e não pelas razões de ser. Para estes indivíduos a malária não existe na sua essência, mas sim torna-se real em função do que os mesmos entendem como tal.

A par deste processo de definição da malária pelos nossos entrevistados, reconhecemos existir representações classificatórias ou hierarquizadas sobre a malária na vida quotidiana dos indivíduos. Quando os mesmos consideram a malária perigosa, normal ou algo passageiro (rotineira), estão a atribuir um valor ou uma posição dentro da ordem social. Tal classificação

não é banal. Implica uma atitude para com a doença. Tal atitude é orientada para uma acção concreta e dá sentido às determinadas práticas sociais tais como a procura ou não dos cuidados médicos, a indiferença, a auto medicação.

“Quando me apercebo dos sinais da malária geralmente vou a farmácia e compro paracetamol ou pararápido acompanhado de cloroquina e tomo aquela dosagem normal de manhã, a tarde e a noite e a doença passa. No hospital também dão isso mesmo sem acusar nada”. (Leonardo Olímpio Voveio, 30 anos. Mecânico).

Este extracto enquadra-se naquilo que têm sido as experiências passadas dos actores sociais por nós abordados. Alguns referem já terem sofrido de sintomas que são associados à malária mas que quando foram sujeitos à análises médicos os resultados foram negativos ou pura e simplesmente “não acusou nada”. Noutras situações referem terem sido submetidos aos mesmos exames por sentirem uma “ligeira dor de cabeça” e que acusou malária.

“Reconheço a malária como uma doença perigosa, pois pode levar a pessoa a morte mas o que tem acontecido é que nós as pessoas, não damos muito valor aos primeiro sinais da doença como febres, dores de cabeça, porque pensamos que vai passar ou por vezes eu tomo comprimidos e há vezes que mesmo passa, mas ser for grave vou ao hospital fazer análises.” (Rosa Fernando Mulungo, 34 anos. Estudante universitária e trabalhadora).

Na vida social existe sempre aquilo que Schutz (1979) chama de Stock de Conhecimento à mão. O Homem na sua vida diária tem a qualquer momento um stock de conhecimento à mão que lhe serve de código de interpretação das suas experiências passadas e presentes e, também sua antecipação sobre coisas que virão. Este stock foi constituído *de e por* actividades anteriores da suas experiências, da sua consciência, cujo resultado tornou-se agora sua posse. (Schutz, 1978:74).

Embora haja um conjunto de sintomas¹⁵ que do ponto de vista institucional são os que dão corpo a doença de malária, há também um conjunto de interpretações sociais¹⁶ acerca dos mesmos sintomas que, antes, são também consideradas doenças e que carecem de um tratamento

específico o que pode antecipar ou retardar a linha terapêutica da malária enquanto doença específica também.

Esta dualidade ou diferença na interpretação da malária tem a ver com o poder institucional que existe por parte de algumas organizações de legitimar certos factos, sem no entanto, observar a interpretação que os indivíduos (vítimas) têm sobre o mesmo facto.

De seguida apresentamos as ideias, imagens, noções que os actores sociais possuem sobre os sintomas de malária:

- De referir que quase todos os nossos entrevistados são unânimes em considerar a malária como uma doença complicada,
- Que a malária manifesta-se através de febres (que podem ser passageiras e/ou normais);
- Sentir muito frio enquanto faz calor, acompanhado de dores de cabeça;
- Perigosa e irritante quando leva muito tempo porque cria tristeza.

¹⁵ Dores de cabeça, calafrios, olhos amarelados, dores nas articulações, falta de apetite, ...

¹⁶ Fazem parte dessas interpretações sociais considerar dores de cabeça, febres... como algo normal e passageira.

Segundo Sousa e Oliveira (2002), a percepção de saúde e doença de cada indivíduo está relacionada com a sua percepção da vida que, por sua vez, dá-se em contextos contraditórios, marcados por diferenças sociais, económicas e individuais. Isto permite coexistirem concepções distintas, em momentos distintos e em sociedades diferentes.

5.4-Relação entre Representações Sociais e a Procura dos Cuidados Médicos: tratamento e prevenção.

5.4.1 Tratamento da malária

Por parte da população, o tratamento e/ou procura dos cuidados de saúde são definidos através de um processo de tomada de decisão que inclui o doente, ou a(s) pessoa(s) que cuida(m) dele, para identificar a forma apropriada de cuidados de saúde desde o começo da doença, até porque os sintomas da malária podem simular muitas outras doenças.

