



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

Departamento de Sociologia

Trabalho de fim de Curso

**Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro
Polana Caniço “A”**

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

Autora:

Rosa Armino Zinhame Chicamisse

Supervisor:

Dr. Baltazar Samuel Muianga

Maputo, Dezembro de 2011



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

Departamento de Sociologia

Trabalho de fim de Curso

**Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro
Polana Caniço “A”**

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

Autora:

Rosa Armindo Zinhame Chicamisse

Presidente do júri	Supervisor	Oponente

Maputo, Dezembro de 2011

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro que esta Monografia nunca foi apresentada para obtenção de qualquer grau académico, constituindo essencialmente o resultado da minha investigação pessoal, feita com base nas referências bibliográficas e nos métodos descritos no texto.

Rosa Armindo Zinhame Chicamisse

Maputo, Dezembro de 2011

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Armindo Zinhamé Chicamisse e Justina Jequecêne Manuel pelos ensinamentos e por tudo que representam na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela oportunidade que me concedeu para que esta etapa fosse uma realidade na minha vida.

Sinto-me particularmente grata aos meus irmãos Jaime Chicamisse, Manuel Chicamisse, Paíca Chicamisse, Francisco Chicamisse, Luisa Chicamisse e ao José Mutisse, pelo apoio moral e material que puderam proporcionar-me e acima de tudo por terem acreditado nas minhas capacidades em vencer mais esta etapa do percurso académico.

Ao Dr. Baltazar Muianga, meu supervisor, pela competência e paciência que teve em acompanhar a realização da presente dissertação.

Aos meus colegas da turma de sociologia do ano 2007, pelo estímulo e troca de conhecimentos durante o curso, em particular a Rosalina Siteo, Ancha Herculano, Sandra Mapilele, Vany Tarcila, Nurdino Macata e Giverage Amaral.

Resumo

A presente monografia visa compreender a relação existente entre as percepções formadas em torno da cólera e a determinação dos factores de risco. Este objectivo surge devido a ideia de que as percepções que os indivíduos constroem sobre a cólera influenciam na determinação dos factores de risco, visto que a visão que eles têm sobre a doença resulta das vivências e experiências que vão tendo com a epidemia ao longo das suas vidas.

Assim sendo, para a análise dos resultados recolhidos no campo, recorreremos a teoria fenomenológica construtivista de Berger e Luckmann. Cingimo-nos nesta abordagem pelo facto da teoria partir de princípio que o conhecimento que o indivíduo forma em torno da realidade social é resultado duma construção social onde o pensamento e contexto social surgem como elementos relevantes neste processo.

Como forma compreender a construção das percepções em torno da cólera e a determinação dos factores de risco, recorreremos basicamente a metodologia qualitativa, pelo facto de dar relevância as crenças, as ideias, os sentimentos dos indivíduos na interpretação da realidade social.

De acordo com a análise de dados podemos concluir que a forma como a sociedade tipifica a cólera, faz como que os indivíduos atribuam a ocorrência da doença a factores externos. Esta atribuição surge das experiências vividas e as crenças formadas em torno da cólera que levam a não aceitação por parte dos indivíduos dos factores de risco individuais que são assumidos pelos especialistas ou médicos como relevantes para a ocorrência da enfermidade. Assim, em função da negligência dos factores individuais, a ocorrência da cólera é percebida como um fenómeno natural, surgida pelas condições impostas pela sociedade que podem afectar todos indivíduos desde que estes não tenham condições de prevenir-se.

Palavras-chave: *cólera, percepções sociais, risco e factores de risco.*

Summary

This monograph aims to understand the relationship between perceptions formed about cholera and the determination of risk factors. This objective arises because the idea that the individuals' perceptions construct about cholera influence the determination of risk factors, as the vision they have of the disease results from their life experiences and other experiences that go with the epidemic throughout their lives.

Thus, for the analysis of the results collected in the field, we use the phenomenological constructivist theory of Berger and Luckmann. We stick to this approach because of this theory basing on the principle that the knowledge that individuals form about the social reality is a result of a social construction where thought and social context emerge as important elements in this process.

In order to understand the construction of perceptions around cholera and the determination of risk factors, we rely primarily on the qualitative methodology, by the fact of constituting a relevance to the beliefs, ideas, and feelings of individuals in the interpretation of social reality.

According to the data analysis, we can conclude that the way how the society typifies cholera, makes individuals to ascribe the occurrence of the disease to external factors. This attribution arises from the experiences and beliefs formed around cholera, leading to non-acceptance by individuals from individual risk factors that are made by specialists or doctors as relevant to the occurrence of the disease. Thus, depending on the negligence of the individual factors, the occurrence of cholera is perceived as a natural phenomenon that emerged from the conditions imposed by the society and it can affect all individuals since they are not able to protect themselves.

Keywords: *cholera, social perceptions, risk and risk factors.*

Índice

Introdução.....	3
Capítulo I: Cólera em Moçambique.....	6
Capítulo II: Problemática.....	13
2.1 Hipótese.....	17
2.2 Justificativa e Relevância.....	17
2.3 Objectivos.....	19
Capítulo III: Enquadramento teórico e conceptual.....	21
3.1 Quadro teórico: abordagem fenomenológica construtivista.....	21
3.2 Quadro conceptual.....	25
3.2.1 Cólera.....	25
3.2.2 Percepção Social.....	26
3.2.3 Risco.....	27
3.2.4 Factores de risco.....	30
Capítulo IV: Metodologia.....	32
4.1 Método.....	32
4.2 Técnicas.....	33
4.3 Área de estudo.....	34
4.4 Amostra.....	35
Capítulo V: Apresentação e discussão dos resultados.....	37
5.1 Características sociais do bairro.....	37
5.2 Perfil social dos entrevistados.....	39

**A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana
Caniço “A”**

5.3	Percepções sociais dos indivíduos em relação a cólera.....	40
5.3.1	Tipificações da cólera.....	41
5.3.2	Cólera como resultado da incapacidade do Estado.....	42
5.3.3	Cólera como doença da Pobreza.....	44
5.3.4	Cólera como doença comportamental.....	46
5.3.5	Cólera como doença da cidade.....	49
5.3.6	Cólera como doença das crianças.....	50
5.3.7	Cólera como doença causada por Fertilizantes.....	51
5.4	Experiências e vivências com a cólera.....	54
5.5	Factores de risco no contexto da cólera.....	59
5.8	Estratégias de prevenção a cólera.....	68
	Conclusão.....	73
	Referências bibliográficas.....	75
	Anexos.....	79

INTRODUÇÃO

A ocorrência de doenças epidemiológicas não é um fenómeno novo, já desde muito tempo verifica-se a ocorrência de epidemias que assolam nações durante um longo período. Dentre essas epidemias destacam-se pestes, varíola, tifo, malária, SIDA, tuberculose, cólera, etc., que devido as suas características, em pouco tempo propagaram-se a nível regional, continental e mundial (Rathum, 2002)

Devido a particularidade e o impacto que causa na vida dos indivíduos, a cólera é uma doença que se tornou alvo de estudos não só da medicina como também das ciências sociais. Com estes estudos buscava-se compreender os factores que estão por detrás da propagação da doença e a forma como os indivíduos interpretavam estes fenómenos em suas vidas (Witter, 2007).

É dentro deste interesse que se circunscreve o presente trabalho, intitulado “A construção social do risco: um estudo de caso da epidemia da cólera no bairro da Polana Caniço A”, que visa compreender a relação existente entre percepções construídas em torno da cólera e a determinação dos factores de risco pelos moradores do referido bairro.

A partir deste tema, trazemos uma abordagem sociológica no estudo do comportamento social dos indivíduos em relação a cólera. Ao debruçarmos nesta vertente, optamos por uma perspectiva micro social, focalizando a forma como os indivíduos percebem, vivenciam e explicam a ocorrência da enfermidade dentro do seu grupo social. Esta ideia de trazer a forma como os actores sociais percebem a doença, tem a finalidade de compreender em que medida ela influencia na maneira como estes determinam os factores que são atribuídos como causadores da doença.

Fazer a análise do comportamento dos indivíduos em sociologia, passa pela compreensão do Homem como agente de acção e transformação social ligado a família, no sentido mais restrito e por sua vez inserido num contexto social que influencia a sua conduta, na vertente mais ampla. Neste sentido, o indivíduo fazendo parte dum espaço social tem comportamentos que são condicionados, por um lado, por uma série de situações sociais, económicas e culturais que são

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

produto da sociedade na qual ele está inserido. Por outro, pela própria personalidade que se desenvolve num processo dinâmico e interactivo de inculcação de regras e valores que podem estar em consonância como também em conflito com o ambiente social que o rodeia (Schwalbach, 1998).

Percebendo o Homem como produto e agente de transformação social, analisamos como este lida com o problema da cólera no seu quotidiano. Como forma de sustentar melhor os nossos argumentos em torno deste assunto, recorremos a abordagem social construtivista de Berger e Luckmann (2004), para a análise dos dados recolhidos no campo. Desta teoria ressaltamos os conceitos como estoque de conhecimento, experiências de vida, atitude natural e percepção social como importantes para a leitura da informação obtida durante as entrevistas.

Sendo a cólera, uma doença que está ligada não só as condições ecológicas, sócio-económicas mas também ao comportamento dos indivíduos em termos de higiene individual e colectiva, no presente trabalho abordamos a questão da construção social do risco pelos moradores do bairro Polana Caniço “A”.

Em termos de estrutura, a presente monografia contém cinco capítulos que arrolam todas as componentes do referido trabalho. Desse modo, no primeiro capítulo trazemos uma breve contextualização da situação da cólera em Moçambique, destacando o problema da cólera na cidade de Maputo, e no caso específico no bairro Polana Caniço “A”. Junto desta descrição apresentamos alguns dados que mostram o quadro epidemiológico da cólera a nível dos bairros da cidade capital.

No segundo capítulo, apresentamos a inquietação que nos incitou a realização da presente pesquisa, os motivos que nos levaram a optar pela construção social do risco em relação a cólera e os objectivos da monografia, no capítulo que compreende a problemática, a justificativa e os objectivos, respectivamente.

O terceiro capítulo encarrega-se do enquadramento teórico e conceptual, onde será apresentado os princípios básicos da abordagem fenomenológica construtivista e os conceitos que serão operacionalizados no decorrer da pesquisa.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

O quarto capítulo está reservado a apresentação da metodologia. Neste capítulo destacamos métodos e os instrumentos que nos ajudaram na recolha dos dados para análise, tendo como referência o bairro Polana Caniço “A”.

A apresentação e a análise dos dados serão efectuadas no quinto capítulo, onde faremos também referência ao perfil dos entrevistados e as condições sanitárias das suas residências. Esta parte do trabalho será composta de subcapítulos que estão relacionados com as percepções dos entrevistados; as experiências de vida; a vulnerabilidade; os factores de risco e estratégias recorridas para prevenção da cólera.

Como forma de finalizar a monografia, será apresentada a conclusão tomando como referência a pergunta de partida, a hipótese e os objectivos que nortearam a pesquisa.

CAPÍTULO I: CÓLERA EM MOÇAMBIQUE

No presente capítulo apresentamos uma breve contextualização da cólera em Moçambique, onde abordamos a origem e os factores que contribuem para a propagação da cólera, os locais mais propensos e as causas da ocorrência da epidemia. Nesta explanação tomaremos como foco principal a situação da cólera na cidade de Maputo, em particular o cenário da epidemia na Polana Caniço “A”.

Dizer primeiro que a existência da cólera remota da antiguidade, conforme as descrições dos quadros compatíveis com a doença nos escritos de pensadores como Susrata, Galeno, Hipócrates e Wang-shooho que buscavam descrever a cólera no universo das epidemias que mais fustigavam naquela época (Gonçalves e Hofer, 2005). Entretanto, o reconhecimento da doença permanecia restrito ao oriente, sobretudo ao subcontinente indiano, até ao final do século XV, quando exploradores portugueses passaram a relatar as suas viagens comerciais à Índia. Segundo Filhos (2008), a partir dos festivais tradicionais Hindus realizados no delta dos rios Ganges e Brahmaputra, região conhecida como “Berço da cólera”, a enfermidade propagou-se por toda a Índia e se estima que tenha provocado cem mil mortes.

Contudo, foi só na era moderna da doença, concretamente em 1800, que se registaram as primeiras pandemias, na altura em que a cólera foi transportada pela primeira vez para regiões fora do continente asiático, durante a ocupação da Índia pela Inglaterra em 1817 (*Idem*). A disseminação da cólera para outras partes do mundo se relaciona, historicamente, à prática do comércio marítimo que permitia o tráfego de embarcações em áreas endémicas e intensos movimentos migratórios (Gonçalves e Hofer, 2005).

Assim, a patologia estendeu-se pela Rússia e Europa do Este, e no ano 1827 afectou pela primeira vez a Europa Ocidental (Filhos, 2008). Desde lá até aos nossos dias, totalizam-se sete

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

pandemias¹ que se têm estendido por todo mundo, convertendo-se assim na primeira enfermidade infecciosa “globalizada” (Lafuente et al., 2006).

No contexto africano, as maiores epidemias de cólera registadas, foram favorecidas por factores ambientais como chuva, cheias e ciclones que ocorreram no Congo, Kenya, Uganda, Tanzânia e Moçambique. Apesar desta constatação, em certas regiões de África, os surtos de cólera ocorreram na estação seca ou depois de muita chuva. Esta situação aconteceu devido a deterioração progressiva das condições de saneamento do meio, a prática de fecalismo a céu aberto, a escassez de latrinas e a não utilização correcta das existentes, associada à existência de tabus relativos a sua utilização. Ainda que esta situação ocorra, é na estação quente e chuvosa que o número de casos geralmente aumenta (Matos, 2006).

Em Moçambique, a primeira epidemia de cólera surgiu em 1859. As regiões mais afectadas foram as Ilhas do Ibo e a zona circunvizinha a Ilha de Moçambique. Como consequência desta epidemia, foram registados cerca de 2.541 casos de óbitos (Aragón et al. 1994).

Na altura em que ocorreu a primeira e a segunda epidemia de cólera (1870²), o regime colonial português em Moçambique ainda era muito forte. Uma das situações que demonstra a actuação deste regime são as políticas e acções desenvolvidas para o controlo e combate das doenças. Rita-Ferreira (1967-1968) mostra que o problema não só da cólera mas de outras doenças ligadas ao saneamento do meio, eram muito mais complicadas para os bairros suburbanos devido as políticas públicas adoptadas pelo regime colonial, a falta dum sistema de saneamento do meio e baixa renda das pessoas que residiam nestes bairros.

Com objectivo de reverter esta situação e erradicar as doenças, o governo colonial desencadeava várias campanhas dentro destes bairros como forma de consciencializar a

¹Segundo Matos et al (2006)., desde que a cólera surgiu até aos nossos dias totalizam sete pandemias: 1° Pandemia (1816-1826); 2° Pandemia (1829-1851); 3° Pandemia (1852-1860); 4° Pandemia (1863-1875); 5° Pandemia (1881-1896); 6° Pandemia (1899-1923) e 7° Pandemia (1961...).

² A epidemia começou nos inícios de 1870 no norte do País e durou até mês de Março de 1871, as regiões mais afectadas foram Cabo Delgado, Ilha de Moçambique, Angoche e Sena (Aragón et al.,1994)

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

população. Porém em muitos casos as brigadas que estavam encarregues desta missão faziam o uso da coerção, força e violência para obrigar a população a cumprir as normas de higiene individual e colectiva. Segundo a Rita-ferreira (1967-1968) um dos exemplos desta situação foram as brigadas de erradicação das doenças que percorriam os bairros suburbanos da cidade de Lourenço Marques (actual Maputo).

Apesar de haver uma redução de número de casos em comparação com os dois períodos anteriores, a terceira epidemia eclode dois anos antes da independência, (1973) com 723 casos notificados e 90 óbitos, e a cidade de Lourenço Marques aparece como a mais afectada pela cólera em comparação com outras cidades (Matos, 2006).

Nos períodos epidemiológicos seguintes, segundo Aragón et al. (1994), houve um incremento de casos notificados de 371 em 1989 a 31.731 em 1992. Apesar de haver tendência ao aumento de número de casos registados, a taxa de letalidade teve um comportamnto decrescente. Contudo, o número de províncias e distritos afectados pela cólera aumentou também durante o mesmo período (1989-1992), com maior incidência nas capitais das províncias e nos distritos onde passam as principais vias de comunicação e verificam maiores aglomerados populacionais como centros de deslocados, refugiados e etc..

Este aumento do número cumulativo de portadores de cólera em Moçambique deveu-se ao crescimento populacional urbano descontrolado, provocado pela guerra; redução das qualidades das condições higiénicas-sanitárias dos centros urbanos; comercialização de produtos alimentares sem o devido controlo, chuvas e a seca. Estes factores conjugados fizeram com que a cólera um tivesse um padrão endémico/epidémico (Aragón et al.,1994)

Enriquecendo esta análise no que diz respeito a este período, Gujral e Manjate (2009) avançam que apesar de haver manutenção do padrão epidemiológico da cólera, houve também mudanças no comportamento da epidemia no que diz respeito ao período de ocorrência. Mudança esta que consistiu na alternância dos meses em que se registaram maior número de casos, uma vez que a cólera passa a atingir igualmente a zona rural, devido a escassez de água (final da época seca e fria), fecalismo a céu aberto, construção de latrinas nas proximidades das

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

precárias fontes de água. Estes factores conjugados contribuíram para o aumento de risco e debilidade dos Serviços Nacionais de Saúde, causando assim maior propagação da doença.

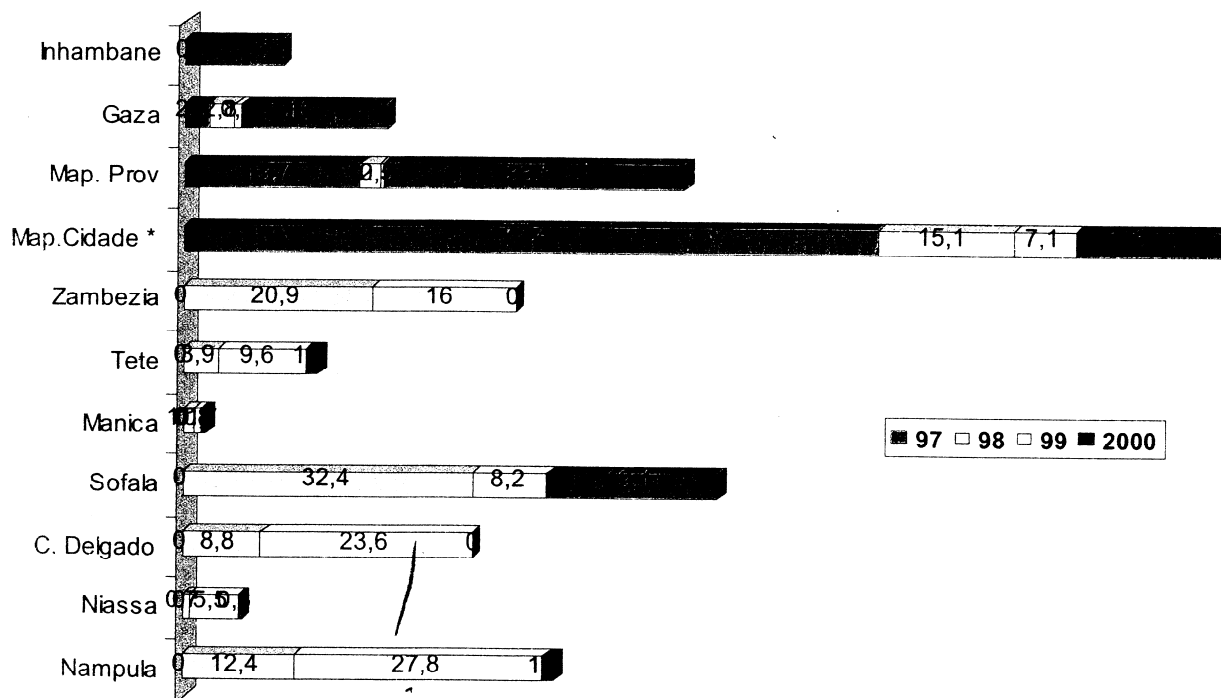
Com os argumentos levantados na pesquisa, Aragón et al. (1994) assumem que a cólera não é apenas um produto de transmissão de um agente etiológico que infecta os indivíduos, ela é uma doença ligada ao subdesenvolvimento, é produto duma situação grave de pobreza na medida que tem a ver com a inexistência de condições sócio-económicas básicas como fornecimento de serviços de saúde a população, sistema de drenagem de águas residuais e pluviais, fornecimento de água potável a população, recolha de resíduos sólidos, ordenamento dos espaços que garantam o bem-estar da população. Assim sendo, a responsabilidade não é só do sector da saúde mas sim do governo e das políticas internacionais que visem o desenvolvimento do país.

