

44. ATO



Universidade Eduardo Mondlane

Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Departamento de Arqueologia e Antropologia
Curso de Licenciatura em Antropologia

Trabalho de Fim de Curso

Representações e Práticas Sociais em Torno da Epilepsia:

**Estudo de caso na localidade de Nhankutse, Posto Administrativo de
Chongoene, Distrito de Xai-Xai, Província de Gaza**

Autora: Josina Nhantumbo

Supervisores: Prof. Dr. Elísio Macamo e Dr. Emídio Gune

Maputo, Outubro de 2005

Representações e Práticas Sociais em Torno da Epilepsia:

Estudo de caso na localidade de Nhankutse, posto administrativo de
Chongoene, distrito de Xai-Xai, província de Gaza

O trabalho pode ser
submetido

67

Autora: Josina Nhantumbo

Supervisores: Prof. Dr. Elísio Macamo e Dr. Emídio Gune

Emídio Vieira Salomone Gune

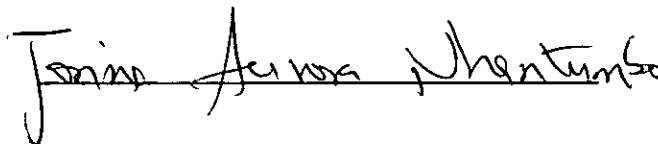
Projecto de pesquisa apresentado como requisito parcial para a obtenção do
grau de licenciatura em Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências
Sociais da Universidade Eduardo Mondlane

Maputo, Outubro de 2005

Declaração

Declaro que este trabalho de fim do curso, na modalidade de projecto de pesquisa, nunca foi apresentado na sua essência para obtenção de qualquer grau.

Este trabalho resulta da minha investigação estando indicadas ao longo do texto e na bibliografia as fontes utilizadas para a sua elaboração.



Josina Aurora Nhantumbo

Maputo, Outubro de 2005

Agradecimentos

Tenho a agradecer em primeiro lugar a Deus...

Aos meus pais, irmã, cunhado, sobrinhos e outros familiares...

Aos meus supervisores...

Aos meus professores e colegas do curso....

Ao Alípio, Zimba, Rosinha e outros amigos...

Ao Ministério da Mulher e da Acção Social e

A todos os que directa ou indirectamente contribuíram para que este projecto de pesquisa se tornasse realidade;

Muito obrigada por tudo...

Dedicatória

Aos meus pais

Ricardo Basílio Nhantumbo

Maria da Graça Augusto Troveja

Minha irmã

Ermelinda Nhantumbo (Linda)

Meu cunhado

Adriano Chandamela (Big)

Meus sobrinhos

Nelsa Albertina (Tininha)

Jacob de Assunção (Bito)

Mélica Helena (Kaká)

Wélmica da Graça (Wemmy)

Adriana Érmica (Pay)

Por tudo...

Índice	Pg.
1. Introdução	2
1.1. Problema	4
1.2. Justificação	5
2. Revisão de literatura	7
2.1. Orientação teórica	11
2.2. Discussão de conceitos	13
2.2.1. Representações sociais	13
2.2.2. Práticas sociais	14
2.2.3. Doença	15
2.2.4. exclusao social	15
2.2.5. Etnomedicina	16
2.2.6. Biomedicina	17
3. Metodologia	18
4. Resultados de Pesquisa	20
4.1. Caracterização do local de estudo	20
4.2. Representações sociais em torno da epilepsia	20
4.2.1. Doentes e familiares	20
4.2.2. Provedores de saúde	23
4.3. Formas de relacionamento com os doentes de epilepsia	27
4.3.1. Os doentes com epilepsia	27
4.3.2. Familiares dos doentes	28
4.3.3. Provedores de saúde	30
5. Análise dos resultados	32
5.1. Representações sociais sobre a epilepsia	32
5.2. Relacionamento com os doentes com epilepsia	34
6. Conclusões preliminares	36
7. Referências bibliográficas	38
Documentos de trabalho	41
8. Anexos	42
Anexo A: Guião de entrevistas	42
Anexo B: Lista dos Entrevistados	44

1. Introdução

O presente trabalho é um projecto de pesquisa, realizado como requisito parcial para a obtenção do grau de licenciatura em Antropologia, na Universidade Eduardo Mondlane (UEM). Este subordina-se ao tema Representações e Práticas Sociais em Torno da Epilepsia.