Um senhor que o encontramos na enfermaria do HGM (Hospital Geral de Mavalana) e residente do bairro de Maxaquene disse:

“Comecei por sentir cansaço e dores em todo corpo e pensei que fosse por causa do excesso de trabalho mas quando anoiteceu comecei a sentir muito frio e com fortes dores de cabeça. A minha mulher me acompanhou até aqui, já fiz análises e acusou malária de duas cruzes...” (Sebastião Matandeca, 45 aos. trabalhador).

A procura do tratamento “adequado” para determinadas doenças, caso da malária, obedece à factores tais como condições socioeconómicas, a eficiência e eficácia dos serviços de saúde e o nível de informação sobre a doença aliada a algumas crenças terapêuticas que os indivíduos encontram no seu meio.

“Quando nossos filhos ou mesmo nós os adultos ficamos incomodado de febres, dores de cabeça, constipação, muitas vezes não vamos logo ao hospital porque lá fica muito cheio e nem atendem bem. Quando é assim tomamos comprimidos se tiver aqui em casa, caso não vou ali na farmácia explico o que a pessoa tem e dão os medicamentos. Mas quando não tenho dinheiro faço um bafó com folhas de eucalipto e resulta.” (Saquina Macuácuá, 46 anos. Vendedeira).

Uma entrevistada disse:

“Há vezes que sinto dores de cabeça acompanhada de febre mas como fico com comprimidos aqui em casa tomo e faço bafo com folhas de eucalipto e melhora. Mas quando são meus filhos prefiro levar eles para hospital porque não sei de verdade o que pode ser.” (Olga Ndeve, 41 anos. Vendedeira).

Estes depoimentos levam nos a aceitar que há um pouco de inobservância no que tange às orientações dos serviços nacionais de saúde, que seria a procura imediata de um diagnóstico hospitalar caso haja sinais como os que os nossos entrevistados referem. Em parte isto consubstancia a tese segundo a qual os indivíduos procuram sempre adoptar métodos e técnicas simples e acessíveis para o tratamento e/ou cura de doenças, tendo em conta o meio em que estão inseridos, as suas experiências quotidianas, assim como o acervo de conhecimento que tem sobre a doença.

É nesta esteira de análise que Geertz,¹⁷ citado por Uchôa e Vidal (1994), afirma que a cultura fornece modelos “de” e modelos “para” a construção de realidades sociais e psicológicas. Dai que alguns indivíduos, residentes no bairro de Maxaquene, fazem uso dessa propriedade da cultura (hábitos e costumes) e de outros factores para procurarem as suas próprias formas de tratamento de doença.

É sobretudo a partir deste acervo de conhecimento que anteriormente nos referíamos que cada grupo vai se socorrer no seu dia-a-dia para legitimar e dar sentido às suas práticas sociais. Por um lado o que é institucionalmente definido como malária e, por outro, o que é considerado de malária pelos actores sociais.

5.4.2 -A prevenção da malária

A questão da prevenção da malária passa muitas vezes, pelo grau de informação que cada indivíduo tem sobre a doença e também como cada indivíduo interpreta os fenómenos de saúde e de doença.

No bairro de Maxaquene, constatamos que alguns indivíduos não tem muita certeza sobre o vector transmissor da malária mas, há um esforço por parte das autoridades sanitárias em disseminar, através de palestras nas unidades sanitárias, nos mercados e outros locais de concentração de pessoas, sobre a necessidade de se prevenir da malária, orientando para técnicas

concretas tais como eliminar os charcos ou águas estagnadas no bairro, limpar os quintais, usar redes mosquiteiras todas as noites e aceitar a pulverização domiciliária.

“Há um défice na consolidação das campanhas de pulverização domiciliária, pois estas não têm conquistado simpatias por parte das comunidades. Alegam que trás baratas e outros insectos para suas causas o que tem tornado fraca a campanha. No ano passado houve uma pulverização nocturna com bombas de longo alcance para diminuir o mosquito. Mas temos aconselhado as pessoas a usarem as redes preparadas com insecticidas todas as noites sobretudo para bebés e mulheres grávidas “. (Aristides Marcos, 36 anos; técnico de saúde do HGM).