Dentro dos períodos epidémicos que foram surgindo posteriormente, nomeadamente 1997-98, 1998-99, 1999-2000, Gujral e Manjate (2009) destacam o período epidémico de 1997 a 1998 como sendo o que teve o maior número de casos na década 90. Este período com início em Setembro de 1997 (23.000 casos), a epidemia evoluiu progressivamente, atingindo o pico em Dezembro (50.000 casos). Os outros períodos seguintes passaram a apresentar um comportamento irregular.

O grafico a seguir mostra a distribuição dos casos de cólera por província nestes períodos epidemiológicos.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

GRÁFICO 1: Proporção de casos de cólera por província, 1997-2000



Fonte: Manual de prevenção da cólera e doenças agudas (Gujral e Manjate, 2009)

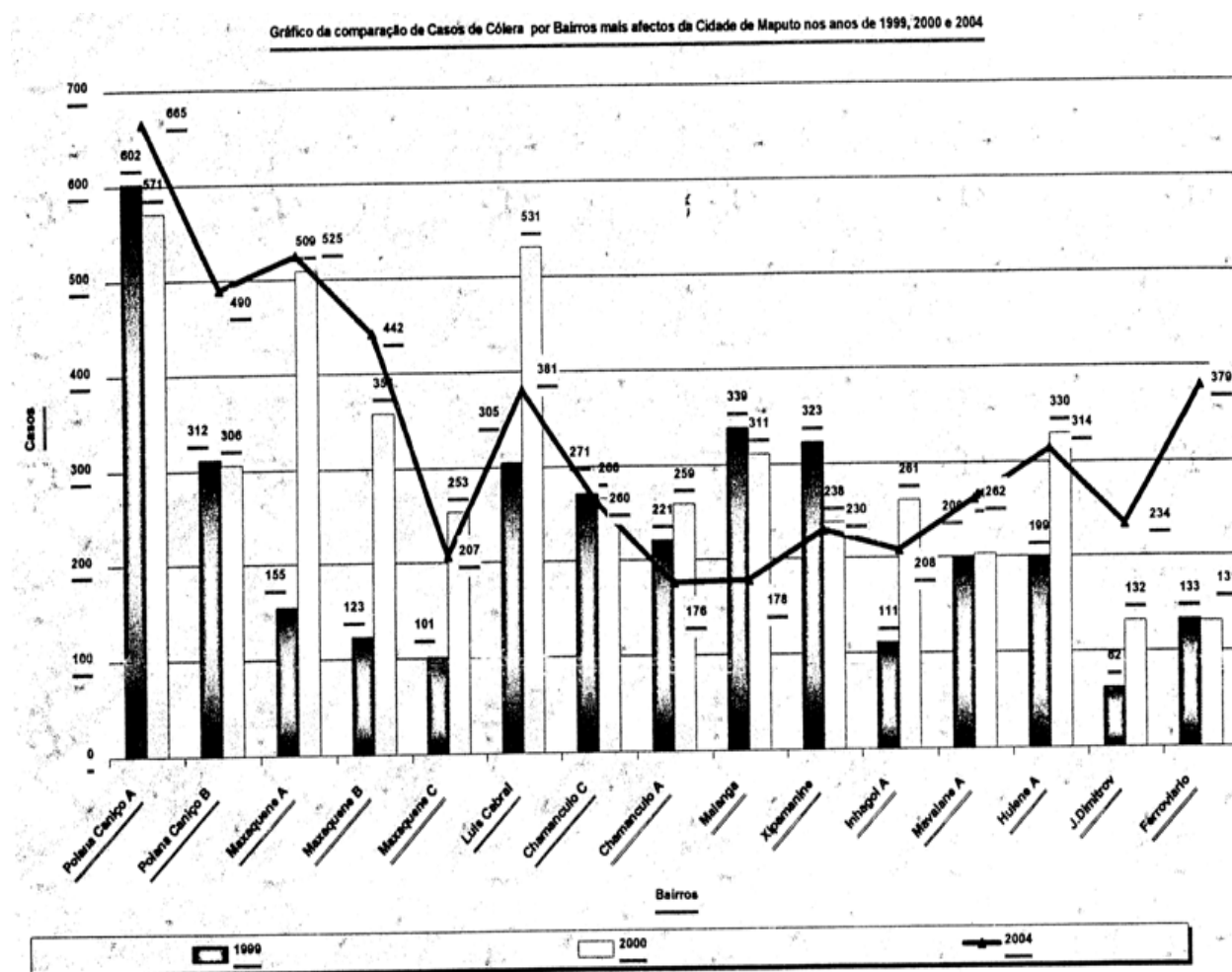
Segundo Gujral e Manjate (2009), Maputo cidade foi a região que registou o maior número de casos de cólera em 1997 com 77,4 % dos casos a nível do país, no ano 1998 foi a cidade da Sofala com 32,4%, em 1999 a província de Nampula com 27,8% e por fim em 2000 foi Maputo província com 33,6%. Deste gráfico podemos perceber que as províncias onde estão localizadas as principais cidades de Moçambique são as que registaram os maiores casos de cólera a nível nacional. Factores como existencia de grandes aglomerados populacionais, ocupação desordenadas dos espaços, deficientes condições de saneamento do meio, degradação progressiva dos esgotos, maus habitos de higiene e baixo nível económico da população são apontados como os responsáveis por esta situação.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Segundo Gujral e Manjate (2009), a fase que vai de 2000 a 2007 houve quatro períodos epidémicos (2000-03, 2003-05, 2005-07), onde as províncias Maputo, Nampula, Zambézia e Sofala voltam a constituir o grupo de províncias que registaram o maior números de casos.

No que diz respeito a cidade do Maputo, verificamos também que a distribuição da cólera não é homogénea, ela varia em função dos bairros, como mostra-nos o gráfico seguinte.

GRÁFICO 2: Comparação de casos de cólera por bairros mais afectados da cidade de Maputo nos anos 1999, 2000 e 2004.



Fonte: Direcção de Saúde Pública da Cidade de Maputo

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

O bairro Polana Caniço “A”, Maxaquene “A” e Luis Cabra são os bairros que registaram os maiores casos de cólera neste período. Os bairros suburbanos são apontados como os que registam mais casos devido a carência de infra-estruturas de saneamento, baixo nível económico da população, inadequada gestão dos resíduos sólidos, movimentos populacionais desordenados, acumulação dos resíduos sólidos nas vias públicas e em locais de maior aglomeração populacional, como mercados (Gujral e Manjate, 2009).

Contudo, Polana Caniço “A” aparece como o mais afectado pela enfermidade nos anos 1999 com 602 casos, 2000 com 571 casos e por fim 2004 com 665 casos. Em relação a este bairro, apesar do número de casos de cólera registarem um decréscimo no ano 2000, em comparação com 1999, houve um aumento significativo de 94 casos em 2004.

CAPÍTULO II: PROBLEMA DE PESQUISA

A ocorrência das epidemias na história tem chamado a atenção dos cientistas sociais devido a dois aspectos, a sua capacidade de relevar que as alterações biológicas não estão, de forma alguma, desvinculadas das alterações demográficas e sociais. Segundo, pelo seu papel como instrumento importante de análise a ser usado para compreender as sociedades tanto do passado quanto do presente. De acordo com esta linha pensamento, o papel desestabilizador das epidemias seria assim, revelador de factos e elementos cruciais para compreender as sociedades que enfrentavam este tipo de problema (Witter, 2007).

Buscando a analisar a influência das alterações sociais e demográficas nas alterações biológicas o artigo publicado na Revista de Saúde Pública do Brasil³ (2000) mostra que a cólera é uma patologia que está relacionada com as condições sociais dos indivíduos. Especificamente, as condições sanitárias intra-domiciliares (acesso a água) e a precariedade de esgotos que exercem um grande peso na capacidade do vibrião colérico implantar-se e disseminar-se numa comunidade.

Realça também que os factores que operam no mundo de um determinado risco não são necessariamente os mesmos em todos os grupos da população. Assim, é importante reconhecer a existência dos grupos mais vulneráveis de modo a seleccionar as intervenções sociais e sanitárias apropriadas para diminuir ou eliminar factores específicos de risco (*Idem*).

Apesar destes estudos serem relevantes para o estudo do impacto da cólera na vida dos indivíduos, Beltrão (2007) parte de princípio que o impacto social da cólera não pode ser avaliado apenas pelo número de mortes ou pelo grupo de indivíduos afectados e ameaçados pela epidemia. Incluir o olhar dos protagonistas do evento, a forma como os indivíduos interpretam a ocorrência e o adoecimento devido a cólera constitui também uma componente importante para o estudo do impacto social da cólera nos indivíduos. Em termos desta temática, Beltrão (2007)

³Artigo publicado pela Fundação Nacional de Saúde do Brasil, Ministério da Saúde e pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

mostra na sua pesquisa, “*Memórias de cólera no Pará (1855-1991): tragédias que se repetem?*”, que as representações sociais em torno da cólera, dos acometidos pela cólera e a manifestação da cólera nos indivíduos determinava de forma significativa no comportamento destes perante a enfermidade.

Percebendo o corpo como fruto da representação social e que nesta representação está contido o controlo dos humanos sobre o seu corpo, Beltrão (2007) argumenta que a situação dos acometidos pela cólera era considerada animalesca, devido a falta de controlo do corpo, que não poucas vezes era associado ao comportamento animal. Este comportamento dos adoentados provocava medo no seio dos indivíduos não infectados.

Verificou-se ainda no mesmo período, agressões aos coléricos (“caça as bruxas”), visto que estes eram acusados de propagar a doença. Após receberem alta, os enfermos encontravam um ambiente hostil na vizinhança, sofriam discriminação, preconceitos e eram isolados socialmente devido a crença da possibilidade de contaminarem parentes e vizinhos. Associada ao medo provocado pela doença, a divulgação dos casos e das formas de prevenção causava intranquilidade. Os moradores informavam ter redobrado os cuidados, mas o registo de casos na rua onde residiam, constituía uma ameaça a todos (*Idem*).

Além desta culpabilização aos doentes e o medo que surgia em volta dos indivíduos, o tratamento da cólera, em comparação com epidemias anteriores da mesma doença, gerava desconfiança no seio da população. A rapidez de tratamento inquietava os doentes e os seus parentes: ficar de pé em 24 horas, ou curar rápido, soava falso. A eficácia do tratamento gerava também suspeita (Beltrão, 2007).

Com base neste estudo de Beltrão concluímos que as crenças, visões e interpretações dos indivíduos constituem componentes importantes para compreender as explicações e o comportamento dos indivíduos em relação a cólera. Estas percepções não surgem no vazio, resultam das experiências e vivências que as pessoas vão tendo com a enfermidade no decorrer do tempo.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Os argumentos acima expostos mostram-nos que a cólera não é um problema que se restringe especificamente a biomedicina, outras dimensões revelam-se importantes para a pesquisa. Neste caso particular, estudar determinantes sociais e as representações sociais torna-se importante uma vez que mostram-nos factores de ordem social e económica que favorecem a propagação da cólera numa determinada região.

Uma das pesquisas que também aborda conflitos e crenças sociais surgidos em volta da cólera é a pesquisa de Serra (2002) intitulada, *Cólera e catarse*. Serra (2002), faz análise da causa dos conflitos sociais surgidos em torno da cólera na Província de Nampula. Na óptica do autor os conflitos sociais resultavam das crenças que os populares formavam em torno da enfermidade. Para a população a cólera estava a ser introduzida pelo governo através do cloro, distribuído gratuitamente, com objectivo de matar o povo de Nampula. Como resultado desta crença houve levantes e confrontos com a polícia e com os funcionários das ONGs.

A crença de que a cólera é objectivamente introduzida pelo Estado através do cloro para matar populações não é irracional. Segundo Serra (2002) conta uma história falsa para sublinhar um problema verdadeiro, como afirma:

A crença possui a racionalidade e a força simbólica de uma inferência causal lógica que, por um lado, está enraizado no campo plural de privações e, por outro, é reacção resultante da ausência de diálogo com os funcionários administrativos, ausência de diálogo que tem na carência das campanhas de esclarecimento e prevenção das epidemias um exemplo paradigmático (Serra, 2002).

O que as pessoas criticam e acusam não é o Estado em si, mas o Estado que não as ouve, não as ajuda e com elas não dialoga. Um Estado estrangeiro ao contacto permanente com as comunidades, incapaz de saber trocar exigências de lealdade política por redistribuição de dividendos (servir os desejos das comunidades no que concerne as suas exigências fundamentais), por isso eles desconfiam profundamente dele.

O estudo de Serra mostra-nos que as crenças dos indivíduos em relação a uma determinada realidade social não são ideias vagas ou irracionais. Neste caso específico, a crença de que a cólera está a ser introduzida pelo governo para matar o povo de Nampula apresenta uma

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

determinada lógica e significado que fazem com que cólera seja reproduzida socialmente como um determinado problema social para os indivíduos daquele contexto.

Em função do comportamento diante da cólera, Langa (2009), na pesquisa sobre o comportamento social dos moradores do bairro de Maxaquene “A” diante de casos de cólera entre 1999-2007, defende que existe uma relação entre o comportamento dos indivíduos, o meio ambiente físico/social, e a ocorrência de casos de cólera.

Ele argumenta que a cólera não é percebida como fruto do comportamento individual, os indivíduos atribuem a ocorrência da cólera ao comportamento dos outros. Por outras palavras, a causa da cólera é sempre externa, atribuída ao outro, à sujidade que estes produzem por não acatarem as normas de higiene difundidas pelas campanhas de saúde. Assim sendo, cólera surge como uma doença estigmatizada pelos indivíduos, associada a falta de higiene e às mãos sujas (*Idem*).

Falar da cólera como doença associada a falta de higiene, ao lixo, a sujidade e as mãos suja remete-nos aos factores de risco da patologia. Na óptica de Taviani et al. (2006), nos factores de risco para a disseminação da cólera temos: pobreza, grandes aglomerações populacionais (campos de refugiados, festas, funerais, mercados e feiras), condições deficientes de saneamento e falta de água tratada. Além destes factores que têm uma vertente muito mais ampla, os autores acrescentam aspectos que têm a ver com a conduta individual como às más condições de conservação da água para o consumo; dos alimentos que são consumidos crus principalmente vegetais; falta de higiene pessoal e colectiva; condições impróprias de habitação e baixo nível de educação como sendo fundamentais para definição das situações de risco.

Embora seja relevante destacar-se a importância dos factores de risco para a propagação da doença, Gujral e Manjate (2009) avançam que é preciso tomar-se em conta a forma como os indivíduos percebem estes riscos, uma vez que a propagação da cólera acontece por vezes porque as pessoas têm uma fraca percepção de risco no que diz respeito a esta patologia.

Ao trazer esta questão torna-se relevante perceber como é que os indivíduos comuns percebem a cólera e em que bases fundamentam-se as suas explicações. E a partir desta ideia

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

torna-se pertinente perceber em que medida estas percepções construídas influenciam na forma como os indivíduos determinam os factores de risco. Assim, questionamos: *Em que medida as percepções que os indivíduos constroem sobre a cólera influenciam na determinação dos factores de risco em relação a doença?*

2.1 Hipótese

Como forma de responder a nossa inquietação de pesquisa assumimos previamente que as percepções que os indivíduos constroem sobre a cólera influenciam na determinação dos factores de risco, pois a visão que eles têm sobre a doença resulta das vivências e experiências que vão tendo com a epidemia ao longo das suas vidas.

2.2 Justificativa e Relevância

Compreender as percepções formadas em torno da cólera e a determinação dos factores de risco assumidos pelos indivíduos coloca-nos num “confronto” entre o discurso biomédico, produtor de uma ideia generalizada e dominante de risco, e o contra-discurso da população que re-categoriza essa noção dominante a partir de seus próprios critérios.

A forma como a biomedicina avança as questões ligadas aos factores de risco, tem como referência uma concepção objectiva do risco. A construção social do risco apresenta-se ao debate sociológico, como uma vertente que problematiza a visão dominante do risco decorrente do objectivismo. A questão que se coloca como fio condutor deste investimento é que o risco não pode ser tratado a partir de uma visão técnica absoluta e objectiva, é preciso ter em conta a construção social do risco por grupos sociais diferenciados (Vargas, 2006). Como avança Peres (2002) citado por Vargas (2006).

As análises técnicas de risco tendem a subestimar (ou ignorar) a dimensão social, a qual, inevitavelmente, constitui-se num dos determinantes das atitudes/respostas de um indivíduo ou grupo populacional frente: aos perigos a que estão expostos (Peres, 2002, p. 136).

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Corroboramos com Vargas (2006), ao afirmar que ultrapassando a dimensão técnico-científica, a abordagem sociológica buscará evidenciar os contrapontos existentes entre a percepção dos técnicos e leigos, estando embutida nessa busca a ideia de que as pessoas têm percepções diferentes de um mesmo perigo a que estão expostas, e que os saberes se diferem, em sua origem e construção, entre o conhecimento técnico e o leigo. Como refere Peres (2002), citado por Vargas volta a realçar (2006):

(...) Os riscos (...), mais do que entidades físicas que existem independentemente dos seres humanos e vivências, são processos de construção social. (...) os estudos sobre a percepção de risco (...) são baseadas nas crenças, visões, sensações e interpretações da população/grupo populacional/indivíduo relacionado com o risco (PERES, 2002, p.136).

Como forma de preencher o vazio deixado pela abordagem objectiva do risco, a sociologia traz a abordagem social construtivista como sendo importante para a análise do risco. A abordagem construtivista estaria interessada em compreender como é que os indivíduos percebem e constroem o risco no seu quotidiano. Construído socialmente, o risco seria produto de diferentes percepções que integram visões de mundo, culturas e estruturas de sociabilidade específicas a determinados grupos sociais.

Assim, reconhecemos que é importante perceber que a análise das percepções formadas em torno do risco de cólera pelos actores sociais, vai além dos estudos da biomedicina e requerem um olhar a dimensão social, a acção dos indivíduos no quotidiano. Trazer esta abordagem para análise, implica ter em conta as percepções que os moradores da Polana Caniço “A” têm sobre a cólera, e de que forma estas ideias contribuem para explicar a ocorrência da doença na vida dos indivíduos.

É dentro deste enfoque no indivíduo que a abordagem sociológica construtivista do risco partirá do pressuposto de que “a base para a percepção do risco é a experiência social, e não o risco e a tecnologia livres dos contextos (Peres, 2002 Apund Vargas, 2006). O risco é vivenciado no interior de cenários onde:

As falas, silêncios, expressões e segredos são objectos de um conhecimento colectivamente elaborado em contextos sociais específicos e complexos, que formariam unidades pertinentes na compreensão de como se articulam os comportamentos individuais e a construção colectiva da percepção do risco (Peres, 2002) .

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Reforçando esta ideia, Beltrão (2004), parte do princípio que a maneira de perceber, pensar e representar a cólera conduz o pesquisador a outras dimensões, não necessariamente expressas pelo contexto epidemiológico da doença. Fazer esta análise passa pelo processo de incluir o olhar dos protagonistas do evento. Esta ideia permite obter um conhecimento que vai além da enfermidade, possibilitando assim desvendar a construção cultural sobre a doença e a morte por cólera. Esta ideia de incluir o olhar dos protagonistas, passa pela compreensão de que:

O colérico não/é, apenas alguém acometido ou morto pela cólera, mas alguém que nasceu, viveu/vive e morre numa determinada sociedade (...) não se pode fazer uma análise da doença sem ter em conta as percepções que são formadas em torno dela, o olhar dos enfermos e a sociedade em que estes estão inseridos (Beltrão, 2004).