Neste trabalho propomo-nos a analisar o referido tema, a partir do campo de Antropologia de saúde, que procura estudar a doença como um fenómeno social. No presente caso, interessa-nos particularmente a forma como os indivíduos desenvolvem representações e relacionam-se entre si com referência a epilepsia, seja entre doentes e seus agregados familiares ou entre doentes na relação com provedores de serviços de saúde.

De acordo com o documento produzido pelo Ministério de Saúde (S/D) sobre a epilepsia, esta doença tem sido designada pelas pessoas por “doença de ataques”. A diferença de nomes para designar a mesma doença, remete-nos para a possibilidade de existência de diferenças nas representações da própria doença, nomeadamente quanto à sua origem, causas, formas de manifestação, transmissão, prevenção, tratamento, e relacionamento entre os vários actores sociais com os doentes. Assim, pretendemos analisar as representações sociais em torno da epilepsia e explorar a influência que estas têm sobre as formas de relacionamento com os doentes padecendo de epilepsia.

Para atingir os referidos objectivos, partimos de uma perspectiva interpretativa, que analisa as representações sociais como sendo resultantes de uma construção cultural, explorando como os significados e práticas interpretativas influenciam na produção de formas distintas de relacionamento com a doença e os que dela padecem.

Apresentamos o presente trabalho em oito partes. Na primeira parte, apresentamos o problema e a justificação do nosso projecto de pesquisa. Na segunda parte apresentamos a literatura revista, onde exploramos alguns trabalhos sobre epilepsia, com referência aos trabalhos feitos ao nível da África Subsaariana, onde Kalister et all (1997), Gretchen et all (2003) e Mielke et all (2000), remetem-nos para a ideia de que os comportamentos e atitudes de discriminação e exclusão social tomados no relacionamento com os doentes com epilepsia são consequência dos conhecimentos etnomédicos. Sobre Moçambique, Junod (1974), apresenta a visão tsonga

sobre a epilepsia, segundo a qual, a epilepsia é uma doença que resulta dos ventos e maus espíritos que arrancam a consciência do indivíduo que dela padece. Ainda sobre Moçambique, Guiliche (2002) refere que as crianças que padecem desta doença são socialmente excluídas, constatação similar a de Marrato (1999). A partir da revisão apresentamos o quadro teórico.

Na terceira parte apresentamos a metodologia, com realce para entrevistas semi-estruturadas e observação. Recolhidos os dados, estes foram analisados a partir da interpretação, feita a luz do quadro teórico. Na quarta parte, apresentamos os resultados do estudo, que apontam para a existência de três tipos de conhecimentos sobre as causas da epilepsia, um que aponta causas naturais, outro causas sobrenaturais e outro ainda que aponta traumas cerebrais. As representações existentes sobre as causas, as formas de manifestação e a idade do doente influenciam bastante na relação de discriminação e exclusão social que as pessoas tomam no seu relacionamento com os doentes com epilepsia.

Estes resultados são analisados na quinta parte, onde fazemos uma comparação dos resultados obtidos no estudo com os descritos na revisão de literatura. Prosseguindo com o trabalho, apresentamos as conclusões preliminares, onde constatamos que a forma como a epilepsia manifesta-se estimula a construção e a interpretação de representações que condicionam a discriminação e exclusão social dos que padecem desta doença. Constatamos ainda que a discriminação e a exclusão social são estratégias desenvolvidas para a protecção dos doentes, uma vez não ser possível prever os momentos das crises epilépticas.

Na sétima parte, apresentamos a lista das obras consultadas e citadas no texto, seguida dos anexos.

irracionalidades que directa ou indirectamente influenciam nas atitudes e comportamentos adoptados pelos actores sociais na sua relação com referência a epilepsia.

Neste contexto apresentamos como hipótese de trabalho, que os indivíduos constroem representações, interpretam e significam o social relativo a epilepsia a partir de conhecimentos de origens diferentes que vão condicionar a forma como se relacionam com os doentes padecendo de epilepsia.

1.2. Justificação

O presente trabalho está associado ao interesse analítico na área da antropologia da saúde, sobre a qual Uchoa e Vidal (1990) ilustram sua pertinência considerando que a antropologia apresenta uma perspectiva complementar e enriquecedora na abordagem dos problemas de saúde pública, permitindo captar as formas particulares que os indivíduos de um determinado contexto cultural podem representar a doença no sentido de desenvolver estratégias visando manter ou melhorar o seu estado de saúde.