De referir que grande parte das mulheres que vão aos centros de saúde para consultas pré-natais tem recebido uma rede mosquiteira e são orientadas sobre o seu uso. Mas algumas não chegam a usá-la alegando falta de hábito, dá muito trabalho, aquece... no entanto, maior parte das pessoas que receberam estas redes foram da opinião de que eram bem-vindas as redes e que usariam de forma adequada.¹⁸

5.4.3-O fraco uso dos métodos preventivos

Dos 22 indivíduos que formaram a nossa amostra, 16 reconhece os métodos preventivos da malária como sendo o uso de rede mosquiteira, pulverização da casa com insecticidas, cortar o capim que cresce em volta das casas ou quintais. 9 dos que reconhecem os métodos disseram que não seguem estes métodos. Estes actores sociais alegam o não uso dos métodos preventivos ao facto de não acreditarem que seja efectivamente o mosquito a causa da malária. Também alegam a falta de dinheiro para a compra de redes mosquiteiras, insecticidas e outros produtos (dragão, baygon).

“Para me proteger das picadas dos mosquitos causadores da malária, uso uma rede mosquiteira já antiga, mas como não tenho dinheiro para substituir aquela vou usando apesar de deixar alguns mosquitos entrarem.” (Marta Nhalungo, 39 anos. desempregada).

“...Não faço algo a mais senão varrer o quintal e limpar a casa todos os dias. Não tenho dinheiro para comprar rede nem baigon. Quando tenho 3.00 Mts compro dragão.” (Palmira Paulo, 51 anos. doméstica).

Estes depoimentos dão uma visão de existir interpretações diversificadas¹⁸ sobre os métodos preventivos. Esta situação tem em primeira análise a falta da crença de que a malária é uma doença cujas causas estão ligadas em parte ao meio, assim como ao comportamento dos actores.

A coerência das práticas preventivas não coincide com o nível das preocupações que são levantadas acerca das consequências que a malária trás para aquele grupo social. Isto mostra quão importante são as questões sociais na análise dos fenómenos ligados à saúde e/ou doença dos indivíduos.

13 actores dos 22 por nós entrevistados referiram-se categoricamente nunca terem usado uma rede mosquiteira, nem repelentes para se proteger das picadas do mosquito. No entanto, alguns o fazem porque quando picados pelo mosquito sentem comichão no corpo.

O que mais me irrita no mosquito não é porque provoca malária, pois se assim fosse 1 gajo já teria morrido de malária. Mas sim, é das comichões, barulho dos mosquitos e borbulhas que aparecem no corpo depois das mordidas. Mas o engraçado é que não gosto nada de dormir dentro duma rede. Não me sinto bem. (Ivan Mulungo, 23 anos, estudante).

A partir das declarações dos nossos entrevistados, podemos aferir que as representações sociais sobre a malária no que tange à lógica terapêutica estruturam-se em torno das estratégias preventivas que cada um adopta para se ver livre desta doença. Para os actores sociais cujas estratégias preventivas são quase inexistentes, pertencem ao grupo de indivíduos que não associam a malária ao mosquito e consideram a malária como uma doença espontânea, que mesmo se protegendo se for para aparecer aparece. Dai que consideram a malária como:

-“Natural”;

- Que não resulta do mosquito, pois se assim fosse muita gente ficaria doente todos os dias porque existe muito mosquito no bairro;

- Para eles, o mosquito só provoca barulho e comichão e borbulhas;

Para determinados indivíduos, usar rede mosquiteira e certos repelentes não o fazem pensando na malária mas sim afugentar ou evitar picadas que provocam borbulhas e comichão.

Pode se dizer que todas as instituições sociais (exemplo da família no qual os indivíduos são socializados) possuem um corpo de conhecimento transmitido como receita, que vai fornecer as regras de conduta, para “legitimar” uma determinada ordem social. Como referem Berger & Luckmann (1991) a legitimação é entendida como o processo ou momento de explicação e justificação da ordem institucional, dando dignidade normativa a seus imperativos práticos.

Ela implica o conhecimento dos papéis que definem as acções (certas e erradas). Estas explicações que os indivíduos dão (através da linguagem) sobre certos factos do quotidiano são os instrumentos legitimadores das suas acções ou comportamentos perante a doença de malária nas suas várias dimensões.

Neste caso, a legitimação não se refere apenas ao que os indivíduos devem fazer numa situação de enfermos de malária, mas mostra como é que as condições reais interferem no comportamento dos indivíduos. Ou seja, explica porque as coisas são como são e não, apenas, como devem ser.