A apreensão da maneira pela qual os protagonistas da epidemia de cólera percebem sua experiência com a enfermidade demonstra concepções diversas, até mesmo divergentes, sobre a doença. Os saberes e práticas postos em jogo, tanto no nível de interpretação da origem da doença, como da resposta terapêutica proposta ou considerada pelos profissionais de saúde, divergem de acordo com a posição adoptada pelos enfermos. (Beltrão, 2004).

É a partir do olhar das pessoas e a forma como as situações de risco são vivenciados no dia-a-dia pelos indivíduos afectados pela cólera, que devemos recorrer para compreender como é que são determinados os factores de risco por parte membros da sociedade.

Pelas razões acima indicadas, este trabalho constitui uma vertente sociológica através da qual podemos entender mais uma dimensão social da patologia tomando como ponto de partida as percepções e interpretações que os indivíduos atribuem a cólera face a sua experiência de vida e convivência com a enfermidade no seu meio social.

2.3 – Objectivos

2.3.1 Objectivo geral

- Compreender a relação existente entre as percepções formadas em torno da cólera e a determinação dos factores de risco pelos moradores do bairro Polana Caniço “A”.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

2.3.2 Objectivos específicos

- Identificar as percepções dos indivíduos em relação a cólera;
- Apresentar as experiências vividas no contexto da cólera;
- Identificar os factores que determinam a situação de risco na óptica dos moradores da Polana Caniço “A”;
- Descrever as estratégias de prevenção a cólera adoptada pelo moradores do bairro.

CAPÍTULO III: ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Este capítulo propõe-se a construir o quadro teórico e conceptual que irá orientar a leitura dos dados empíricos. Segundo Macamo (2004), sempre que olhamos para o social, devemos fazê-lo a partir dum quadro teórico, através do qual apreendemos a realidade social. Percebendo a teoria como um conjunto de sistematizado de conceitos e de relações entre os conceitos de carácter substantivo que dizem respeito ao real, é a partir dela que conduzimos a nossa investigação e fazemos a análise das percepções dos indivíduos em torno da cólera.

3.1 Quadro teórico: abordagem fenomenológica construtivista

Para perceber a temática e problemática que norteiam o presente trabalho optamos pela abordagem fenomenológica construtivista de Berger e Luckmann (2004). Inspirados na “fenomenologia social” de Schutz, a preocupação principal destes teóricos está na forma como os indivíduos constroem a realidade social.

A abordagem concebe a realidade como conjunto de fenómenos que acontecem no mundo independente da vontade do indivíduo. Contudo, o conhecimento ou o saber que os indivíduos formam em torno da realidade é baseado na interpretação que fazem dela, que garante a certeza de que os fenómenos são reais e possuem características específicas (Berger e Luckmann, 2004).

A realidade interpretada consiste na relação existente entre o pensamento e o contexto social no qual o indivíduo está inserido. Assim, o mundo da vida surge como um espaço social importante no qual os actores sociais estabelecem relações entre si e partilham os seus conhecimentos de forma a comungarem as mesmas crença e valores. Este mundo da vida quotidiana não é tido apenas como uma realidade garantida pelos membros vulgares da sociedade, é também um mundo com origem nos seus pensamentos e acções através dos quais a realidade se mantém. Por isso que apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjectivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente de ideias (*idem*, p. 32).

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

A realidade da vida quotidiana apresenta-se como um mundo intersubjectivo em que o indivíduo partilha com os outros membros da sociedade. Essa intersubjectividade diferencia a vida quotidiana de outras realidades, das quais ele tem consciência.

A partir destes pressupostos da teoria construtivista, procuramos perceber como é que a cólera surge como uma realidade sujeita a interpretação dos indivíduos, carregada de significados e crenças. Interpretações estas que fazem com que ela surja como um realidade social garantida e subjectivamente dotada de sentido para os indivíduos inseridos num determinado contexto social.

Compreender a cólera como uma realidade da vida quotidiana permite resgatar as percepções dos actores sociais a partir das quais compreendemos como é que ela torna-se uma realidade construída e reproduzida socialmente.

Para Berger e Luckmann (2004), a realidade social é uma realidade objectiva e igualmente uma realidade subjectiva. Estes dois modos de perceber a realidade social obedecem a 3 momentos dialécticos que decorrem na sociedade: a exteriorização, a objectivação e a interiorização.

Estes três momentos dialécticos da realidade social correspondem a uma determinada característica do mundo social, nomeadamente a sociedade como um produto humano, a sociedade como uma realidade objectiva e o homem como um produto social (Berger e Luckmann, 2004, p. 72).

A sociedade como uma realidade objectiva, para os autores, refere-se ao processo através do qual é criada uma realidade social. O indivíduo ao exteriorizar o seu próprio ser no mundo, passa a ser uma realidade objectiva que se impõe a ele mesmo. Esta mesma objectividade se interioriza nos indivíduos, de modo que passam a não questionar sobre a razão das mesmas, limitando-se a dizer que é assim que as coisas funcionam.

Nesta suspensão da dúvida em relação à objectividade do mundo, os indivíduos tomam uma atitude natural em relação a realidade (Schutz, 1979). Na atitude natural o indivíduo concebe o seu mundo como natural, como garantido e real em si mesmo, de modo que não

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

questiona sobre a existência do mesmo. Na atitude natural, quem percebe a acreditar que as coisas são como parecem ou, pelo menos, procede uma suspensão de qualquer dúvida acerca da realidade das coisas.

Na apreensão da realidade social como realidade objectiva, ao mesmo tempo que ela é exteriorizada ela é institucionalizada, ou seja, a tradução dos valores culturais, crenças, ideias tanto em normas como em papéis sociais passam a exercer um controlo directo sobre a interacção dos indivíduos dentro duma colectividade. A institucionalização ocorre sempre que há uma tipificação recíproca, por tipo de actores e de acções tornadas hábitos (Berger e Luckmann, 2004).

As percepções que os indivíduos formam em torno da cólera constitui o acervo de conhecimento que permite ao indivíduo explicar a cólera e interagir com os demais actores da sociedade. É em função desta influência das percepções no comportamento dos actores sociais que fazem com a cólera surja como uma realidade objectiva que se impõe ao próprio indivíduo.

A partir desta análise da doença podemos entender como é que determinados comportamentos são influenciados por certas concepções construídas, dando destaque a forma como os actores sociais interpretam e explicam a ocorrência da doença..

No que se refere a sociedade como uma realidade subjectiva, acontece quando o indivíduo interioriza o mundo social como realidade objectiva. A interiorização, o terceiro momento, é o processo pelo qual o mundo social objectivado é reintroduzido na consciência no decurso da socialização. Ela consiste na percepção, interpretação, questionamento, conclusão, argumento de uma situação que seja objectivada. Dessa interiorização forma-se o universo simbólico, a identidade subjectiva e acervo social do conhecimento (*Idem, p. 138*).

A realidade social como uma realidade subjectiva é entendida como produto da actividade humana. O conhecimento que os indivíduos têm sobre uma determinada realidade é entendido como algo subjectivo e carregado de significado (Berger e Luckmann, 2004).

Este conhecimento apreendido no decurso da socialização medeia a interiorização pela consciência individual das estruturas objectivadas do mundo social, programa os canais pelos

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

quais a exteriorização produz um mundo objectivo e objectiva esse mundo através da linguagem, ordenando em objectos que serão apreendidos como realidade. Este conhecimento é de novo interiorizado como verdade pelos indivíduos no decurso da socialização (*Idem, p. 140*).

Mas para que os processos de exteriorização, objectivação e interiorização sejam realizados é preciso que o mundo institucional seja legitimado, isto é, modos pelos quais deve ser explicado e justificado de forma que as normas e os valores sejam reproduzidos na sociedade.

A linguagem como um sistema de sinais vocais constitui um importante conjunto de significações linguísticas que permitem a fundamentação das legitimações e a manutenção das objectivações que acontecem na vida quotidiana. Ela tem como origem a realidade do senso comum, isto é, a realidade que o indivíduo experimenta conscientemente, que domina por motivos pragmáticos e que partilha com os outros de maneira que assume como evidente durante a interacção social. A partir da linguagem podemos perceber a realidade social porque é a partir dela que a vida quotidiana tem significado e é a partir dela que o indivíduo partilha as suas vivências com os seus semelhantes (*Idem, 108*).

A linguagem também proporciona ao indivíduo a contínua objectivação da sua experiência ao longo da vida. Ela tipifica as experiências, permitindo ao indivíduo agrupá-la em categorias amplas, em termos das quais fazem sentido não apenas para eles mas também para os seus semelhantes. A tipificação surge do conhecimento comum que leva a um conjunto homogéneo de significados como: noções, concepções e informações das várias áreas que os indivíduos interiorizam dos seus predecessores e das suas experiências. Ao mesmo tempo que tipifica também torna anónimas as experiências, pois as experiências tipificadas podem, em princípio ser repetidas por qualquer pessoa da referida sociedade. Assim, ela cristaliza a subjectividade do indivíduo, tornando-se real não só para si como também para os outros membros da sociedade (*Idem, p. 77*).

Apenas uma parte do total da experiência humana é retida na consciência. As experiências que ficam consolidam-se na memória como entidades reconhecíveis e capazes de serem recordadas. A sedimentação intersubjectiva das experiências ocorre quando vários indivíduos partilham uma biografia comum, cujas experiências se incorporam num património

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

comum de conhecimento. A sedimentação intersubjectiva toma o carácter social a partir do momento que ela objectivada num sistema de sinais o comportamento do indivíduo, isto é, quando surge a possibilidade de se repetir a objectivação das experiências partilhadas.

Segundo Schutz (1979), as experiências sedimentadas e situações vivenciadas constituem um estoque de conhecimento que permitem a interpretação do mundo social e um meio pelo qual o indivíduo pauta a sua acção. Assim sendo, para a abordagem fenomenológica construtivista o conhecimento e a realidade social são produtos não só do contexto social mas também das experiências intersubjectivas dos indivíduos.

A partir desta ideia, entendemos a cólera como uma realidade produzida socialmente em que as tipificações surgidas em volta da doença constituem uma componente importante para o questionamento e percepção da patologia por parte dos indivíduos. Para esta análise será necessário compreender as experiências vividas com a cólera e os conhecimentos partilhados dentro do universo social no qual o indivíduo está inserido, no que concerne a distinção da cólera de outras enfermidades e o que é padecer de cólera na óptica dos moradores da Polana Caniço “A”, como explicam a ocorrência da doença e quais são os factores que estes percebem como de risco para a ocorrência da enfermidade.

3.2 Quadro conceptual

3.2.1 Cólera

Pelo facto do trabalho fazer análise da relação existente entre as percepções dos indivíduos sobre a cólera e a determinação dos factores de risco, apresentamos o conceito que a biomedicina traz da cólera. Trazemos este conceito porque nos será útil perceber em que medida as percepções dos indivíduos aproximam-se ou distanciam-se da forma como a biomedicina conceptualiza a cólera e determina os factores de risco da doença.

Nesta área de conhecimento, a cólera é uma doença diarreica provocada por uma infecção intestinal aguda, causada por uma bactéria – vibrião colérico (*vibrio cholerae*) (Cliff, et al.2009). Ela afecta apenas os seres humanos, e a sua transmissão se dá através da ingestão da água

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

contaminada com fezes ou vômitos de doentes, assim como pelas fezes das pessoas portadoras do vibrião, mas que não apresentam sintomas (assintomáticos). Dá-se também pela ingestão de alimentos que entram em contacto com a água contaminada, por mãos contaminadas de doentes ou portadores e de quem manipula os produtos alimentares (Gujral e Manjate, 2009).

A cólera tem como principais vectores as moscas, baratas e ratos; sendo os principais sintomas da doença caracterizados por diarreia volumosa e aquosa; dores abdominais tipo cólica; náuseas e vômitos; hipotensão (perda do volume sanguíneo) e hipotermia (falta de água) (*Idem*).

Segundo Cliff et al (2009), a cólera é muito perigosa porque pode levar rapidamente a morte e se transmite facilmente entre as pessoas que vivem em condições precárias (falta de abastecimento de água potável, de higiene e de saneamento do lixo). Ela aparece geralmente em forma de epidemia, num curto espaço de tempo. Deve-se pensar na possibilidade de uma epidemia de cólera sempre que aparecer vários casos de diarreias que afectam pessoas da mesma família ou pessoas que vivem num mesmo local; em casos de diarreia com desidratação em adultos e quando há óbitos de diarreia em adultos.

Segundo Filhos (2008), a prevenção da cólera depende da higiene individual e colectiva. Em termos individuais é preciso manter higiene pessoal e lavar as mãos constantemente; cozinhar bem os alimentos e consumi-los imediatamente; armazenar cuidadosamente os alimentos cozidos; evitar o contacto entre os alimentos crus e cozidos; manter limpas todas as superfícies da cozinha e manter os alimentos fora do alcance dos insectos, roedores e outros animais. E em termos colectivos é importante garantir boa qualidade de água para o consumo humano; ter um sistema de esgoto sanitário adequado, se não tiver enterrar as fezes longe das fontes de água, poços e fontenárias; manter rigorosa a colecta de lixo; manter os recipientes tapados e afastados dos locais de abastecimento de água e evitar acúmulo de lixo.

3.2.2 Percepção social

Segundo Berger e Luckmann (2004) a percepção social é a interpretação subjectiva que os indivíduos fazem da realidade. Ela consiste na relação existente entre o pensamento e o contexto social no qual o indivíduo está inserido, onde os significados, os valores e as crenças

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

que os indivíduos atribuem a uma determinada realidade são elementos através dos quais podemos compreender como é que a realidade é percebida pelos actores comuns da sociedade.

Na percepção social, o cognitivo é visto como subjectivo e complexo de significado na que medida que é resultado da memória, do imaginário, da linguagem e da compreensão dos fenómenos interpretados, que levam a formação de um mundo coerente de ideias e dotado de sentido para o indivíduo (*Idem*).

A percepção social não é uma mera interpretação dos indivíduos sobre uma realidade por eles enfrentada no quotidiano, ela é influenciada pelo contexto social, pelas particularidades da personalidade do indivíduo, pelos desejos e sentimentos, pela sua atitude em relação ao objecto percebido, pelas suas necessidades, pelas crenças, valores, pelos interesses, pelas aspirações e pela experiência de vida que foram adquiridas ao longo do tempo (Berger e Luckmann, 2004).

Percebendo a cólera a partir das percepções sociais dos indivíduos, podemos compreender como é que ela surge como uma realidade interpretada pelos indivíduos, e até que ponto esta representação da doença influencia na determinação dos factores assumidos como de risco para a sua ocorrência, onde as crenças, as ideias, os significados e as concepções aparecem como relevantes para a compreensão destas percepções.

3.2.3 Risco

Risco é um termo polissémico, que diz respeito a reorientação das acções das pessoas com eventos futuros, numa espécie de "*domesticação ou controlo dos eventos vindouros*". Dentre a polissemia do risco, Braun (2008) destaca duas dimensões: a primeira refere-se àquilo que é possível ou provável acontecer, numa tentativa de apreender a regularidade dos fenómenos e a segunda, encontra-se na esfera dos valores e pressupõe a possibilidade de perda de algo importante.

Para Granjo (2004), é no espaço de domesticação do perigo que podemos encontrar o conceito risco. A tentativa da apropriação do conceito risco na vertente do perigo tem como objectivo de o calcular, de o tornar cognoscível o “acaso”, a sua variação e distribuição, e de

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

analisar os mecanismos de tomada de decisão em função da sua correspondência ou não a uma avaliação racional de possíveis perdas e ganhos.

Pelo facto de falarmos duma enfermidade, trazemos neste caso concreto a discussão em torno do risco de saúde como sendo um perigo potencial de ocorrer uma reacção adversa à saúde das pessoas expostas a ele (Goldim, 2001). Onde a saúde é percebida como um estado desejável que possibilita o desempenho normal das actividades quotidianas e a doença como algo que coloca em perigo a saúde dos indivíduos e o rompimento das actividades rotineiras, por isso que deve ser prevenida ou combatida.

A análise que os indivíduos fazem do risco, sob a perspectiva de possibilidade ou probabilidade de um evento desfavorável, visa a identificação de potenciais fontes de agravos à saúde e a adopção de medidas preventivas de segurança e de precaução. Sendo a cólera uma questão que envolve a relação entre saúde e doença, percebemos o risco de cólera como uma situação que pode levar a ocorrência da doença dependendo da óptica de quem vivencia ou avalia o perigo.

As perspectivas que analisam os contextos sociais e culturais em que risco é compreendido e negociado para Lupton (2005) são basicamente três: a sociedade de risco (Ulrich Beck), governamentalidade de risco (Michael Foucault) e perspectiva Cultural/simbólica de Mary Douglas. Apesar de haver uma diferença na forma como o conceito risco é abordado dentro destas perspectivas teóricas, elas vêem-no não só como uma noção carregada de subjectividades e significados, mas também como um conceito cultural e político pelo qual os indivíduos, grupos sociais e instituições são organizados, controlados e regulados.

Percebendo o risco como um conceito objectivo definido pelas instituições que influenciam de forma significativa na conduta dos indivíduos, é preciso compreender como é que ele torna-se uma construção social para os membros comuns da sociedade. Segundo Ewald (1991) citado por Lupton (2005), é preciso saber logo a partida que “nada é um risco em si mesmo, não há risco na realidade”, ou seja, qualquer coisa pode ser um risco, mas tudo depende de como se analisa o perigo, considerando-o como um evento. É preciso compreender a inserção das compreensões e percepções de risco. Mas essas compreensões e percepções em torno do

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

risco são frequentemente diferentes entre os actores sociais que estão localizados em diferentes contextos, e assim, trazem lógicas concorrentes em torno do conceito risco. Por isso é preciso compreender a inserção das compreensões e percepções de risco.

Na mesma linha de pensamento, Douglas e Wildasky (1982) partem de princípio que para compreendermos a construção das percepções dos indivíduos em torno do risco devemos ter em conta os factos e valores que influenciam na forma como os actores sociais definem saberes e práticas de risco. Estas percepções de risco diferem de acordo com os aspectos sócio-culturais dos indivíduos que incluem: idade, género, grupo social, ocupação, interesse, valores, consequências pessoais, os aspectos éticos e morais.

Como o risco tem esta particularidade, a percepção do risco é vista como resposta cultural e simbólica às diversas ameaças sofridas dentro dos grupos, da organização e da sociedade. Deste modo, as noções de risco são utilizadas para estabelecer e manter os limites conceituais entre o eu e o outro, com interesse particular na forma como o corpo humano é usado simbolicamente e metaforicamente nos discursos e práticas em torno do risco (*Idem*).

É a partir desta vertente cultural e simbólica que os indivíduos seleccionam e distinguem os riscos que eles próprios assumem correr voluntariamente e os riscos que lhes são impostos. Os riscos involuntários são os mais susceptíveis de serem alvo de rejeição por parte do público, em comparação aos riscos aceites voluntariamente. Mas quando alguém decide enfrentar qualquer tipo de risco (embora até um certo limite de tolerância e aceitabilidade), este facto, é visto como uma decisão pessoal, fruto da sua liberdade individual, e, normalmente, quem assume os seus próprios riscos não é alvo de condenação social. Contudo, as coisas tornam-se totalmente opostas quando os riscos são impostos por outras pessoas, grupos sociais ou instituição (Douglas e Wildasky, 1982).

Em torno desta vertente cultural e simbólica do risco avançada por Douglas e Wildasky (1982) percebemos como é que o risco em relação a cólera torna-se socialmente construído. Assim, procuramos analisar que valores e crenças determinam a percepção dos riscos que as pessoas têm em torno da cólera. Mas também, analisamos como é que os actores sociais no contexto da cólera fazem a distinção clara dos riscos que eles assumem correr voluntariamente e

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

os riscos que lhes são impostos, de que forma estes agem perante esta situação, como é que os indivíduos fazem avaliação dos custos e benefícios suportados na tomada de decisão sobre os riscos.