Sendo que a melhor luta contra a malária está na prevenção constata-se uma situação preocupante com relação ao combate. Um outro facto é que esta situação de não se dar prioridade aos métodos preventivos acaba influenciando negativamente a crença de que se deve recorrer ao hospital sempre que os indivíduos se sentirem com uma saúde ameaçada.

¹⁶GEERTZ, Clifford (1989): A Interpretação das Culturas, Rio de Janeiro, Guanabara SA.

¹⁷ Estas constatações foram apuradas em conversa que tivemos depois de participar numa palestra sobre saúde reprodutiva onde participavam mulheres grávidas e seus maridos no centro de saúde anexo ao HGM, no dia 22 de Maio de 2011

¹⁸ Alguns consideram a pulverização eficaz, mas outros consideram a mesma como causadora de insectos. Outros dizem que a rede mosquiteira aumenta calor no verão preferindo não se envolver nela.

6-Considerações Finais

Da constatação que tivemos longo do nosso estudo do campo, do cruzamento teórico e conceptual sobre as representações sociais da malária no bairro de Maxaquene “A” dá um reflexo de haver um consenso na crença de que a malária é um mal sobre saúde dos indivíduos e, é um problema social que requer uma resposta concertada entre todos os intervenientes activos no processo da precaução, mitigação e combate da mesma. Sendo um problema social carece dum solução fornecida pela sociedade, que pode ser através de instituições sociais especializadas, sem no entanto, anular o papel que os pacatos actores sociais tem sobretudo na componente precaução.

A transformação da malária em problema social e/ou um mal sobre a saúde dos indivíduos reflecte haver uma ruptura da harmonia ou ordem social, pelo facto de impedir a realização das diferentes e várias tarefas rotineiras dos indivíduos.

A malária leva a relacionamentos mais complexos em que estão envolvidas diversas instituições sociais. A partir de situações aparentemente simples, como pode ser o acto de precaução da malária, levanta-se outros problemas ligados às crenças e costumes que os indivíduos tem e constroem em função das suas experiencias quotidianas. Neste caso, tanto a percepção social sobre a malária, assim como a procura dos cuidados médicos resultam de um longo processo social marcado pelo processo de interiorização que ocorre na socialização até à distribuição social do conhecimento adquirido ao longo dum determinada época e contexto.

A não observância dos cuidados preventivos da malária e a fraca procura de cuidados médicos pelos actores revela uma atitude da sociedade perante a doença. Por sua vez, a disponibilização de campanhas e linhas de tratamentos quase gratuitos sobre a malária revelam preocupação por parte das autoridades sanitárias. Porém, assinalamos que a complexidade do fenómeno da malária é um potencial promotor da capacidade de encarar a realidade social pois, é nessa base multifacetada da malária que os actores sociais acabam ganhando consciência da doença.

No contexto social do bairro de Maxaquene, em que a malária revelou se ser um dos grandes problemas de saúde pública naquele meio urbano, o uso de conceitos de Stock de conhecimento e de Representações Sociais, revelam que a manifestação social da malária resulta por sua vez,

de importantes influências sociais. O nível académico, a ocupação/profissão, o grau de interesse por questões públicas, idade, género e socialização influenciam a visão sobre malária.

Pois, estes elementos entram no processo de elaboração social da questão da malária pelos actores e na elaboração da respectiva resposta. Encontramos também, nesses elementos, a natureza complexa do processo de decisão sobre a procura dos cuidados médicos. Ora observamos que os indivíduos que já tiveram uma situação complicada de saúde relacionada com malária ou tenham perdido alguém vítima de malária, manifestam um ligeiro interesse por questões ligadas à esta doença, como é o caso das medidas preventivas, no caso concreto do uso de rede mosquiteira. Ainda esta categoria, muita das vezes opta por procurar os serviços de saúde quando se “sente mal”; revelam um coerente conhecimento sobre as causas, sintomas, tratamento até às consequências da doença da malária.

Em contra partida, existem no bairro indivíduos, na sua maioria senhoras que se ocupam vendendo algo na rua ou nos seus quintais que até recebem campanhas que versam temas sobre a malária e revelam uma incoerência nos aspectos anteriormente referidos. Porém, a incoerência não significa desconhecimento. Revela uma falta de sistematização do conhecimento adquirido ao longo do tempo. Ou seja, não tem se dado conta dos elementares cuidados de precaução por acharem algo não muito importante, mesmo sabendo que é a partir destes mecanismos que pode-se evitar a malária. Em vez de se ocupar por essas questões, estes indivíduos preferem desenvolver as suas actividades económicas que garante o sustento diário das suas famílias. E como tal a doença para eles não é muito pelo “estar mal” fisicamente mas como um impedimento ao desempenho normal das actividades quotidianas.

Na nossa perspectiva, tomamos a malária como um conceito social comum. A representação ou percepção da malária como fenómeno social implica ter consciência da participação dos actores na colocação da doença no centro das suas atenções. Observamos que os actores identificam os sintomas da malária e tomam o que consideram serem as medidas necessárias para o tratamento. Geralmente estas medidas baseiam-se em dois procedimentos: a ida ao hospital para o diagnóstico e a subsequente medicação ou pura e simplesmente a auto medicação. Esta última medida em parte revela uma ignorância das orientações disseminadas pelas instituições de saúde em parceria com os órgãos de comunicação ou através de campanhas comunitária, como também

revela a apropriação dos mecanismos terapêutico por parte dos actores, sustentada pela “livre” venda dos medicamentos nas farmácias privadas.

Em função dos dados do campo, concluímos que efectivamente as pessoas têm conhecimento sobre as causas, sintomas e tratamento da malária. No entanto, não consideram a malária como uma doença perigosa, ignorando, por via disso, a procura imediata de cuidados médicos. Por outra, as pessoas só reconhecem a perigosidade da malária em situações graves e/ou quando lhes impossibilita de desenvolver as suas actividades quotidianas.

Face a esta situação, a intensificação das campanhas de sensibilização envolvendo as próprias comunidades na disseminação das informações, a auscultação dos principais problemas que impedem o cumprimento das orientações sanitárias, a adequação dos discursos e mecanismo preventivos em função do meio são alguns aspectos operacionais que se revelaram importantes para a abordagem da malária pelos actores sociais.

O destaque das questões acerca da problemática da malária pressupõe dinamismo. Ou seja, deve constituir um exercício sociológico por meio do questionamento constante da realidade social, da ruptura com a “atitude natural” e do manancial do conhecimento que destaca a visão dos actores sobre o fenómeno da malária.

Enquanto membros da sociedade, o trabalho revela-nos ainda o quão participativo os actores sociais são na elaboração da malária enquanto problema para os mesmos. Revela também que a malária não existe fora do protagonismo dos actores sociais.

Bibliografia

AGYEPONG, LA. (1992), Malaria: ethnomedical perceptions and practice in an adangbe farming community an implications for control. In: Social Science and Medicine, vol. 35, n° 2, pp. 131-137.

ALVES, P. C. (1993), A Experiencia da Enfermidade: Considerações Teóricas. In: Cad. Saúde Pub., Rio de Janeiro. Pp. 263-271.

BAVO, Carlos Menete. A Construção Social da Doença: Estudo Sobre a Malária no bairro de Infulene "A". 2003. 51 F (Folhas). Trabalho de fim do Curso (Licenciatura em Sociologia), Faculdade de Letras e Ciências Sociais, UEM.

BERGER, P. & LUCKMANN, T. (1990), A Construção Social da Realidade. 2ª edicao, Dinalivro, Lisboa.

BROWN, P. & INHORN, M. (1990), Disease, Ecology and Human Behavior. New York: Greenwood. Pp 187-213.

BURGESS, R. (2001), A Pesquisa de Terreno: Uma Introdução, Oeiras: Celta Editora.

CHAMPANGNE, Patrick et al (1989), Initiotion a la pratique Sociologique. Paris: Bordas

DGEDGE, M. et al. (1999), Avaliação dos Conhecimentos, Atitudes e Praticas das mães em relação a malária na zona suburbana da cidade de Maputo. Partes 1 e 2. UEM.

DGEDGE, M. (2000), Implementation of an insecticide treated bed net programmed, for malaria preventions through the primary health care system in Mozambique: *socioeconomic factors associated with sustainability and equity*.

DURKHEIM, E. (1989), Representation individuelles et Representation collectives, in: As formas elementares da vida religiosa. Edições Paulinas. São Paulo.

FERREIRA, A. (1975), Povos de Moçambique História e Cultura. Porto: Edições Afrontamentos.

GUJRAL, L. (1996), Doenças mais prevalentes na área de saúde em Bagamoyo. Revista Medica de Moçambique. Vol. 7. N°34. Maputo.