3.2.4 Factores de risco

O risco é um conceito que pode ser objectivado e delimitado em termos de possíveis causas, como também quantificado através de operações estatísticas, estabelecendo assim nexos, associações e correlações das dimensões do risco no real. É em torno desta questão da objectividade do risco, que são definidas características ou circunstâncias que estão relacionadas com o aumento da probabilidade de ocorrência de um evento desfavorável para determinados grupos da população. Para Braun (2008) estas características e circunstâncias podemos chamar de factor de risco.

Usando o conceito “objecto de risco”, Hilgartner (1992) citado por Lupton (2005) aborda de forma elucidativa a atribuição determinados objectos como objectos de risco. Na sua explanação, mostra que objectos de risco são todas coisas, actividades ou situações a que as consequências danosas estão conceitualmente ligadas. Mas ele alerta que para que determinados objectos tornem-se em objectos de risco é preciso que tais objectos tornem-se em objectos construídos, depois como “de risco” ou identificado como causa do dano.

Mas a dimensão a que os objectos podem estar ligados uns com os outros com os danos em forma de atribuição de causalidade é potencialmente infinita, assim sendo: nada pode ser definido como um risco (Lupton, 2005).

A partir da ideia de que qualquer coisa pode ser atribuída como a objecto de risco, dependendo da forma como é feita atribuição de causalidade e ligação com o perigo, analisamos a relação entre as percepções em torno da cólera e atribuição dos factores de risco pelos indivíduos. Factores de risco será compreendido neste trabalho como todos factores presentes no âmbito económico, psicológico e familiar que possuem grande probabilidade de causar danos sociais evidentes na óptica dos actores sociais (Grunspum, 2002 Apund Braun , 2008).

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Em princípio assumimos os factores como a falta de abastecimento de água potável, a existência de lixo nas proximidades das residências, o deficiente sistema de drenagem de águas pluviais e residuais, a forma como é feita o tratamento e conservação da água para o consumo, o local onde é depositado o lixo, a inexistência e a precariedade das casas de banho ou latrinas como potenciais factores de risco para a ocorrência da cólera.

Mas mais do que isso procuramos identificar quais são os factores que os moradores da Polana Caniço “A” atribuem como de risco quando se trata da cólera e o que esta por detrás da atribuição destes factores. Trazer esta questão no trabalho foi importante porque a partir dela percebemos porque é que determinadas situações são percebidas como de risco e outras não.

CAPÍTULO IV: METODOLOGIA

Neste capítulo apresentamos os métodos e técnicas de recolha de dados que serviram de base para a obtenção de informação e elaboração da presente monografia. Junto desta metodologia trazemos a nossa área de estudo e a amostra.

4.1 Método

Para o alcance dos objectivos preconizados no presente trabalho privilegiámos o método qualitativo. A sua escolha deve-se ao facto de auxiliar ao investigador na compreensão das percepções e os discursos dos indivíduos no contexto social em que estes estão inseridos, de modo a analisar os significados subjectivos construídos pelos actores sociais (Gil, 2008).

Segundo Richardson (1999), este método ao buscar a compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, dá primazia as convicções subjectivas das pessoas, devido a concepção de que o conhecimento que os indivíduos formam em torno dos fenómenos sociais estão carregados de significados e possuem características específicas, que determinam a percepção das coisas e o condicionamento das acções dos actores sociais. Deste modo, o método qualitativo procura estudar o fenómeno situado no local em que ocorre, com objectivo de analisar o sentido deste e interpretar os significados que as pessoas dão a ele.

O método qualitativo enquadra-se no estudo, na medida em que permite a compreensão do significado que os indivíduos atribuem as suas acções perante a ocorrência da cólera. Sendo a cólera uma doença que faz parte de um grupo de patologias que frequentes no seio dos moradores da Polana Caniço “A”, ela está sujeita a interpretações por parte dos indivíduos em termos das possíveis causas da ocorrência da doença naquele bairro.

Nesta ordem de ideias, a abordagem qualitativa deu-nos a possibilidade de colher os significados e as percepções construídas em torno da cólera, a partir da qual procuramos compreender como é que os indivíduos lidam com o problema da cólera dentro do bairro, e em

que medida estes confrontam-se com as situações de risco no concernente a esta doença, onde as interpretações, representações e tipificações da cólera aparecem como elementos relevantes para perceber este universo explicações.

4.2 Técnicas

Como forma de operacionalizar o método qualitativo, recorreremos as técnicas de pesquisa bibliográfica, observação directa não participante e entrevistas semi-estruturadas. Segundo Richardson (1999), estas técnicas auxiliam o investigador a penetrar na complexidade de um problema ou de um fenómeno, com o intuito de trazer os significados implícitos que estão contidos nas interpretações que os actores sociais fazem deles.

Segundo Quivy e Compenhoudt (2005), a observação não participante é um tipo de técnica em que o investigador não participa na vida do grupo, isto é, permanece alheio à comunidade, grupo ou situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os factos que ai ocorre, observa “do exterior”. Esta técnica vai além da simples constatação dos factos. Exige um mínimo de controlo na obtenção dos dados. A colecta de dados por observação é seguida de um processo de análise e interpretação, o que lhe confere a sistematização e o controlo requeridos por procedimentos científicos.

Optamos por esta técnica porque deu-nos a possibilidade de observar, com ajuda de uma grelha de observação, as infra-estruturas existentes no bairro e as condições intra-domiciliares dos indivíduos entrevistados. Como também podemos observar como é que os moradores lidam com a situação da cólera quotidianamente, perante as condições de saneamento que o bairro e as residências oferecem, os comportamentos ligados a higiene individual/colectiva e a ocupação espacial. Desta observação permitiu-nos verificar em que medida estas situações interferem nos modos de vida e na definição dos factores de risco pelos indivíduos.

A entrevista semi-estruturada foi outra técnica usada, visto que é uma forma de interacção social que possibilita um contacto directo entre o investigador e os seus interlocutores para a recolha de informação sobre um determinado acontecimento. Tem a vantagem de dar a possibilidade aos indivíduos de exprimirem as suas percepções em relação a um fenómeno ou situação, a partir das próprias experiências de vida (Quivy e Compenhoudt, 2005).

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

As entrevistas foram úteis na medida em que permitiram um contacto directo com os interlocutores. A partir dela foi possível não só colher percepções, crenças e ideias mas também sentimentos, sensibilidades e emoções resultado das experiências vividas pelos moradores em volta da cólera. Possibilitaram também recolher dos actores como estes avaliam a situação de risco perante a possível ocorrência de cólera diante das condições sócias individuais e colectivas, as percepções e os discursos que são formados em torno da cólera e dos factores de riscos.

Recorreu-se também, a pesquisa bibliográfica feita nas bibliotecas do Departamento de Antropologia, do Instituto Superior de Ciências de Saúde e na Biblioteca Nacional Brazão Mazula. Foram também consultados artigos, obras literárias e relatórios em formato electrónico que abordam e discutem a cólera. Estas obras foram de grande valia na delimitação do tema, apresentação do problema, abordagem teórica e análise dos resultados.

4.3 Área de estudo

Para análise da problemática em torno da construção social do risco da epidemia de cólera privilegiámos como área de estudo o bairro da Polana Caniço “A”, na cidade de Maputo. A sua escolha deveu-se: (i) ao facto do bairro ter registado maiores índices de cólera na cidade de Maputo, no período compreendido entre 1999-2004; (ii) ao facto de ser um bairro que localiza-se na periferia da cidade de Maputo, caracterizado pela existência dos factores de risco que são levantados pelos serviços de saúde tais como problemas de saneamento do meio ambiente, abastecimento de água potável e dificuldade na recolha dos resíduos sólidos.

Devido a questão de tempo e falta de recursos para a realização da pesquisa, optamos por circunscrever o *loco de estudo* a quatro (4) quarteirões do bairro da Polana Caniço “A”, com casos ocorrência de cólera registados, de modo a obter-se dados relevantes para a pesquisa. Assim, os quarteirões 8, 9, 10 e 71 foram os locais escolhidos, devido a localização destes quarteirões ao longo da cratera que actualmente é local de depósito de lixo; por possuírem precárias condições de saneamento do meio e por serem os locais que mais registaram casos de cólera, na óptica dos moradores.

4.4 Amostra

Como na presente monografia levamos em conta as percepções dos indivíduos sobre os fenómenos sociais e o método qualitativo como o método através do qual colhemos estas percepções, a componente estatística não foi usada para garantir a representatividade da amostra. A representatividade da amostra baseou-se na relevância das informações que os entrevistados foram dando ao longo da entrevista, tendo como foco as percepções e significados que a cólera tem para o actor social.

A nossa amostra é composta por um total de vinte (20) entrevistados, com idades compreendidas entre 23 a 60 anos. Deste grupo, dezassete (17) eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Do grupo de entrevistados, 16 são mulheres chefes de família, três (3) ocupam a posição de filho e um (1) de pai.

A selecção da amostra não seguiu nenhum critério rigoroso, mas a amostra foi escolhida em função das situações encontradas no campo. Numa primeira fase, era nosso desejo fazer as entrevistas em todos os quarteirões do bairro Polana Caniço “A” de modo a ter boa representatividade da população. Devido a imensidão do bairro e o factor tempo tornou-se numa tarefa difícil de cumprir.

Assim, fez-se uma auscultação dos entrevistados sobre a situação da cólera no bairro. Das informações obtidas neste diálogo apontaram os quarteirões localizados nas proximidades da cratera como sendo os que mais registavam casos de cólera. Como o nosso objectivo é buscar a relação existente entre as percepções sobre a cólera e a determinação dos factores de risco optamos por fazer entrevista nestes locais.

Chegando ao local deparamos como um outro problema, a imensidão da cratera e a disponibilidade das pessoas em conceder-nos um alguns minutos de dialogor. Devido a grandeza da cratera fizemos entrevistas nos quarteirões 8, 9, 10 e 71, quarteirões esses que foi possível encontrar moradores que já haviam presenciado uma situação de adoecimento pela doença cujas informações foram suficientes para a pesquisa. Era nosso objectivo equilibrar o género e a idade dos entrevistados, mas porque as entrevistas decorreram durante os dias úteis da semana e no

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

horário da manhã, as entrevistas foram realizadas maioritariamente com mulheres que desempenhavam maior parte das suas actividades no espaço doméstico.

Apesar destas dificuldades encontradas no campo, procurou-se acima de tudo a objectividade das informações de modo que pudessem responder a nossa inquietação e ir de acordo com os objectivos da pesquisa. Daquilo que obtemos das entrevistas, as informações fornecidas pelo nosso grupo alvo foi suficiente para responder a nossa inquietação.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo apresentamos e analisamos os dados recolhidos durante o trabalho de campo, através das entrevistas realizadas no bairro da Polana Caniço “A”, que nos ajudaram a compreender a relação entre as percepções formadas em torno da cólera e a determinação dos factores de risco. Assim, organizamos os dados em seis (6) subcapítulos temáticos a saber: (I) Características sociais do Bairro; (II) Perfil social dos entrevistados; (III) Percepções dos indivíduos em relação a cólera (IV) Experiências e vivências com a cólera; (V) Factores de risco no contexto da cólera e (VI) Estratégias de prevenção a cólera.

5.1 Características sociais do bairro

O bairro da Polana Caniço “A” está localizado do Distrito Urbano KaMaxaquene, antigo distrito urbano número 3, na cidade de Maputo. É limitado a norte e Este pelo bairro Polana Caniço “B”, a oeste pelo bairro Maxaquene “C” e a Sul pelo bairro Sommershild. O bairro é caracterizado por uma heterogeneidade de habitações formadas por duas faces contraditórias: por um lado podemos encontrar vivendas e mansões luxuosas, algumas ainda em construção, ao longo da avenida Jullius Nyerere. E por outro, verificamos a existência de habitações de construção precária que estão localizados nos arredores do bairro e na zona mais para o interior.

O bairro apresenta infra-estruturas como hospital, escolas, igrejas, campos desportivos, mercado, locais de pasto, padarias, pensões, lojas, etc. Que exercem um papel muito importante na prestação de serviços e satisfação das necessidades básicas dos moradores. Além do sector comercial formal encontramos o informal, maioritariamente constituído por bancas e barracas próximo das residências, onde se vendem bebidas alcoólicas e produtos da primeira necessidade como verduras, legumes, frutas, pão, roupas, etc. e a existência de carpintaria e serralharia dentro dos quintais das residências.

O bairro possui água canalizada, mas o sistema de abastecimento é deficiente e não cobre todo o bairro. Verifica-se cortes constantes no fornecimento devido a existência de ligações clandestinas que em muitos casos tem contribuído para a danificação dos sistemas e inundações

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

das ruas de acesso ao bairro. E por outro, pelo facto da rede de distribuição instalada não suportar a demanda de procura do bairro.

Em relação ao sistema de saneamento, constatamos a existência de um ineficiente sistema de drenagem de águas pluviais com valas a céu aberto que não beneficiam de manutenção. O sistema de drenagem das águas quando não se encontra obsoleto está danificado ou obstruído o que dificulta o escoamento das águas. As fossas sépticas, que poderiam auxiliar nesse processo, não possuem rede de colectores, assim depois de cheios, quando possível, os drenos são vazados por camiões de sucção. Noutros casos as águas ficam estagnadas, alagam as ruas formando charcos por vários meses.

Em relação as vias de acesso ao bairro Polana Caniço “A”, um número muito reduzido das ruas encontram-se asfaltadas e beneficiam de iluminação pública. As vias não pavimentadas são arenosas, de difícil acesso e estão sujeitas a erosão na época chuvosa, devido a falta ou obstrução do sistema de drenagem de águas pluviais.

Foi possível verificar também no bairro a existência de crateras abertas durante as cheias de 1998, cujas dimensões foram agravadas pelas chuvas torrenciais de 2000 e dos anos subsequentes. Este local acaba sendo usado como depósito de lixo. A gestão inadequada dos resíduos líquidos e sólidos quer pelos moradores do bairro quer pelo Conselho Municipal, propiciam a proliferação de vectores de doenças como as moscas, baratas, ratos etc. Estes aspectos quando conjugados com a falta de educação sanitária e maus hábitos de higiene individual e colectiva (na família e no bairro) contribuem para o agravamento e a proliferação da cólera.

No que concerne as residências onde foram feitas as entrevistas, podemos constatar que habitações são de alvenaria, feitas de bloco e chapas de zinco. A maior parte destas habitações têm três cômodos (dois quartos e uma sala) no seu interior, enquanto que a cozinha e a casa de banho situam-se no exterior. Observamos também que nos quintais das habitações para além da casa principal existia uma dependência ou casa anexa, residência ocupada por um dos filhos do agregado familiar, com a sua respectiva família.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Elas não dispõem de um sistema de esgotos que possa transportar as águas para as fossas localizadas na parte exterior do quintal. Dos 20 entrevistados, apenas 12 possuem dentro do quintal uma fossa séptica que era usada para depositar a água que provem da cozinha e da casa de banho. Os restantes 8 referiram que nas suas casas não existia uma fossa deste tipo. Assim, as águas residuais eram despejadas no quintal, na rua ou directamente para as valas de drenagem que se encontram nas margens das ruas do bairro.

Em 7 residências encontramos casas de banho convencionais e nas restantes residências (13) latrinas melhorada. Destas treze (13), em seis (6) casas encontramos latrinas precárias, que segundo os entrevistados desabam com muita facilidade na época chuvosa. De um modo geral, quando cheias procurava-se outro espaço no quintal para abertura de uma nova latrina.

Dos 20 entrevistados apenas 18 possuem água canalizada e os restantes 2, retiravam a água na casa dos vizinhos e participavam no pagamento da factura mensal. Do universo dos entrevistados, apenas 3 famílias tratavam a água para consumo (beber), através da fervura ou uso do purificador de água da marca *Certeza*. Nas restantes 17, a água era consumida sem nenhum tratamento intra-domiciliar.

Quanto a recolha de resíduos sólidos, verificamos que era deficiente. Só podemos verificar um contentor, nas proximidades dos quarteirões onde foram feitas as entrevistas, que quase sempre encontra-se lotado. Como forma de colmatar a situação do lixo, os entrevistados optavam por deitar o lixo na cratera, nas valas de drenagem e por vezes em enterrar nos seus quintais, sendo esta última forma pouco usada devido a escassez de espaço.

5.2 Perfil social dos entrevistados

O nosso grupo de entrevistados é composto por (20) pessoas, que é compreendido por dezassete (17) mulheres e três (3) homens, com idades compreendidas entre 23 a 60 anos. No grupo das mulheres, uma (1) ocupa posição de filha, dezasseis (16) de mãe onde quatro (4) são chefes de família. Em relação aos homens, dois (2) são chefes de família e um ocupa a posição de filho.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

No que tange ao estado civil, onze (11) entrevistados viviam maritalmente, três (3) eram viúvas, três (3) eram solteiros e três (3) eram casados no civil. Em termos do nível de escolaridade dois (2) entrevistados referiram que tinham o nível médio completo, quatro (4) que tinham parado no nível básico, cinco (5) entrevistados não avançaram mais que o nível primário e nove (9) nunca ingressaram na escola.

Quanto a ocupação, oito (8) são domésticas, dez (10) são comerciantes, um (1) reformado e um (1) trabalha em serviços sociais no hospital da Polana Caniço “A”, e em termos de número de agregado pertencem a agregados familiares com 4 a 7 membros.

Em termos do tempo de estadia no bairro, 16 entrevistados vivem no bairro a mais de 20 anos, um (1) há doze anos, um (1) há quatro anos e 1 (um) a menos de um ano. De acordo com o período de residência no bairro, podemos chegar a conclusão que um número significativo da nossa amostra podia dar-nos dados relevantes das transformações e fenómenos que foram ocorrendo no bairro ao longo do tempo.

5.3 Percepções dos indivíduos em relação a cólera

Neste subcapítulo pretendemos trazer as percepções dos entrevistados em torno da cólera e analisar os argumentos que usam para sustentar as referidas explicações. Expor estas ideias torna-se relevante porque a partir delas podemos perceber como é que os indivíduos contextualizam a cólera e de que forma explicam a ocorrência da doença em suas vidas.

Falar da cólera não é uma novidade para os moradores da Polana Caniço “A”, primeiro devido aos casos que foram surgindo no bairro durante os períodos epidemiológicos e segundo devido as informações divulgadas sobre a doença nos hospitais e pelos meios de comunicação social. Todos moradores com quem tivemos a oportunidade dialogar afirmaram que conheciam o que era cólera e como é que a doença manifestava-se. Mas no decorrer das entrevistas podemos perceber que o conhecimento que estes apresentavam sobre a doença não era homogêneo. As percepções variavam em torno das experiências individuais com a enfermidade e as informações

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

colhidas a partir de fontes externas como médicos, enfermeiros, rádio, televisão, etc. que exerciam grande influência nas ideias que os indivíduos desenvolviam em torno da cólera.

5.3.1 Tipificações da cólera

A partir dos resultados da pesquisa podemos constatar que a cólera é uma doença que não apresenta uma única forma. Conforme a entrevista que podemos ter com uma moradora do bairro, os tipos de cólera surgem em função dos períodos climáticos do ano, como afirma:

Cólera é uma doença que aparece num determinado tempo, mas depois desaparece. As vezes pode aparecer mas só duas ou três pessoas ficam doentes, podem tomar medicamentos em casa e ficam curados. Mas existe tempo em que muitas pessoas ficam doentes, você só ouve que o vizinho X ficou doente, que aquele ficou doente...isso acontece mais ou menos no mês de Novembro, Dezembro e Janeiro, quando começa chover. Aí você pode mesmo ouvir que alguém morreu. Esta cólera sim, mata mesmo, deve-se ir ao hospital (Entrevista com M11, 36 anos).

Para a entrevistada a cólera varia em função da ocorrência ou não da chuva. A chuva determina os casos e os tipos de cólera que surgem no dia-a-dia. Nos períodos em que há pouca precipitação, a cólera que surge é a **cólera leve** que não causa morte e pode ser curada pelo próprio indivíduo através dos tratamentos caseiros, como realça a entrevistada: (...) *você pode tomar limão com sal e alho; folha de espinhosa, de cajueiro ou papeira pilada com sal e a cólera passa.* Em contra partida, a **cólera forte** é aquela que surge nos períodos chuvosos, que causa morte rápida e somente pode ser curada nos hospitais ou através de intervenção de um especialista, médico e enfermeiros.

As experiências que os indivíduos vão tendo com os fenômenos e a frequência com que estes ocorrem nas suas vidas faz com que eles tipifiquem estes eventos tornando acessível aos demais membros da sociedade. Como afirma Berger e Luckmann (2004), as experiências que são retidas na consciência consolidam-se na memória como entidades reconhecíveis e capazes de serem recordadas e partilhadas por outros indivíduos da sociedade. A cólera como doença leve

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

ou forte já não é fruto da experiência individual, mas sim parte das experiências colectivas que torna-se acessível a outros membros da sociedade.

Assim sendo, falar da cólera é falar da ocorrência ou não da chuva. É em função da chuva que a cólera e as suas tipificações ganham sentido e significado para os indivíduos, no sentido que determina qual deve ser sua conduta perante a enfermidade.

5.3.2 Cólera como resultado da incapacidade do Estado

A cólera aparece em alguns estudos como doença relacionada com as condições de infra-estruturas. No estudo de Gujral e Manjate (2009), estes problemas dizem respeito a carência ou mau estado de funcionamento de infra-estruturas de saneamento nos espaços urbanos. A cólera surge como uma questão relacionada com a falta de sanitários públicos; de valas de drenagem de águas pluviais e sistemas de drenagem de esgotos; urbanização desordenada e densidade populacional elevada e o acesso a água potável.

Aos olhos dos moradores do bairro, a cólera é uma doença que resulta incapacidade e negligência do Estado em atender às necessidades básicas de determinados grupos da população. Necessidades que estão relacionadas, na óptica de três (3) entrevistados, com a construção de vias de acesso; sistema de drenagem de águas residuais e pluviais; sistema eficiente de abastecimento de água potável nas residências dos moradores e colocação recipientes para depósito dos resíduos sólidos, como afirma a seguinte entrevistada:

Não sei o que se passa no nosso bairro, aqui problemas nunca faltam (...) a cólera aparece aqui no bairro porque não temos condições de viver bem, aqui temos só uma lata de lixo, mas não é suficiente, o lixo fica espalhado de qualquer maneira nas valas, nas ruas, nos passeios...e o mesmo acontece com a água de lavar roupa, da cozinha, as pessoas só lançam para a estrada porque não têm onde deitar. Se tivéssemos sítio próprio para deitar o lixo ou água suja, não teríamos o problema da cólera (Entrevista com M7, 52 anos).

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Pelo facto do Estado não resolver esta situação, o lixo que fica sem ser recolhido e a água que fica estagnada, acabam por ser vistos como sendo os principais responsáveis pela doença. Esta ideia surge porque para os entrevistados a cólera está relacionada com a sujidade e com lixo existente no bairro, que são problemas que devem ser resolvidos e são responsabilidade do Estado.

Esta ideia surge da visão paternalista que os indivíduos têm do Estado, na qual o Estado constitui uma entidade cuja responsabilidade é resolver os problemas sociais ou garantir o bem-estar dos indivíduos. E quando o Estado não atende os problemas da população que aos olhos dos indivíduos, constitui a sua obrigação, é visto como negligente, incompetente e como aquele que exclui certos grupos sociais. Na óptica de Serra (2002) o que as pessoas criticam e acusam não é o Estado em si, mas um Estado que não as ouve, não as ajuda, que com elas não dialoga e que é incapaz de trocar exigências de lealdade política por distribuição de dividendos (servir os desejos das comunidades no que concerne as suas exigências fundamentais).

São as **condições precárias** e os altos índices de cólera que são registados no bairro que legitimam a reivindicações dos moradores em relação ao Estado. Além desta questão, o facto do número de casos de cólera aumentarem com **o surgimento da cratera** que logo tornou-se num local de depósito de resíduos sólidos no bairro, é visto como sendo uma situação que vem reforçar ideia que justifica os altos números de caso de cólera na Polana Caniço “A”, como afirma a seguinte entrevistada:

Aqui no bairro temos problemas da cólera, (...) devido ao lixo que existe na cova. De lá vêm mosquitos, ratos, baratas e moscas que trazem doenças e roem as nossas roupas, mas ninguém faz nada. A pro-limpeza recolhe o lixo nas nossas casas mas as vezes passam semanas ou dias sem aparecer, como não podemos permanecer com o lixo dentro de casa porque pode provocar-nos doenças, e nem enterrar porque não há espaço, então acabamos por deitar na cova (Entrevista com M19, 52 anos de idade).

A coincidência entre o aumento de número de casos de cólera e o surgimento da cratera no bairro Polana Caniço “A”, depois das enxurradas de 2000, foi um acontecimento significativo para os moradores. Além de constituir um problema de segurança física para as residências e as

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

peças, é visto como sendo a origem da doença no bairro, ou mesmo um elemento de insegurança para a saúde dos moradores.

Assim, para os entrevistados a cólera surge como um problema introduzido por um problema ainda maior, o **atendimento às necessidades básicas da população** por parte do Estado. É o lixo que permanece nas lixeiras, as águas que continuam estagnadas nas valas de drenagem e nas ruas que trazem a cólera para o bairro. É um problema que, na óptica dos moradores, não é alvo de atenção por parte de quem é de direito. A cólera surge como um problema que transcende aos moradores e por isso que encontram-se incapacitados para resolvê-lo.

5.3.3 Cólera como doença da pobreza

A pobreza é percebida pelos moradores como sendo uma condição social que caracteriza a cólera. No sentido que se percebe a pobreza como a indisponibilidade de recursos económicos para aquisição de meios para fazer face às exigências da vida quotidiana (Silva, 2004). Assim falamos de questões ligadas a falta de recursos financeiros por parte dos moradores de forma a prevenir-se da doença, como recursos económicos para a construção de habitações convencionais, construção de latrinas melhoradas, para a construção de uma fossa séptica, para a compra de carvão ou mesmo lenha para ferver a água, para a alimentação e para a compra de instrumentos para combater a doença como insecticidas e purificador de água, que explicam a ocorrência da cólera.

Para quatro (4) entrevistados, a cólera é uma doença que surge em função da situação económica e social do indivíduo. A forma como as pessoas previnem-se ou protegem-se da cólera torna-se significativa para explicar o adoecimento dos indivíduos, porque mais que nunca a cólera é uma situação precariedade social, como argumenta o seguinte entrevistado:

A cólera é uma doença que depende das condições de cada um, ela pode aparecer de repente numa zona, como malária, tuberculose...qualquer doença, mas se não tens forma de

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

prevenir-se, ficar doente e morrer. É preciso ter instrumentos para combater a doença como ventoinha, rede mosquiteira, Certeza (Entrevista com H16, 26 anos).

A partir desta ideia, percebemos que para alguns indivíduos são as pessoas que não têm condições de prevenir-se da cólera que tornam-se mais propensas ao adoecimento, e por outro lado responsáveis pela ocorrência da cólera no bairro.

Segundo Silva (2004), as pessoas que vivem em situação de pobreza estão, em maior ou menor grau, consoante o seu nível de pobreza, excluídas das “formas de fazer” dominantes na sociedade, as formas de vida das classes médias que fazem o consenso sobre como se deve viver.

Ter uma casa confortavelmente equipada, arranjar-se com higiene e boa apresentação, fazer as refeições a horas certas, planificar as compras de bens essenciais por forma a assegurar as necessidades do mês (...) são exigências difíceis ou impossíveis de realizar por quem não tem salário nem emprego certo, vive em locais impróprios, muitas vezes improvisados e sem água canalizada, sem electricidade, com reduzido espaço (...) (Silva, 2004).

Garantir as condições saneamento intra-domiciliar e de alimentação saudável além de serem relevantes para a prevenção da cólera, constitui uma posição inclusão social e o cumprimento dos valores e normas assumidos como um estilo de vida ideal para a sociedade em relação a cólera. Quando a pobreza impossibilita as escolhas dos indivíduos em termos de alimentação adequada para o bem-estar, além de ser uma situação que diz respeito a ocorrência da cólera, prevalece-se um sentimento de exclusão em relação a participação dos valores assumidos como padrão pela sociedade, conforme a seguinte entrevista ilustra:

Dizem muita coisa sobre esta doença, mas eu não sei muito bem o que provoca. Mas o que posso dizer é que a cólera surgiu agora que passamos a viver na cidade, antes quando vivia em casa dos meus pais não havia cólera. A cólera aparece por causa da fome, não há chuva, não produzimos nada (...) só estamos a comer comida de qualquer maneira, porque não temos como produzir (Entrevista com M17, 70 anos).

Nessas condições em que a luta diária pela sobrevivência física se sobrepõe à organização do bem-estar, as pessoas tendem a desleixar as preocupações menos imediatas que

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

fazem parte do quotidiano das pessoas bem integradas e adaptadas ao funcionamento da sociedade. No que concerne a questão da alimentação, segundo Blackburn (1991) citado por Silva (2004), as escolhas em matéria dos alimentos e da qualidade dos alimentos são influenciadas em grande medida pelas restrições impostas pelos recursos que se dispõe.

Nesta questão o que importa não o que poderá surgir no futuro, se a falta da escolha poderá causar o adoecimento devido a cólera ou não, a preocupação primária é garantir a sobrevivência. Segundo Silva (2004) esta situação de pobreza torna-se uma ameaça quotidiana a que se responde à medida que os problemas surgem.

Por outro lado, o facto de a pobreza colocar as pessoas sem poder de escolha em termos da alimentação, impele-as a consumir alimentos sem que se saiba a sua proveniência. É a farinha e o arroz que passaram a ser alimentos de proveniência desconhecida e estranha às pessoas, segundo a entrevistada, que vêm do estrangeiro, que são os causadores da cólera. A cólera é vista como sendo uma doença causada por produtos alimentares que vêm de fora, causada por situações externas aos indivíduos, como a argumentar:

Os alimentos que comemos (arroz, farinha) não sabemos de onde vêm, não sabemos como aquelas pessoas produzem, só comemos ...como resultado, ficamos doentes (Entrevista com M17, 70 anos).

Para os entrevistados, é a pobreza que impossibilita as pessoas de prevenir-se da cólera, de ter condições habitacionais condignas, que leva as pessoas consumirem produtos desconhecidos que origina a cólera. Falar da cólera, e falar de todo este contexto de precariedade social as quais famílias estão submetidas.

5.3.4 Cólera como doença Comportamental

Uma das questões preocupantes quando se fala sobre cólera, está relacionado com os hábitos dos indivíduos, ou seja, hábitos que dizem respeito a higiene individual e colectiva. Segundo Gujral e Manjate (2009), a cólera é uma doença que diz respeito a maus hábitos de higiene individual e colectiva como não lavar as mãos com água e sabão ou cinza antes de

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

consumir os alimentos ou depois de usar a casa de banho, consumo de água imprópria; defecar a céu aberto, depositar o lixo em locais impróprios e não lavar os alimentos antes de consumo.

De acordo com a informação obtida no campo, falar da cólera é falar do **comportamento das pessoas** no que diz respeito a higiene individual e colectiva. Segundo cinco (5) entrevistados, ela diz respeito aos maus hábitos como não lavar as mãos antes das refeições ou depois de usar a casa de banho; não ferver ou tratar a água para o consumo; não lavar bem os alimentos; não tapar a comida depois de preparada, etc. Como argumenta a seguinte entrevistada:

A cólera é uma doença que tem a ver com mau comportamento das pessoas devido a vários motivos como não tapar a latrina, onde de lá saem mosquitos para as nossas comidas, viver com sujidade, não ferver a água, etc. (Entrevista com M8, 35 anos).

Assume-se que padecer de cólera é resultado da não obediência ou cumprimento das recomendações médicas. Numa situação contrária, o não adocimento é visto como cumprimento das recomendações médicas. Pelo facto de assumir-se que a cólera é uma doença em que o comportamento do indivíduo é importante para o seu controlo, parte-se de princípio que a enfermidade aparece muitas vezes relacionada aos hábitos e costumes das pessoas.

De acordo com as recomendações médicas, padroniza-se o comportamento que os indivíduos devem ter em relação a cólera, definindo-se assim logo a partida por um lado qual é a atitude correcta e desejável, por outro lado o que é incorrecto, onde o incorrecto aparece como problemático, anormal e responsável para a ocorrência da cólera. Assim, é o vizinho, o amigo ou o parente que não cumpre com as recomendações médicas ligadas a higiene individual e colectiva, e adoptam uma atitude incorrecta como deitar o lixo nas valas de drenagem ou fora do caixote de lixo, lançar as águas residuais para passeios e para as ruas, e como resultado padeceu ou padece de cólera, que traz a cólera para o bairro, como ilustra o seguinte argumento:

(...) cólera, é uma doença que tem a ver com os hábitos das pessoas, as pessoas ficam doentes porque não tem bons hábitos de higiene, não limpam bem a casa principalmente a casa de banho, deitam o lixo de qualquer maneira e deitam água na rua ou deixam estagnada no

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

quintal. Eu vivo aqui neste bairro a 23 anos, mas nunca tive problemas de cólera na minha casa (Entrevista com M17, 70 anos).

É vista como uma doença causada pelo comportamento individual, pelo outro, que pode colocar em perigo a saúde de outras pessoas, assim a *cólera surge porque as pessoas não acatam o que ouvem no hospital, deixam a casa suja, deitam o lixo de qualquer maneira, não varem o quintal, lançam a água nas ruas, e como resultado acabam por chamar a doença para o bairro* (Entrevista com M19, 52 anos).

Essas ideias segundo as quais, a cólera é apontada como uma doença provocada pelo outro e não como resultado da conduta individual, surge porque a cólera já aparece tipificada no imaginário social dos indivíduos como a doença da sujidade, das mãos sujas, do lixo que é provocado pelos maus hábitos de higiene. Então, assumir o próprio comportamento como responsável pela cólera é assumir o não cumprimento das recomendações médicas ou o comportamento que se vê como correcto em relação a cólera.

Segundo Berger e Luckmann (2004), a objectividade duma realidade leva os actores sociais a apreenderem determinado fenómeno como existente e já definido socialmente. A objectivação é algo que ocorre nas instituições e é nas instituições onde se controlam a conduta humana estabelecendo padrões de conduta predefinidos, cujo somatório constitui o sistema de controlo social que instituições impõem a sociedade.

A medida que uma determinada realidade é exteriorizada, ela é institucionalizada, ou seja, traduz-se em normas e regras de conduta que passam a exercer um controlo sobre a interacção dos indivíduos dentro de uma colectividade (Berger e Luckmann, 2004). A cólera como uma realidade institucionalizada por instituições (a medicina e os órgãos de comunicação) que gozam de legitimidade na sociedade, predefinem o comportamento que os indivíduos devem ter em relação a enfermidade, como lavar as mãos antes das refeições e depois de usar a casa de banho; manter a casa limpa; deitar o lixo nos contentores, etc. De modo que a acção que vai contra ou fora destas normas é vista como prejudicial a saúde e objecto de censura por parte destas instituições e do público em geral.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Tomando em conta que os indivíduos aprendem a cólera como uma realidade objectiva produzida por estas instituições que padronizam as condutas que os indivíduos devem tomar em relação a cólera, define-se um sistema de controlo social em relação a enfermidade. Os indivíduos não acometidos ou que não padeceram de cólera exercem um papel importante nesta verificação do comportamento de outros indivíduos que já padeceram ou tiveram situações de cólera. São estes que criticam, que censuram o comportamento dos coléricos.

Estes partem de princípio que a cólera é uma doença que tem a ver com o comportamento das pessoas como aos maus hábitos de higiene individual e colectiva (não limpar bem a casa principalmente casa de banho, deixar o lixo de qualquer maneira, deitar água para rua ou deixar estagnada), às mãos sujas (não lavar às mãos com sabão ou cinza antes das refeições ou depois de usar a latrina), as condições das latrinas (latrinas precárias, deixar a tampa da latrina aberta e não colocar cinza dentro dela para evitar as moscas) e má conservação e preparo dos alimentos (não lavar bem a hortalíça, não cozer os alimentos como deve ser, não conservar bem a comida e a água para beber).

Na óptica destes a cólera está associada a esta componente, pois seria o mau comportamento das pessoas que levava a propagação da cólera. Assim, falar da cólera é falar da falta de higiene, dos maus hábitos e a não obediência às normas de higiene por parte dos outros indivíduos.

5.3.5 Cólera como doença da cidade

Em comparação com as zonas rurais, as cidades constituem locais onde os índices de cólera são mais elevados. Segundo Gujral e Manjate (2009) a causa deste problema nos centros urbanos está relacionado com o crescimento descontrolado da população, a redução das qualidades das condições higiénicas/sanitárias nestes locais. As autoras voltam a repisar esta posição, acrescentando os problemas de saneamento do meio, rendimento económico e hábitos como sendo as principais causas da propagação da cólera nas cidades moçambicanas.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

De acordo com a informação obtida durante as entrevistas, a cólera é percebida como doença própria dos espaços urbanos pelo facto das cidades serem caracterizadas pelo crescimento desordenado dos bairros suburbanos e aglomerar pessoas com hábitos e costumes diferentes, como afirmam duas (2) entrevistadas:

Antes eu não conhecia cólera, o que conhecia era dores de barriga normais mas que não era preciso ir ao hospital, tratávamos mesmo em casa com medicamentos caseiros. Eu cheguei aqui no bairro em 1983, mas não havia cólera e nem água canalizada tínhamos. Mas nesta altura éramos muito poucos neste bairro. Com o aumento de número de pessoas aqui na Polana Caniço também apareceram várias doenças, e em 2004 apanhei cólera (Entrevista com M6, 53 anos de idade).

O facto dos bairros suburbanos serem desordenados e superpovoados, e normalmente registarem casos de cólera, é motivo de preocupação por parte dos moradores. A cidade tomada como grande aglomerado populacional diferente do campo que aglomera pessoas de proveniência conhecida, é vista como fonte da cólera.

Os entrevistados partem de princípio que o surgimento da cólera está ligado ao crescimento desordenado do bairro Polana Caniço “A”. O facto do aparecimento da doença coincidir com o período que se registou no bairro um crescimento elevado de residências, na ideia dos entrevistados, sem que se tivesse havido um devido ordenamento, constitui um factor relevante para explicar o aparecimento cólera.

5.3.6 Cólera como doença das crianças

Devido aos cuidados específicos que se deve ter com as crianças e partir-se de princípio que a sua idade e incapacidade em reconhecer determinados perigos para a sua própria saúde, os petizes são apontados como mais vulneráveis a cólera. Na óptica de três (3) entrevistados, **são as crianças que trazem a cólera para dentro de casa**, e no geral para o bairro, como avança a seguinte entrevista:

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

As crianças brincam nestas águas paradas das valas de drenagem abertas, onde há todo tipo moscas e mosquitos que provocam doenças. Brincam na Cova que já esta cheia de sujidade, e tiram de lá todo tipo de objectos, pneus, ferro, comida estragada para brincar. Quando voltam para casa levam esse todo lixo, com as respectivas doenças. É preciso que as mães prestem mais atenção nestas crianças (Entrevista com H2, 64 anos).

Aliada a questão das condições do bairro, em termos de condições propícias para propagação do vibrião colérico, como lixeiras próximas as residências, águas estagnadas, charcos onde são locais onde as crianças normalmente brincam, elas são consideradas como responsáveis pela ocorrência da doença. As crianças aparecem neste cenário como aquelas que trazem a doença do lixo, através das mãos sujas, para a casa Assim, alerta-se para atenção dos adultos em relação a elas, de modo que não se tornem em potenciais causadores da doença no bairro.