HONWANA, A. (2002), Espíritos vivos, tradições modernas, possessão de espíritos e reintegração social pós-guerra no sul de Moçambique. Promedia, Maputo.

JACKSON, L. (1985), Malaria in Liberian Children and Mothers: Biocultural perceptions of illness. Clinical evidence of diseases. In: Social Science & Medicine, Vol. 20.

JUNOD, H. (1996), Usos e Costumes dos Bantu. Vol. 1 e 2. Arquivo Histórico de Moçambique, Maputo.

KLEINMAN, A. (1980), Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural as Systems. In: CURRER, C. & STACEY. Concepts of Health, Illness and Disease. A Comparative Perspective.

LEÓN, R. (Org) (2000). Doenças Epidemiológicas. Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais. Rio de Janeiro: Fio Cruz. Pp. 269-297.

MARCONI, M. & LAKATOS E. M. (2007), Fundamentos de metodologia científica, São Paulo: Editora Atlas S.A.

MARCONI, M. & LAKATOS E. M. (1999), Técnicas de Pesquisa. São Paulo: Editora Atlas. 4ª edição.

MARTIZ, L. (1989), Quimioterapia das Doenças Tropicais: Anais da Escola Superior de Saúde Pública e Doenças Tropicais. Revista do Instituto da Medicina Tropical. SP.

MASENDU, H et al. (1997), Community perceptions of mosquitoes, malaria and its control in Binga and Gokwe districts, Zimbabwe. In: Central African Journal of Medicine, vol.43, nº3.

MISAU (s/d), Plano Nacional de Controlo de Malária: Plano de Acção 2006-2008.

MISAU (2009), Relatório de Actividades do primeiro Trimestre. Direcção de Saúde da Cidade de Maputo.

MUSSÁ, Julaya Abdula. Malária: Percepções e Procura de Cuidados de Saúde. 2002. 62 F(Folhas). Trabalho do fim de curso (Licenciatura em Antropologia), Faculdade de Letras e Ciências Sociais, UEM.

MINAYO, M. (1994), As Representações Sociais e o Imaginário Sobre a Cultura. 3 edição. São Paulo.

ROCHER, Guy. (1999). Sociologia Geral: Acção Social, Vol. 1, 6ª Edição, Lisboa; Editorial presença.

ROLL BACK MALARIA (2007). O paludismo em África. Edição local.

UCHÔA, E e VIDAL, J.M. (1994) Antropologia Médica: Elementos Conceptuais e Metodológicos para uma abordagem de Saúde e da Doença. Cadernos de Saude Pública, Rio de Janeiro, 10 (4):pp 497-504.

SCHUTZ, A. (1979), Fenomenologia e Relações Sociais. Textos escolhidos de Alfred Schutz. Zahar Editores, Rio de Janeiro. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Pp. 497-504.

ANEXOS

ANEXO 1

Guião de entrevistas exploratórias

1. Na sua opinião, o que significa malária?
2. De acordo com a sua experiência quotidiana, será que podes considerar a malária uma doença perigosa? Porque?
3. Em que momento uma pessoa com malária deve procurar ir ao hospital? Porque?

ANEXO 2

Grelha de observação

Dimensão comportamental

Indicadores/Tópicos

- Atitude dos actores sociais com relação às informações difundidas à cerca de malária
- Caracterização da relação entre o que é socialmente considerado malária no geral (incluindo elementos sobre sua transmissão, prevenção e cura), e o que é verbalmente exteriorizado pelos actores sociais.
- Identificação dos modos e estratégias de prevenção e cura da malária pelos residentes do bairro de Maxaquene.

ANEXO 3
GUIAO DE ENTREVISTAS

(DadosPessoais)

Nome

Sexo Idade Nível de escolarização Profissão

1- O que é malária?

2- Qual é a causa da malária?

3- Quais são os sintomas da malária?

4- Será a malária uma doença perigosa? Porque?

5- O que é necessário fazer se alguém estiver com malária?

6- Qual é a medicação para a malária? (tipo/nome de medicamento e dosagem)

7- Já sofreu de malária? Se sim como soube que era malária?

9- Tem conversado com outras pessoas daqui do bairro acerca de Malária?

10- O que dizem as outras pessoas acerca de Malária?

12- Conheces alguns métodos de prevenção de Malária? Se sim quais são?

13- Particularmente o que tem feito para se prevenir de Malária?

FIM!

Obrigado pela colaboração!