5.3.7 Cólera como doença causada por fertilizantes

Pelo facto de tratar-se de verduras, alimentos muitas vezes alertados pelos serviços de saúde para um cuidado acrescido, devido o seu nível de contaminação pelo vibrião colérico; aliada a esta questão o uso de fertilizantes (produtos químicos) durante a produção destes alimentos, torna-se algo a levar em conta, como afirma duas (2) entrevistadas, no contexto da cólera.

Dizem que a cólera surge por causa da sujidade, e alimentos não lavados, que a água estagnada pode provocar cólera (...) eu não sei (...). Existe o problema dos medicamentos de verduras, que são usados para o crescimento. Isso é preocupante porque aqueles produtos são químicos e não fazem bem à saúde, por isso é que a verdura, couve e principalmente alface (que não cozemos) devem ser bem lavados, porque se não lavarmos bem podemos apanhar cólera (Entrevista com M3, 60 anos).

A cólera surge como uma doença que está relacionada com o **uso de fertilizantes** nos legumes e nas hortaliças. Partem de princípio que o facto de as pessoas usarem os fertilizantes

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

nas verduras e colherem a produção antes que estas estejam prontas para serem consumidas, pode provocar cólera nas pessoas que forem a consumir estes mesmos produtos.

De acordo com as percepções que foram expostas neste subcapítulo, podemos constatar que as ideias sobre a cólera não são homogêneas entre os moradores. Os vinte (20) moradores submetidos a entrevistas mostraram-nos que falar da cólera, não é apenas falar de uma doença em si, é falar de uma situação que envolve crença e concepções que remete a um problema que vai desde a incapacidade do Estado até ao comportamento do vizinho no que tange a higiene individual e colectiva.

A cólera surge como uma realidade social interpretada pelos indivíduos e subjectivamente dotada de sentido para eles na medida forma um universo coerente de ideias. Segundo Berger e Luckmann, (2004), a realidade da vida quotidiana e o conhecimento comum são construções sociais que actores sociais vão formando ao longo das suas vidas. É em função destes conhecimentos adquiridos ao longo do tempo, a partir de experiências de partilhadas e do contexto social em que estão inseridos, que a cólera surge como um fenómeno carregado de significados e crenças para os indivíduos.

Estes significados e crenças, exercem um papel muito importante, na medida que garantem a existência da cólera no real e a sua reprodução na sociedade. Assim, para os entrevistados, a cólera surge como um problema relacionado com a chuva, com a incapacidade do Estado, com o problema urbano, com uso dos fertilizantes, com a pobreza, etc.

Estas percepções que os indivíduos vão construindo são resultado das relações sociais que vão estabelecendo com outros actores sócias e com instituições que gozam de legitimidade na sociedade para falar sobre a cólera como Hospitais, comunicação social, centros de pesquisa e outros que influenciam de forma significativa na forma como o indivíduo apreende a cólera no seu quotidiano.

Esta análise passa pela compreensão da cólera como uma realidade objectiva. Nesta ordem de ideias, a cólera surge como uma realidade produzida pelas instituições especializadas,

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

a Medicina moderna, que ganha seu reforço através das informações difundidas pela comunicação social. Neste cenário, é a cólera que surgiu devido a sujidade, aos maus hábitos, ao lixo que constitui a realidade em torno da doença apreendida pelos indivíduos a partir destas instituições sociais. Segundo Berger e Luckmann (2004), as tipificações de acções que tornam-se hábitos são sempre partilhadas e ficam disponíveis a todos os membros do grupo social. Em função disto a cólera é tipificada pelos indivíduos como doença da sujidade, do lixo e das mãos sujas.

Mas os indivíduos não se reduzem a meros receptores destas informações. Ao interiorizá-la no decurso da socialização, estas ideias ficam sujeitas a interrogações, questionamentos, dúvidas, que permitem aos indivíduos atribuírem significados, com base nas próprias experiências.

Isso passa pela compreensão dos fenómenos sociais como realidade subjectiva e carregado de significado. É na percepção dos fenómenos sociais como realidade subjectiva que ocorre o processo de interiorização que visa a compreensão e da apreensão do mundo como uma realidade social (Berger e Luckmann, 2004).

Ainda que os actores sociais partilhem o mesmo universo simbólico em termos de conhecimento sobre os fenómenos, estes não são percebidos da mesma forma. Cada actor social é detentor de uma biografia e de uma identidade particular que também exerce influência na percepção. Assim, o conhecimento e a realidade surgem como produtos de experiências intersubjectivas, como podemos verificar na argumentação da seguinte entrevistada:

A cólera aparece nos locais onde há muita gente. Eu estou aqui neste bairro a 28 anos, mas o meu filho só ficou doente em 2002-2003, quando éramos poucos no bairro não tínhamos esta doença, havia espaço para todos e cada um enterrava o lixo em sua casa. Mas agora, não há espaço para nada, nem se quer para enterrar o lixo. Cada um vem com os seus hábitos, que também trazem doenças (Entrevista com M1, 48 anos).

A cólera aparece igualmente como uma realidade subjectiva, que resulta das experiências que os indivíduos vão tendo com a doença. Destas vivências, os actores sociais vão atribuindo

significados que por vezes não são necessariamente equivalentes aos atribuídos pela biomedicina. Assim, a cólera como enfermidade que produz o seu impacto na vida das pessoas, surge como uma realidade social sujeita a interpretação dos indivíduos e a atribuição de significados como: doença da pobreza, resultado da incapacidade do Estado, do comportamento do outro, etc.

5.4 Experiências e vivências com a cólera

Como podemos constatar no subcapítulo anterior, as percepções que os entrevistados têm relação a cólera não são homogêneas, podemos perceber que estas percepções são produtos da forma como a cólera é tipificada socialmente e das interpretações subjectivas dos moradores do bairro. Dando continuidade a esta linha de pensamento, apresentaremos em seguida as experiências e vivências com a cólera por parte dos moradores entrevistados na Polana Caniço “A”.

Com este subcapítulo pretendemos ainda explorar o conhecimento dos moradores sobre a cólera a partir dos sentimentos desenvolvidos no contexto das experiências vivenciadas em relação a enfermidade. Segundo Beltrão (2004), abordar a doença a partir do olhar do protagonista do evento, fornece-nos a forma de pensar e representar a doença a partir dos afectados e ameaçados pela cólera.

De acordo com a informação que podemos apurar no campo, estes sentimentos variavam em função do nível de conhecimento que tinham sobre a cólera e a proximidade em relação a doença, isto é, se já tinham alguém na família que havia adoecido de cólera ou se já haviam presenciado um caso de cólera. Em função desta questão, cinco (5) entrevistados nunca tinham presenciado uma situação de adoecimento devido a cólera apenas ouviam falar sobre a doença nos hospitais ou através dos meios de comunicação, seis (6) entrevistados além dos meios pelos quais tinham ouvido falar sobre a doença, já tinham presenciado uma situação de cólera no bairro e nove (9) tiveram situações de adoecimento no próprio agregado familiar.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Em função deste agrupamento, no que diz respeito a experiência que as pessoas foram tendo com a doença, os entrevistados deram respostas diferentes de acordo com o grau de proximidade com a cólera. Em muitos casos, as explicações dadas em função das vivências com a cólera variavam em torno dos sintomas da enfermidade no organismo, e os sentimentos que se formavam em torno desta manifestação aliado ao impacto mortal que causava nos indivíduos.

Para cinco (5) entrevistados que nunca haviam presenciado uma situação de cólera, o seu conhecimento em relação a epidemia baseava-se na informação dada pela comunicação social, nos hospitais e a partir dos grupos de pares, mas em todos os casos falavam sobre a cólera como se de um problema distante se tratasse, acabando por fazer uma caracterização superficial da doença, que muitas vezes as respostas vinham embutidas de algumas dúvidas e incertezas como mostra o seguinte argumentação:

Tenho ouvido no hospital, na televisão e na rádio que a cólera é uma doença que tem a ver com o lixo, com a sujidade e a falta de higiene. Dizem que os doentes vomitam muito e fazem muita diarreia, mas não sei se é bem assim, porque nunca tive uma situação destas aqui em casa (Entrevista com M18, 63 anos).

O segundo grupo de seis (6) entrevistados e o terceiro de nove (9) explicam as suas experiências com a cólera a partir dos **sintomas da doença**. Para os dois grupos, estar doente de cólera, é uma situação grave que coloca em risco a própria vida dos indivíduos, devido a fraqueza do corpo. Situações que inviabilizam a prática normal das actividades do dia-a-dia e por vezes põem em risco o rendimento e o sustento quotidiano, por isso a cólera é uma situação que deve ser combatida. Os depoimentos que se seguem ilustram essa ideia:

...um doente de cólera fica triste, não fica contente e nem é feliz porque tem sofrimento e dores. Não brinca, não trabalha, não tem forças porque fica sem vontade de comer, acabando por ficar magrinha e sem um bom aspecto. Por isso posso dizer que não é bom uma pessoa ficar doente de cólera (Entrevista com M1, 48 anos).

Adoecer de cólera é visto como um estado não desejado, pois constitui um desvio a normalidade, um processo de rompimento com os pressupostos da vida ou das actividades

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

normais que uma pessoa pode desempenhar normalmente. Para os dois últimos grupos esta situação é muito mais significativa, devido aos sentimentos e emoções que a doença faz transparecer.

A cólera também é caracterizada pela rapidez com que debilita o corpo do enfermo, como avança a seguinte entrevistada:

...Cólera é uma doença que provoca muita diarreia e vômito. A pessoa fica sem comer por causa dos vômitos e em poucos minutos emagrece muito rápido ficando sem forças para fazer alguma coisa. É diferente de outras doenças em que você pode ficar em casa e tomar remédios sem precisar ir ao hospital, com a cólera não se brinca, você deve ir logo ao hospital se não morre (Entrevista com M10, 59 anos).

Os entrevistados buscam a caracterização dos sintomas da cólera, vividos para fazer uma descrição, explicar as suas experiências e o sentimento em relação a doença. É a partir desta descrição das manifestações que buscam mostrar o impacto da enfermidade na saúde, buscando fazer comparação com outras doenças de características semelhantes como diarreia ou com a doença mais frequente no bairro, na óptica dos moradores, com a malária. Em ambos os casos em que se fazia estas comparações, a cólera sempre foi indicada como a mais perigosa. Por outras palavras, pelo facto de colocar o organismo fraco em pouco tempo e causar uma morte rápida, é motivo mais que suficiente para a cólera merecer destaque no seio dos moradores da Polana Caniço “A”.

No grupo de nove (9) entrevistados, encontramos aqueles que já adoeceram devido a cólera ou já tiveram familiares doentes na família. Neste paralelismo, a cólera era sempre a doença que causava dois sentimentos diferentes, a **vergonha e o medo**. A vergonha pelo facto deixar as pessoas sem o controlo do seu próprio corpo, que como consequência causava medo devido a vulnerabilidade dos doentes perante a debilidade do organismo que podia causar a morte.

Aqui em casa quem ficou doente foi o meu sobrinho, sofreu de cólera a muito tempo e baixou no hospital de Mavalane. Com a doença, a pessoa fica fraca e faz as necessidades e os

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

vómitos de qualquer maneira, como se fosse uma criança, é muito triste...e nesta altura que o meu sobrinho ficou doente, um meu vizinho perdeu a vida por causa da cólera...é preciso ir ao hospital logo (...) mas não sei o que lhe provocou a doença porque fazemos a limpeza todos os dias (Entrevista com M4, 60 anos).

Estas experiências que os indivíduos vão tendo com a cólera, como doença que causa medo e vergonha, torna-se num subsídio para caracterizar a enfermidade. Ela passa a existir no consciente dos actores sociais a partir deste universo, que torna-se acervo social para a caracterizar. O facto de as pessoas perderem as forças muito rápido e o controlo do seu organismo, torna-se elementos, que produzem sentimentos de medo e humilhação, que agravam-se com a morte rápida que a doença provoca. Estas situações permitiam caracterizar e diferenciar a cólera de qualquer outra doença.

Assim, além do impacto em termos de adoecimento, debilidade do corpo e óbitos causados pela doença, a sensibilidade emocional dos moradores em volta da cólera, faz com a enfermidade se destaque no quadro epidemiológico dos moradores da Polana Caniço “A”. Neste sentido, nenhuma outra doença poderia ser comparada com a cólera, que não apenas matava os que contaminava, mas também os matavam em poucas horas de maneira degradante.

É em função desta sedimentação intersubjectiva das experiências vividas e partilhadas que os indivíduos formam o estoque de conhecimento em relação a cólera. Segundo Berger e Luckmann (2004) a sedimentação intersubjectiva só torna-se social se for objectivada num sistema de sinais que tornam-se reconhecíveis pelos demais indivíduos dando a possibilidade de deles repetirem a objectivação destas experiências.

Assim, a debilidade rápida do corpo e os sentimentos dos indivíduos, o medo e a vergonha, que caracterizam a situação do colérico constitui mecanismos que concretizam a objectividade da cólera no real. Isto acontece porque estas experiências tornam-se em experiências sedimentadas e tornam acessíveis a todos os indivíduos que podem participar no sistema de signos em questão. É deste referencial que os indivíduos explicam e adoptam uma determinada conduta em relação a cólera.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Mas também, viver padecendo de cólera não era uma situação vista com bons olhos por parte dos indivíduos que nunca haviam padecido de cólera ou os não doentes. Era muitas vezes olhada como uma situação que colocava em risco a saúde dos outros moradores não doentes de cólera, como avança a seguinte entrevistada:

A cólera é uma doença que você pode apanhar tanto dentro como fora de casa, por isso é preciso ter cuidado com as pessoas nas ruas, porque podem contagiar-nos ao respirarmos, os bichinhos de cólera podem passar para outra pessoa (Entrevista com M20, 50 anos).

Esta situação levava a acusação e o afastamento em relação as pessoas que padeciam de cólera no bairro.

Mas também era uma situação que colocava os coléricos numa situação de desconforto, na medida que sentiam que podiam colocar em risco a saúde dos familiares ou mesmo dos outros moradores, como afirma:

Fiquei doente de cólera em 2002 (...) quando voltei do hospital, deram-me medicamentos (...) tive que ficar um tempo dentro de casa até ficar totalmente curada, e não correr o risco de passar a doença para os outros vizinhos, mas graças a Deus, com os medicamentos a cólera passou e não provocou mais doentes aqui em minha casa (Entrevista com M3, 60 anos).

Destas entrevistas podemos constatar que o medo também pairava em torno dos indivíduos não infectados pela cólera. Medo de contágio de uma doença que colocava o corpo das pessoas fragilizado e vulnerável. Em virtude deste sentimento, havia distanciamento dos indivíduos acometidos pela cólera, porque também eram acusados de propagar a doença pelo bairro, como Beltrão (2007) sustenta, após receberem alta, os doentes encontravam um ambiente hostil na vizinhança, sofriam discriminação e eram isolados socialmente.

Independentemente do grau de proximidade da doença, os entrevistados usavam as percepções e os sintomas da cólera para explicar as suas experiências e representações em relação a doença.

5.5 Factores de risco no contexto da cólera

Neste subcapítulo trazemos os factores de risco apresentados pelos entrevistados como relevantes para o surgimento da cólera. Partimos do pressuposto que é a partir das experiências de vida e dos conhecimentos que as pessoas têm sobre a cólera, que seleccionam os riscos que pretendem assumir ou rejeitar como determinantes para a ocorrência da doença.

Falar de risco de cólera, na óptica dos entrevistados, é falar de uma série de situações que podem levar o adoecimento das pessoas pela doença. Em virtude disto foram apresentados vários factores, que na óptica dos entrevistados podem levar a ocorrência da cólera. Três (3) entrevistados, partem de princípio que a ocorrência da cólera está relacionada com problemas de carácter estrutural relacionados com o **saneamento do meio** como: a existência de lixo e água estagnada nas valas de drenagem, nos locais próximos às residências e falta de contentores de lixo, como avança a seguinte entrevistada:

Neste bairro temos várias moscas, ratos, baratas e mosquitos por causa do lixo que existe na cova (cratera) e as águas paradas que existem nas ruas. A cólera aparece porque estes insectos entram em nossas casas pousam nas nossas comidas, águas e roupas que acabam por ficar contaminadas (...) o Conselho Municipal da Cidade de Maputo (CMCM) e o governo deviam ajudar-nos com esta situação, mas não, deixam-nos a sofrer com o lixo e a sujidade (Entrevista com M7, 52 anos).

A ausência de uma resposta por parte das entidades encarregadas pelo saneamento do meio e pela construção de infra-estruturas no bairro torna-se numa questão preocupante para os moradores. O lixo que não é removido, as valas de drenagem que não beneficiam de manutenção, a falta de sistema de esgoto para drenagem de águas residuais das residências, segundo os entrevistados, colocam as pessoas propensas a cólera, numa situações de risco que não são atendidas por parte de quem é tem a responsabilidade de resolver.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Por outro lado, a **pobreza** é apontada como componente importante que faz com que a cólera tenha mais incidência em famílias com baixo recurso económico. Quatro (4) entrevistados são da opinião que, o importante não é o factor que leva a ocorrência da cólera, pois a cólera não é uma doença que se pode atribuir a um determinado factor, ela pode surgir por várias razões, o importante é perceber se as famílias têm meios e condições de proteger-se da doença ou não. Assim, são as condições económicas que lhes incapacita em responder ou prevenir-se da cólera, que colocam as famílias em situações de risco.

Afirmavam que a pobreza criava sérios problemas ligados a **falta de recursos económicos** para custear uma serie de despesas para se evitar a cólera, como construção de uma casa de banho convencional ou latrina melhorada, construção de uma fossa séptica para o depósito de águas residuais, comprar o purificador de água, como argumenta a seguinte entrevistada:

...o rendimento familiar é muito baixo (...), não é suficiente para responder as necessidades alimentares da família ou mesmo construir uma boa casa de banho. A que nos temos estraga-se facilmente e mesmo a nossa casa, não esta em boas condições (Entrevista com M10, 59 anos).

Esta falta recursos financeiros que impossibilita as famílias de adquirir meios para o combate da cólera, como insecticidas, purificadores de água, lenha, carvão, coloca-lhes numa situação de vulnerabilidade. É a falta de recursos económicos que os impele as pessoas a viver em locais com más condições de saneamento (deficiente sistema de esgoto e drenagem das águas pluviais e residuais; falta de serviços públicos que responda a demanda dos munícipes, especificamente na recolha de resíduos sólidos).

Por outro lado, a pobreza constitui uma barreira para obtenção de uma alimentação condigna para as famílias, que dividido a situação de falta de escolha, coloca as famílias em risco, como volta a avançar a seguinte entrevistada:

Não sei muito bem... mas agora aparecem muitas doenças por causa da fome, como não há chuva, não produzimos nada, é por isso que há várias doenças. E também a cólera está

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

associada a este problema, consumimos os alimentos de qualquer maneira sem saber de onde vêm (Entrevista com M17, 70 anos).

Diferente dos tempos antigos, como afirma a entrevistada, *em que as pessoas consumiam o que produziam ou conheciam a proveniência dos alimentos (Idem)*, actualmente os alimentos são estranhos, de proveniência desconhecida e por isso alvo de suspeita por parte dos indivíduos. Aliado a este factor, o facto de divulgar-se que a cólera é uma doença que é preciso ter cuidado com a alimentação, estes alimentos estrangeiros aos indivíduos são tomados como potenciais causadores da cólera.

O facto de as pessoas não terem como combater a cólera e como poder escolher alimentos adequados para o sustento é visto como uma situação que leva ao risco de contrair a doença. Neste ponto de vista, a cólera torna-se na doença do pobre, das pessoas que não tem condições financeiras para alimentação, para combater a doença e para viver saudavelmente.

É também o crescimento populacional que o bairro registou, na óptica de 2 (duas) entrevistadas, que constitui um problema preocupante na questão da cólera:

(...) Cheguei aqui no bairro em 1983, mas não havia água canalizada e nem cólera, mas nesta altura éramos muito poucos aqui no bairro. Com o aumento de pessoas, também apareceram várias doenças, o mais engraçado é que apanhei a cólera aqui na cidade em 2004, quando já tínhamos água canalizada, lá no campo que a água era dos poços e dos rios não ficávamos doentes de cólera. Mas também, hoje vivemos todos juntos, com várias pessoas que vivem a sua maneira, não respeitam os vizinhos, roubam, violam nossas filhas, matam...isso também traz doenças. Por isso, eu posso dizer que quando a cólera aparece apareceu, por mais que faças todo tipo de limpeza ou trate bem a água, se é para ficares doente vais ficar (Entrevista com M6, 53 anos).

Como houve uma coincidência entre o crescimento populacional do bairro e o número de casos de cólera, para a entrevistada, a cólera surgiu devido o aumento das pessoas que foi dando outra dinâmica ao bairro. A cidade como um novo espaço diferente da zona rural, não familiar e por vezes estranho, torna-se num local com novas dimensões e características, constitui um

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

ambiente propício as doenças. É por ser um espaço que alberga grupos étnicos diferentes com hábitos diferentes, que levam a ocorrência da cólera. Assim, é o **tipo de vida que surge na cidade** que constituem um risco para a ocorrência da cólera

Em função das experiências vividas com a cólera, os indivíduos tendem a atribuir outros factores a ocorrência da doença como é o caso das **épocas chuvosas**, como avança a seguinte entrevistada:

(...) a cólera é uma doença que aparece quando há muita chuva, porque mesmo agora aqui no bairro não ouvi ninguém a dizer que alguém esteve doente de cólera, mas basta começar chover a partir de Dezembro, na época das mangas, sempre ouvimos que alguém esteve doente de cólera (Entrevista com M11, 36 anos).

Esta ideia surge pelo facto dos períodos epidemiológicos da cólera coincidirem com as épocas chuvosas. De acordo com Matos (2006) é nas na estação quente e chuvosa que o número de casos de cólera aumenta. Por haver esta coincidência entre o aumento de números de casos de cólera e os períodos chuvosos, as pessoas relacionam a ocorrência da cólera com a época das chuvas intensas, nomeadamente Novembro, Dezembro, Janeiro e Fevereiro. A ocorrência da cólera é atribuída a fenómenos naturais, é no período chuvoso que a probabilidade de ocorrência da doença aumenta e existe maior risco para o contágio da cólera pelos indivíduos.

Os **fertilizantes** usados para o crescimento das hortaliças, na óptica de duas (2) entrevistadas constituem uma fonte de risco:

Dizem que as pessoas podem apanhar a cólera através da sujidade, alimentos não lavados ou águas paradas. Mas eu não acredito, na verdade não sei como apanhei a doença. Os produtos químico que usam para as verduras crescerem, quando as verduras são retiradas antes do tempo, podem provocar a cólera. Esta questão é preocupante porque aqueles produtos são químicos e não fazem bem a saúde, devemos nos preocupar principalmente com a alface porque não se pode cozer (Entrevista com M3, 60 anos).

O facto dos serviços de saúde mencionarem a importância que deve-se ter com as hortaliças e os legumes antes de serem consumidos devido a probabilidade de estarem contaminados pelo

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

vibrião colérico, desperta a atenção das pessoas em relação a estes vegetais. Os procedimentos que envolvem o uso de produtos químicos para a produção destes alimentos, é visto como suspeita por parte dos indivíduos pela possibilidade de estarem contaminados pela doença. Por isso, que na óptica da entrevistada, os fertilizantes pelo facto de serem produtos químicos podem tornar-se num factor de risco.

Segundo Douglas e Wildavsky (1982) as pessoas fazem uma distinção clara dos riscos que eles próprios assumem voluntariamente e os riscos que lhes são impostos. Os riscos resultados de uma situação externa ao indivíduo como: incapacidade do Estado, situação de pobreza, épocas chuvosas etc. Que não estão ao alcance dos indivíduos, são alvos de rejeição acusação e crítica. A cólera é um problema de ordem estrutural, que só pode ser resolvida a partir de intervenções de entidades competentes como, o Concelho Municipal da Cidade e o Estado a partir da distribuição de recursos.

Mas por outro lado há uma neutralização do medo, (...) *Agora não produzimos, comemos alimentos de qualquer maneira, e por isso apanhamos a cólera, não podemos fazer nada* (Entrevista com M17, 70 anos). Devido a colectivização do risco de cólera, no sentido que a cólera não é resultado da conduta individual, mas sim de uma situação colectiva em que qualquer um que estiver exposto a ela pode tornar-se propenso ao adoecimento.

Pelo facto da cólera ser uma doença transmissível e depender de higiene individual e colectiva, para cinco (5) entrevistados são as pessoas que não cumprem com as normas de higiene, que deitam o lixo nos lugares impróprios como nas ruas ou ao ar livre, que não lavam bem os alimentos, que não lavam as mãos antes das refeições e não conservam a água em recipientes limpos, é que são os possíveis **doentes de cólera**. Na óptica destes moradores, elas tornam-se numa fonte de risco não só dentro do seu agregado familiar, mas também para todo bairro. Assim, na visão destes entrevistados é preciso que eles cumpram as normas de higiene para que não tornem-se numa ameaça para a saúde pública.

A cólera como doença relacionada com a sujidade, com as moscas e com as mãos sujas, aos olhos dos moradores, surge como uma doença que tem a ver com o **comportamento e modo**

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

de vida das pessoas, ou seja, os maus hábitos de higiene por parte das pessoas constitui factor favorável para ocorrência e propagação da doença, como afirma o seguinte entrevistado:

As pessoas apanham a cólera talvez porque não obedecem as normas de higiene. Comem alimentos mal lavados, não lavam as mãos depois de usar a casa de banho, deitam o lixo de qualquer maneira, lançam a água suja para rua, é por causa desta sujidade que ficam doentes e podem fazer com as outras pessoas fiquem doentes. Por exemplo, eu cuido muito bem da limpeza da casa e nunca tive problemas da cólera (Entrevista com M10, 59 anos).

Em contra partida, para três (3) entrevistados a atenção deve estar virada para **as crianças**, que são mais vulneráveis de contrair a doença devido a sua incapacidade de reconhecer os perigos para a saúde. Elas tornam-se um alvo de atenção por parte dos moradores, pela facilidade que elas têm de contrair a cólera e por trazer a doença para dentro de casa:

As pessoas apanham a cólera porque não obedecem as normas de higiene. Comem alimentos mal lavados, existe o problema de não ferver a água ou não lavar as mãos depois de usar a latrina, como é caso das crianças que são mais propensas a apanhar a cólera (Entrevista com H13, 23 anos).

Este grupo personaliza a cólera, com sendo resultado do comportamento do outro, que põe em risco a colectividade. Isto faz com que estes apontem os outros (os que já padeceram da doença) como indivíduos que são responsáveis pela ocorrência da doença no bairro ou pela sua propagação. Como argumenta Langa (2009), que é frequente os indivíduos olharem para a cólera como algo exterior, atribuída ao outro, à sujidade que estes produzem por não acatarem as normas de higiene difundidas pelas campanhas de saúde e não como consequência do comportamento individual. Assim sendo, a cólera surge como uma doença que estigmatiza os indivíduos, pelo facto de associar-se a falta de higiene e às mãos sujas. Vista como resultado do não cumprimento das normas de higiene, negligência ou desobediência as recomendações médicas.

Segundo Berger e Luckmann (2004), a tipificação recíproca por parte dos actores sociais, de acções tornadas hábitos no decurso da história partilhada levam a existência de normas que

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

exercem controlo sobre as acções dos indivíduos. Em função da forma como a cólera é tipificada, passa a influenciar as acções e comportamento dos indivíduos em relação a doença. No sentido que a conduta dos indivíduos na sociedade torna-se alvo de controlo e julgamento por parte da sociedade, (...) as pessoas ficam doentes *porque não fazem muito bem a limpeza da casa ou não lavam bem os alimentos. Estas pessoas podem transmitir-nos a cólera porque é uma doença transmissível* (Entrevista com M15, 24 anos).

Os riscos que surgem também em função do comportamento dos outros indivíduos (que na óptica de alguns moradores adoptam comportamento de risco) também são alvo de rejeição ou um certo inconformismo em relação a estes riscos.

Ainda que os tenha ouvido sobre os factores que podem levar a ocorrência da cólera, para a seguinte entrevistada, não existe uma causa única da cólera, que por mais que a pessoas possam cuidar da limpeza da casa e tomar cuidado com lixo, pessoa pode adoecer a qualquer momento porque a cólera como muitas doenças pode aparecer de repente, o importante é o organismo estar preparado para enfrentar a doença, segundo afirma:

A doença aparece porque aparece, ela tem a ver com a própria pessoa, o ser humano é normal ficar doente (...), mas se consegues combater a doença podes sobreviver (Entrevista com M11, 36 anos).

A ocorrência da cólera é atribuída como fenómeno natural, que tem a ver com a condição humana, é normal as pessoas ficarem doentes.

A forma como os entrevistados determinam os factores de risco, resultam das interpretações e os significados que atribuem a doença. Segundo Berger e Luckmann (2004) este conhecimento formado, passa a ser uma realidade objectiva que se impõe ao indivíduo, na medida determina a sua conduta em relação a esta realidade. Mas na óptica destes autores esta realidade objectivada esta sujeita a interpretação através da subjectivização das ideias do próprio indivíduo.

É em virtude desta interpretação e questionamento que os indivíduos fazem em torno da cólera, que apresentam percepções e justificações diferentes para sua ocorrência. Justificações

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

estas baseadas no grau de proximidade com a enfermidade e com as experiências já vividas pelos indivíduos com a cólera. É com base nestas informações que os indivíduos formam o estoque de conhecimento em relação a doença, que constitui os mecanismos através do qual dá possibilidade dos indivíduos fazerem leitura do seu universo social e a cólera.

Apesar dos entrevistados terem concepções diferentes em torno dos factores de risco causadores da cólera, avançam que a existência do lixo na cratera aberta pelas enxurradas de 2000 constitui um ambiente desagradável para o bairro e um atentado para a saúde dos moradores devido ao cheiro nauseabundo, aos insectos e aos roedores que reproduzem-se nestes locais.

Os entrevistados são da opinião que devido a falta de contentores e a incapacidade da Pro-limpeza e o Conselho Municipal da cidade de Maputo em fazer a recolha do lixo, as pessoas deitam o lixo na cratera por uma questão de protecção do solo do deslizamento de terra. Ou seja, o lixo que é depositado neste local evita o deslizamento de terra em períodos de chuvas intensas. Como afirma o seguinte entrevistado:

Apesar dos problemas que o lixo traz, deitamos o lixo na cova para evitar com que as nossas casas sejam arrastadas pelas chuvas. Se não deitarmos, as nossas casas correm o risco de desabar. Mas as pessoas são desleixadas, chegam mesmo a deitar o lixo na drenagem que evacua a água, estas pessoas são mal feitas e vandalizam (...) Eu tenho feito o controlo do lixo mas as pessoas não aprendem, as pessoas mandam crianças e elas entram nos contentores e brincam lá dentro, acabando por apanhar doenças, contaminando outras pessoas em casa (Entrevista com H2, 64 anos).

Ou como afirma a seguinte entrevistada:

Os trabalhadores da Pro-limpeza, as vezes não aparecem para fazer a recolha do lixo nas casas, mas também não temos como permanecer com o lixo em casa. Dizem que devemos enterrar...mas onde está espaço, olha! Nem se quer espaço para cavarmos temos, antes os nossos quintais eram grandes mas agora são muito pequenos e já não há mais espaço. Não

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

deitamos o lixo na Cova porque queremos, mas porque não temos outra saída (Entrevista com M3, 60 anos).

Mas também esta atitude é vista como sendo, a opção mais viável para a protecção das famílias dos possíveis riscos de saúde que possam vir a sofrer. Assim, as famílias debatem-se com duas situações o lixo que periga a saúde dos indivíduos e o lixo que é visto como um mecanismo de protecção das residências do desabamento de terra.

Segundo Edwald (1991) citado por Lupton (2005) nada é um risco em si mesmo, não há risco na realidade, porque qualquer coisa pode ser um risco, mas tudo depende de como as pessoas analisam o perigo como um evento que leva a ocorrência de uma determinada situação desfavorável. Assim, o saneamento do meio, o tipo de vida que é próprio das cidades, a falta de recursos financeiros, os fertilizantes, a pobreza, a época chuvosa, o comportamento dos indivíduos, a cratera etc. Constituem um factor de risco para a ocorrência da cólera aos olhos dos moradores do bairro.

Mas a atribuição destes factores depende dos significados e crenças que influenciam na definição do risco, entendido como uma resposta cultural e simbólica às diversas ameaças sofridas dentro dos grupos e da sociedade. De modo que as noções de risco são utilizadas para manter limites conceptuais entre o eu e o outro (Douglas e Wildavsky, 1982), como a seguinte entrevista ilustra:

Muita gente, diz que a cólera surge por causa da sujidade, mas eu não posso dizer se isso é verdade porque mesmo as pessoas que fazem a limpeza todos os dias em suas casas também podem ficar doentes de cólera. Cólera não escolhe nem pobre nem rico, todos ficam doentes, porque no hospital já vi pessoas ricas, com carros de luxo, mas estavam doentes de cólera (Entrevista com M5, 61anos).

Em função disso, o facto de assumir a existência da cólera ou que padeceu de cólera, é o mesmo que assumir negligência ou o não cumprimento das recomendações médicas. Assim, por vezes alguns factores de riscos individuais são negligenciados, ou atribui-se a ocorrência da doença a outros factores assumidos como causadores da doença.

5.6 Estratégias de prevenção a cólera

O presente subcapítulo analisa as estratégias adoptadas pelos entrevistados para evitar a contaminação pela cólera. Este assunto encontra pertinência na medida em que o conhecimento em torno da doença e os respectivos factores de risco determinam respostas de prevenção a cólera por parte dos indivíduos.

De acordo com os serviços de saúde para se combater a cólera é preciso ter em conta a higiene individual e colectiva, como lavar as mãos antes das refeições com sabão e cinza, lavar bem os alimentos antes de serem consumidos, tapar a comida depois de preparada, tapar a latrina, enterrar o lixo ou depositar em locais adequados como contentores e caixotes de lixo e manter a casa limpa.

Não obstante, o conhecimento destas medidas preventivas difundidas pelos órgãos de informação e pelos serviços de saúde, a aplicabilidade da mesma no quotidiano pelos indivíduos varia. Muitas vezes, esta heterogeneidade de estratégias altera conforme a crença nos mecanismos de combate a cólera difundidos na sociedade.

Apesar da situação do bairro, assume-se que para combater a cólera é preciso ter cuidado com higiene individual ou do seu agregado familiar. Dentre as estratégias que os indivíduos recorrem de forma a fazer face ao risco de contágio temos **uso de água canalizada da rede de distribuição pública para o consumo; lavar as mãos com sabão ou cinza depois de usar a casa de banho e antes das refeições; tapar a latrina depois de usar e colocar cinza para evitar as moscas; lavar bem os alimentos, principalmente a hortaliça; conservar a comida depois de preparada e enterrar o lixo**, na óptica de treze (13) entrevistados estas medidas são importantes levar em conta, como salienta a seguinte entrevistada:

Para evitar a cólera, ferve a água para beber, falo sempre para os meus filhos lavarem as mãos depois de sair da casa de banho e lavo os alimentos antes de comer, mas é preciso

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

tomar estas medidas sempre porque nunca sabemos quando é que a doença vai aparecer ou não (Entrevista com M19, 52 anos).

O reforço destas medidas só era feito quando havia informações de surtos de cólera no bairro ou mesmo em outros pontos da cidade, porque só assim era possível evitar a doença. Destes treze (13) entrevistados, apenas cinco (5) entrevistados afirmaram que este reforço, consistia em tratar a água e tomar mais cuidado com as crianças, como avança a seguinte entrevistada:

Quando há casos de cólera passo a ferver água para beber, sempre que posso. Coloco uma bacia na porta da casa de banho para lavar-se as mãos. Evito comer alface porque como não se coze, podemos consumir com bichinhos. Mas também falo com os meus filhos para não comerem coisas da rua porque podem estar contaminadas e sempre que voltam de lá fora são obrigados a lavar as mãos. É preciso sempre tomar precauções para evitar esta doença (Entrevista com M7, 52 anos)

Na opinião restantes oito (8) entrevistados deste grupo, reforçar destas medidas em muito pouco evita o contágio da doença, porque a eficácia delas não é certa, avança o seguinte entrevistado:

Quando a cólera surge, não reforço muita coisa, simplesmente faço a limpeza normalmente, porque não sei muito bem se pode minimizar, mas se os enfermeiros dizem é porque é a coisa correcta (Entrevista com M10, 59 anos)

Para sete (7) entrevistados, do universo de vinte (20), as tarefas ou actividades são feitas normalmente, como uma forma de garantir higiene pessoal, não que necessariamente estejam a fazer para proteger-se da cólera, como avança:

Para não apanhar a cólera não faço nada. A limpeza que faço normalmente, é apenas para manter a casa limpa, e isso eu já sei desde pequena, aprendi com a minha mãe. Se a cólera aparece, apareceu, se é para ficar doente vais ficar...a cólera quando chega num bairro pode atacar a qualquer um, mesmo aqueles que se previnem-se também ficam doentes, depende da sorte de cada um (Entrevista com M5, 61 anos).

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Segundo estes entrevistado não se pode ter um controlo da doença. Prevenir-se da cólera torna-se uma tarefa complicada porque é algo que aparece e pode afectar a todos sem distinção. A ocorrência e adoecimento devido a cólera são percebidos como algo natural e normal.

Quando questionamos os entrevistados se era feito um tratamento adicional a água tirada da torneira antes de ser consumida, dezoito (18) entrevistados responderam que não. Quinze (15) entrevistados afirmaram que não o faziam, pelo facto desta já estar tratada e não ser necessário um tratamento adicional, só antes de terem o sistema de canalização é que ferviam, como afirma a seguinte entrevistada:

Depois que a minha filha apanhou a cólera em 2001, passei ferver água. Fiz isso durante três meses mas depois parei porque já não havia mais doença no bairro e disseram-nos que a água da torneira já vem tratada, e daí passei a beber água normalmente. Me apercebi que a doença não tinha nada a ver com a água, porque desde lá não causou-me problemas (Entrevista com M15, 24 anos)

Por outro lado, não é preciso ferver a água porque ela já é pura por natureza. Para sete (7) entrevistadas, ela é sagrada, não constitui um risco para a saúde das pessoas, como afirma: *a água para beber é só tirar da torneira, e nunca causa problemas. A cólera não tem nada a ver com a água. Água não traz doença, vem da chuva, do céu, por mais que beba água suja, não ficas doente, porque se fosse assim aqueles que vivem na rua, que bebem água de qualquer maneira, seriam os que estariam mais doentes (Entrevista com M3, 60 anos).*

Ou como avança a seguinte entrevistada:

Eu não acredito muito, porque para mim a cólera não tem nada a ver com a água e nem com a limpeza, porque nós quando vamos a machamba bebemos água que apanhamos, misturada com lixo mas nunca ficamos doentes e nem mesmo antes, quando vivia em Inhambane, a água era tirada do rio e consumida directamente mas não ficávamos doentes. A água que consumimos vem da chuva, não tem azar, é sagrada porque é coisa que vem de Deus, por mais que bebamos água suja, não traz doenças. Porque se fosse lixo ou água suja, então os

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

mendigos é que estariam mais doentes, mas não é isso que acontece. Ficamos doentes nós, que vivemos na cidade e que consumimos água canalizada (Entrevista com M6, 53 anos).

Mas deste grupo de 18 (dezoito), três (3) entrevistados, não o faziam porque as condições financeiras não permitiam comprar purificador de água (*certeza*), carvão ou lenha para ferver a água. Assim, sendo mesmo tendo consciência dos perigos, não tinham como ultrapassar a situação, como argumenta:

Nem sempre consigo ferver a água ou comprar certeza, por causa da falta de dinheiro, a lenha e o carvão estão muito caros (Entrevista com M17, 70 anos).

Contudo, 2 (dois) dos vinte (20) entrevistados afirmaram que devido a vandalização dos sistemas de canalização de água, era preciso ferver a água ou tratar com *Certeza* antes de ser consumida, porque estas podiam conter bactérias que provocavam a cólera, como afirma o seguinte entrevistado:

Nunca tivemos problemas de cólera aqui em casa, a água é tirada da torneira colocamos certeza, e depois deixamos nas garrafas. Quando temos dinheiro para carvão fervemos, mas colocamos mais Certeza, porque nunca sabemos quando é que a doença vai voltar (Entrevista com H13, 23 anos).

Os entrevistados que já tinham passado por uma situação de cólera ou tiveram familiares doentes, num total de nove (9) entrevistados, disseram que durante a manifestação dos sintomas da cólera terem primeiro medicado com base a **tratamentos caseiros** como folha de espinhosa ou massaleira ou papaeira piladas com sal; alho e limão. Para a seguinte entrevistada este tratamento em alguns casos dá certo e em outros não, dependendo da gravidade da cólera, como afirma:

A minha mãe ficou doente em 1997, ela tinha cólera mas recusou-se a ir ao hospital porque ela sabia como curar a doença. Então ela pegou a folha de papaeira, sal e cinza, pilou tudo junto, juntou um pouco de água e tomou. Passando um tempo, ela ficou melhor (Entrevista com M7, 52 anos)

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Para os outros oito (8) entrevistados, esta medicação só podia ajudar para atenuar a cólera e aliviar as dores mas não curar definitivamente a doença.

Quando fiquei doente, tomei aspirina mas não passou, tomei folhas de cajueiro piladas com sal e alho mas nada melhorou. Como não tive como resolver o problema fui ao hospital, mas só fiquei lá alguns dias depois voltei para casa. No hospital deram-me alguns medicamentos para colocar em casa, mas como folhas de cajueiro ajudam a aliviar e curar as dores de barriga normal e evitar doenças, voltei a tomar e também dei aos os meus filhos, e nunca mais tivemos cólera até hoje (Entrevista com M3, 60 anos).

Apesar de haver a crença que a cólera cura-se através dum acompanhamento médico, a auto-medicação, ou medicação tradicional não é abandonada pelos moradores. Ela é muitas vezes usada como complementar às medicações oferecidas nos hospitais, para atenuar as dores causadas pela enfermidade como também para acelerar o processo de cura.

Apesar da consciência dos riscos que estão sujeitos, podemos concluir que as estratégias que os indivíduos recorrem são muitas vezes cumpridas em função da divulgação dos casos de ocorrência ou do surgimento da cólera dentro da família, mas acima de tudo em função da credibilidade de que tais estratégias podem levar a prevenção da cólera. Apesar desta situação, a insuficiência dos recursos e a crença nos factores de risco que levam a ocorrência da cólera determinam de forma significativa o cumprimento das estratégias de prevenção.

CONCLUSÃO

A presente monografia intitulada “ A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”, procura compreender a relação existente entre as percepções formadas em torno da cólera e a determinação dos factores de risco pelos moradores do referido bairro. De acordo com o objectivo da pesquisa, levantamos a seguinte questão, em que medida as percepções que os indivíduos constroem sobre a cólera influenciam na determinação dos factores de risco em relação a doença.

Ao levantarmos este problema procuramos trazer uma abordagem sociológica no estudo da cólera, enfatizando as percepções e o comportamento dos indivíduos em torno da enfermidade de modo a entender as explicações, visões e atitudes dos actores sociais. Tomando em conta a forma como a sociologia estuda os fenómenos sociais, assumimos logo a partida que as percepções que os indivíduos constroem sobre a cólera influenciam na determinação dos factores de risco, pois visão que eles têm sobre a doença resulta das vivências e experiências que vão tendo com a epidemia ao longo das suas vidas.

Como forma de alcançar o nosso objectivo principal, exploramos as percepções dos indivíduos em relação a cólera; as experiências e vivências com a cólera; factores de risco no contexto da cólera e as estratégias de prevenção a cólera.

Para um estudo minucioso do fenómeno arrolado, optamos pela abordagem fenomenológica construtivista, na medida que parte de princípio que o contexto social e as interpretações que os indivíduos fazem dos fenómenos sociais são significativos para a construção da realidade social.

A partir das informações recolhidas, podemos concluir que as percepções que os indivíduos têm sobre a cólera são heterogéneas. Elas variam em torno da forma como o social define a cólera e as experiências vividas que se consolidam em conhecimentos partilhados pelos membros do grupo. A cólera não é apenas tipificada como doença da pobreza, da sujidade, do lixo e dos maus hábitos de higiene, do outro mas também como doença da vergonha e do medo,

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

devido a falta de controlo do corpo e a rápida debilidade do organismo causada pela perda de forças.

Em função destas tipificações e representações, para os moradores da Polana Caniço “A”, a cólera é uma enfermidade que espelha as desigualdades sociais na medida que o adoecimento e a morte dos indivíduos pela doença estão relacionados com as condições precárias de saneamento existentes no bairro e a capacidade sócio-económica dos moradores em prevenir-se da epidemia.

Perante esta situação, verificamos que a cólera percebida como doença da sujidade, do lixo, dos maus hábitos de higiene, da pobreza, influencia na determinação dos factores assumidos como de risco pelos indivíduos para a ocorrência da enfermidade. Deste modo, a cólera não é vista como resultado do comportamento individual, mas como algo que vem de fora, do outro. É a pobreza que lhes incapacita de recursos financeiros para combater a doença, o vizinho que não cumpre com as normas de higiene, o mau funcionamento dos serviços públicos na recolha dos resíduos sólidos, a precariedade dos sistemas de saneamento, os modos de vida dos espaços urbanos, os fertilizantes, a chuva, os coléricos e a cratera existente no bairro, que aos olhos dos moradores constituem factores de risco para a ocorrência da cólera na Polana Caniço “A”.

Neste sentido, os factores de risco são externos, fora do alcance dos indivíduos, impossível de serem controlados por eles e por isso são alvos de rejeição ou desaprovação, na medida que é uma situação imposta. Em contra partida, os riscos que possivelmente podem ser assumidos como resultado do próprio comportamento, no que diz respeito a conduta individual, são negligenciados dos pelos moradores ou percebidos como não relevantes para a ocorrência da cólera.

Para finalizar, os moradores do bairro Polana Caniço “A” naturalizam os riscos de ocorrência de cólera, na medida que a doença não é percebida como uma enfermidade que ocorre devido a conduta individual, própria do indivíduo, mas sim como uma situação externa em que todos podemos estar sujeitos em função da existência das condições sociais impostas que favorecem o surgimento da cólera.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLIFF, Julie, MARIANO et. al. *Onde não há médico*. Londres: TALC – Teaching Aids at Low Cost, 2009.

BERGER, Peter e LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. Lisboa: Dinalivro, 2º edição, 2004.

GUJRAL, Lorna, MANJATE, Rosa. *Manual de prevenção e tratamento da cólera*. Maputo: Ministério da Saúde. 2009.

MACAMO, Elísio. *A leitura sociológica: um manual introdutório*. Maputo: Imprensa Universitária, 2004.

GIL, António. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas. 6º ed. 2008.

GONÇALVES, Eloisa, HOFER, Ernesto. *Cólera*. In: COURA, José (org.). *Dinâmicas das doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. P.p. 1367-1373.

GRANJO, Paulo. *Trabalhamos sobre um barril de pólvora: homens e perigo na refinaria de sinés*. Lisboa: Imprensa das ciências sociais. 2004.

LANGA, Ercílio. *O comportamento social dos moradores da bairro de Maxaquene “A” diante de casos de cólera entre 1999-2007*. Trabalho de fim de curso. Faculdade de letras e ciências sociais da Universidade Eduardo Mondlane. Muputo, Junho de 2009.

PERES, Frederico. Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde. In: MINAYO, Maria; MIRANDA, Ary (org). *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.p. 135-141.

QUIVY, Raynond & CAMPENHOUDT, Luc Van. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Paris: Gradiva. 2005.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

RICHARDSON, Robert. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Editora Atlas, 3 edição, 1999.

RITA-FERREIRA, António. *Os africanos de Lourenço Marques, Saúde e Nutrição*. In: Instituto de investigação científica de Moçambique: Série C. Lourenço Marques: IICM. Vol. 9. 1967-68.

SCHUTZ, Alfred. *Fenomenologia e Relações Sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. In: WAGNER, Helmut (org). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

SCHWALBACH, João. *Saúde e Medicina: O eu e o outro*. Maputo: Livraria Universitária, 1998.

SERRA, Carlos. *Cólera e Catarse*. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane. 2002.

SILVA, Luís. *Sócio-antropologia da Saúde: sociedade, cultura e saúde/doença*. Lisboa: Palácio Ceia, 2004.

Documentos electrónicos

ARAGÓN, Miguel et al. *Epidemiologia da cólera em Moçambique no período de 1973-1992*. Revista de Saúde Pública, Maputo, 1994. N. 28, p. 332-336 Disponível em: www.bvsde.paho.org/texcom/colera/MARagon2.pdf. Acesso em 22 de Maio de 2011.

BARRETO, Avertinio, GUJRAL, Lorna, MATOS, Carla. *Análise dos dados de vigilância epidemiológica, Moçambique, 1981-2002*. Maputo: Ministérios da Saúde, 2002. Disponível em: www.portaldogoverno.gov.mz/.../vigilancia%20Epidemiologia.pdf. Acesso em 15 de Abril de 2011.

BELTRÃO, Jane. *Cólera e gentes de cores ou o acesso aos socorros públicos no século XIX*. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: www.Scielo.br/pdf/physis/v14nz/v14nza05.pdf. Acesso em: 08 Junho de 2011.

_____. *Memórias da cólera no Pará (1855-1991): Tragédias que se repetem?* História, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, Dezembro, 2007. V. 14, p. 145-167. Disponível em: www.scielo.br/pdf/hcsm/v14so/07.pdf. Acesso em: 8 de Junho de 2011.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

BRAUN, Karoline. *Resiliência: um estudo bibliográfico sobre os factores de risco no desenvolvimento infantil*. 2008. Dissertação (Bacharelato em Psicologia) Universidade do Vale do Itajaí. Disponível em: Siaibib01.univali.br/pdf/Karoline%20Brain.pdf. Acesso em 8 de Junho de 2011.

DOUGLAS, Mary, WILDASKY, Aeron. *Risk and Culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkely, CA: University of California Press, 1982. Disponível em: <http://books.google.com/books...Mary-Douglas-Wildavsky-risk-and-culture>. Acesso em 4 de Maio de 2011.

FILHO, Pedro. *Cólera, doença negligenciada*. Rio de Janeiro: Fundação Conceição do Maracu. 2008. Disponível em <[http://www. Aldeia maracu.org.br/colera.pdf](http://www.Aldeia.maracu.org.br/colera.pdf)>. Acesso em 21 de Março.

GEROLOMO MOACIR e MARIA LF PENNA. *Cólera e condições de vida da população, Brasil*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 2000. 34 (4), 342-47. Disponível em HYPERLINK "http://www.fsp" www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em: 13 de Julho de 2001

GOLDIM, J.R. *Risco – bioética e ética na ciência*. 2001. Disponível em <[http://www. Ufgrs.br/bioetica/risco.htm](http://www.Ufgrs.br/bioetica/risco.htm)>. Acesso em 21 de Março de 2011.

GUJRAL, Lorna. *Epidemia de cólera em Moçambique*. Maputo: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em <[http://www. Misau. Gov. mz/.../apresentacao%20 sobre%20 a %20 situacao%20 de colera](http://www.Misau.Gov.mz/.../apresentacao%20sobre%20a%20situacao%20de%20colera)>. Acesso em 21 de Março de 2011.

MATOS, Carla Silva. *Breve história das epidemias de cólera que afectaram Moçambique*. In: MATOS, Carla Silva et al. *A cólera no ambiente: um problema global que afecta Moçambique*. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina, 2006. Disponível em <[http://www. Italcoopmoz.com/docs/notre.../quaderno 8 pdf](http://www.Italcoopmoz.com/docs/notre.../quaderno%208.pdf)>. Acesso em 20 de Março de 2011.

LAFUENTE, Sarah et al. *El cólera*. Servicio de Medicina Preventiva, Barcelona, 2006. 8 (1), 10-15. Disponível em: www.bvsde.paho.org/texcom/colera/Slafuente.pdf. Acesso em 4 de Agosto de 2011.

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

LUPTON, Deborah. *Risk: Key Ideas*. New York: Routledge. 2005. Disponível em: didel.script.univ-paris-diderot.fr/calorine/.../download.php. Acesso em 13 de Julho de 2011.

RANTHUM, Mary Aparecida. *Subnotificação e incidência de doenças veiculadas por alimentos e de seus factores de risco e consequências no município de Ponta Grossa*. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <teses. Icict. Fiocruz.br/pdf/rathumaman.pdf> acesso em 10.10.2011.

TAVIANI, Elisa, LAZARO, Nivalda, COLOMBO, Mauro. *Vibrio Cholerae no ambiente: um habitat natural e um risco para a saúde pública*. In: MATOS, Carla Silva et al. *A cólera no ambiente: um problema global que afecta Moçambique*. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina, 2006. Disponível em <<http://www.Italcoopmoz.com/docs/notre.../quaderno 8 pdf>>. Acesso em 20 de Março de 2011.

VARGAS, Maria Auxiliadora. *Construção social de moradia de risco: trajetórias de despossessão e resistência a experiência de juiz de Fora/MG*. 2006. Dissertação (Mestrado em planejamento urbano e regional) - Unifersidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em: www.ippur.ufrj.br/.../MariaAuxiliadoraRamosVarga. Acesso em 20 de Março de 2011.

WITTER, Nikelen Costa. *Males e Epidemias: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX)*. 2007. 296 Páginas. Tese (Pós-graduação em História) – Instituto de Ciências Humanas e filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói. Disponível em: www.historia.uff.br/sctriecto/teses/Tese-2007-Witter.Nikelen-S.pdf. Acesso em 15 de Agosto de 2011.

Anexos: Guião de entrevista e tabela sobre o perfil dos entrevistados

Anexo1: Guião de entrevistas

I – Perfil sócio-económico do entrevistado

1. Sexo:
2. Idade:
3. Estado Civil:
4. Posição na família:
5. Quantas pessoas vivem em sua casa?
6. Escolaridade?
7. Qual é a profissão que desempenha?
8. Quem contribui para o rendimento familiar?
9. O rendimento das pessoas que desempenham alguma actividade resolve os problemas da família?
10. A quantos anos vive no bairro?

II – Percepções sobre saúde e doença

1. O que é saúde ou ter saúde? E quais são as suas características?
2. O que é estar doente? E quais são as características?
3. O que provoca situações de doença?
4. O que tem feito para resolver o problema de saúde/doença?

III – Percepções em relação a cólera

1. Já ouviu falar da cólera? Se sim, o que é, quais são os sintomas ou como podemos diferencia-la de outras doenças?
2. Como é para o senhor/a estar doente de cólera?
3. Porque é que as pessoas apanham cólera? Onde e com quem ouviu falar sobre os modos de transmissão?
4. Já houve casos de cólera dentro do seu agregado familiar? Se sim, porque houve e o que fez para resolver o problema?
5. O que é que o senhor/a faz para impedir que casos semelhantes ressurgam? E onde e como teve informação sobre estes modos de prevenção?
6. Estas informações têm ajudado? Se sim ou não, porquê?
7. Além do caso da senhora, aqui no bairro, já houve casos de cólera? Se sim, porque é que há esses casos?

IV – Construção social do risco de cólera

1. Percepções ou noções de risco usadas pelos indivíduos no contexto da cólera

- 1.1 O que é risco ou quando é que podemos dizer que alguém encontra-se numa situação de risco?
- 1.2 Quais são os riscos ou perigos que têm mais sofrido?
- 1.3 No que concerne ao risco de saúde, o que é que mais afecta o seu bem-estar ou saúde tomando em conta as condições do bairro onde vive? E porque é que existe esta situação no bairro?
- 1.4 Como é para o senhor/a correr o risco de contrair a cólera? O que é que provoca este risco?

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

2. Os factores de risco

2.1 Dentre os factores que apresentou, existe alguns que são considerados importantes ou que tem mais impacto em relação a outros factores? Se sim, por que é que considera estes factores importantes?

2.2 Quais os factores de risco que são mais difíceis de controlar? E porque é que é difícil?

4. Estratégias de prevenção a cólera

4.1 O que tem feito para evitar ou minimizar o risco de contrair cólera dentro do seu agregado familiar? Porque é que adopta estas estratégias? E no bairro, vocês tem tomado medidas colectivas?

4.2 Estas medidas são tomadas antes, durante, ou depois do aparecimento da cólera no bairro? E é difícil controlar a doença através destas medidas? Se sim, porque?

4.3 Existe alguém, em particular que faz o controlo destas medidas ou são controladas colectivamente no seio do agregado familiar? Se existe uma pessoa em particular, por que é que esta pessoa e não outra a fazer este controlo?

4.4 Em algum momento, estes mecanismos têm resultados positivos? Se sim ou não, porquê?

❖ Anexo 2: Tabela sobre o perfil dos entrevistados

Código dos entrevistados	Idade	Estado civil	Posição na família	Profissão	Nº do agregado familiar	Anos de residência no bairro	Quarteirão	Escolaridade
M1	48	Casada	Mãe	Comerciante	8	28 Anos	8	6º Classe
H2	64	Casado	Pai	Reformado	6	40 Anos	10	4º Classe
M3	60	União de facto	Mãe	Doméstica	9	20 Anos	8	4º Classe

**A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana
Caniço “A”**

M4	50	Viúva	Mãe	Doméstic a	7	20 Anos	71	Nunca foi a escola
M5	61	União de facto	Mãe	Doméstic a	7	37 Anos	71	Nunca foi a escola
M6	53	União de facto	Mãe	Comercia nte	9	28 Anos	8	Nunca foi a escola
M7	52	Casad a	Mãe	Voluntári a	6	25 Anos	8	8° Classe
M8	35	União de facto	Mãe	Comercia nte	7	12 Anos	10	7° Classe
M9	50	Viúva	Mãe	Comercia nte	9	32 Anos	70	Nunca foi a escola
M10	59	União de facto	Mãe	Doméstic a	9	21 Anos	71	Nunca foi a escola
M11	36	União de facto	Filha	Comercia nte	4	23 Anos	70	5° Classe
M12	30	União de facto	Mãe	Comercia nte	6	30 Anos	8	4° Classe
H13	23	Soltei ro	Filho	Enfermeir o	8	23 Anos	10	12° Classe
M14	26	União de facto	Mãe	Servente	3	8 Meses	70	8° Classe
M15	24	União de facto	Mãe	Doméstic a	6	4 Anos	70	4° Classe
H16	26	União de facto	Filho	Servente	12	23 Anos	10	12° Classe
M17	70	Soltei ra	Mãe	Comercia nte	9	23 Anos	71	Nunca foi a escola
M18	63	Soltei ra	Mãe	Doméstic a	12	40 Anos	8	Nunca foi a escola
M19	52	União de facto	Mãe	Comercia nte	7	40 Anos	10	Nunca foi a escola
M20	50	Viúva	Mãe	Comercia nte	3	23 Anos	8	Nunca foi a escola

**A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana
Caniço “A”**

❖ **Anexo 3: Grelha de Observações**

1. Qual é o tipo de construção da casa?		
2. Quantos cômodos têm?		
3. Existe instalação sanitária? Se sim, qual é o tipo?		
4. Tem casa de banho? Se sim, partilha com vizinhos?		
5. Qual é fonte de abastecimento de água e que cuidados são tomados com água para o consumo		
6. Qual é o destino dado ao lixo		
7. Como é feito o controlo de alimentos?		

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”

Anexo 4: Fotografias do bairro Polana Caniço “A”



Figura 1: Contentor de lixo existente nas proximidades da cratera



Figura 2: Sistema de drenagem de águas pluviais

A Construção social do risco: um estudo de caso da epidemia de cólera no bairro Polana Caniço “A”



Figura 3: Continuidade do Sistema de drenagem



Figura 4: Cratera aberta pelas enxurradas de 2000, vulgarmente conhecida por “Cova”