A escolha do tema Representações e Práticas Sociais em Torno da Epilepsia, deve-se ao facto de existirem visões que dicotomizam o biomédico e o etnomédico, tomando-os por incomunicáveis e associam exclusivamente a etnomedicina à crenças que ocasionam práticas de discriminação e exclusão social dos doentes (Mielke et all, 2000; Gretchen et all, 2003 e Kalister et all, 1997). Neste contexto analisar práticas de descriminação e de exclusão social dos indivíduos com referência a epilepsia pode permitir perceber melhor os contornos sobre descriminação e exclusão social que tem sido pensadas apenas numa perspectiva negativa e exclusivamente associadas a etnomedicina.

Os resultados deste estudo poderão contribuir para o debate sobre a epilepsia e para o debate na formulação de políticas e programas de saúde pública no geral, e em particular, no sector de Acção Social que está virado à integração social das populações consideradas vulneráveis, nas quais as pessoas com epilepsia são inclusas, por padecerem de certas doenças, por portarem algumas deficiências visíveis ou por estarem em outras situações consideradas desfavoráveis.

1.1. Problema

Contrariando uma visão naturalista e universalista da saúde e doença Nichter, citado por Uchoa e Vidal (1994), refere que em cada contexto existe um potencial de criação de uma série de representações sobre doença e saúde que orientam os comportamentos e práticas no relacionamento entre os actores sociais. Em relação a epilepsia, Nichter, ajuda a perceber o potencial da existência de diversas formas de representá-la que influenciam diversas formas como as pessoas estabelecem relações umas com as outras.

Em Moçambique, por um lado, e de acordo com Ministério da Saúde (S/D), a epilepsia tem sido abordada de várias formas, sendo em algumas vezes associada a problemas mentais, outras ao feitiço ou possessões por espíritos e outras ainda a causas acidentais que podem provocar tumores cerebrais. Por outro lado, dos estudos apresentados por Mielke et all (2000), Gretchen et all (2003) e Kalister et all (1997) sobre a epilepsia na África Subsaariana, e por Marrato (1990) e Guiliche (2002) sobre epilepsia em Moçambique, que associam a discriminação e exclusão social à dificuldades de acesso aos serviços biomédicos, que levariam a percepções etnomédicas irracionais que sugerem a transmissibilidade da epilepsia, gerando por isso atitudes de discriminação e exclusão social, pensadas apenas como práticas negativas.

Neste contexto, questionamos como as pessoas representam a epilepsia e como estas representações influenciam na forma como se relacionam com referência à mesma. O objectivo central deste trabalho é o de analisar as representações e as práticas sociais em torno da epilepsia. Especificamente, pretendemos identificar a forma como as pessoas representam e significam a epilepsia; descrever as formas de relacionamento estabelecidas entre os doentes com epilepsia entre si e entre estes e os familiares e os provedores de saúde e ainda explorar a relação existente entre representações e significações sociais sobre a epilepsia e o relacionamento estabelecido com os doentes padecendo de mesma.

Partimos do princípio de que existem conhecimentos de origens diferentes sobre epilepsia que se relacionam e se reconstituem em contextos culturais particulares, tendo todos potencialidades e limitações, sendo ambos interpenetrados por racionalidades e

A escolha da Província de Gaza para a condução do estudo deve-se ao facto de segundo o Ministério da Saúde ser a quarta província com maior prevalência de epilepsia em Moçambique, a seguir a Manica, Tete e Inhambane, e ser a mais acessível em termos de deslocação. Por seu turno a escolha da localidade de Nhankutse como área geográfica de estudo foi influenciada pela existência de casos de epilepsia identificados pelo Ministério da Mulher e da Acção Social, onde a candidata exerce suas actividades profissionais.

No tocante à bibliografia sobre Moçambique, Junod afirma que "a epilepsia entre os Tonga é denominada por *wutleka*, é ao mesmo tempo, as convulsões dos pequenitos, geralmente explicadas pela acção do céu, aos espíritos maus quer aos ventos" (1974:401). O nome *Wutlheka* vem do *Wutlha* que significa arrancar. Significa, então, que o doente de epilepsia está num estado em que foi lhe arrancada a consciência. Junod (1974) considera ainda que o grande remédio para esta doença, que aterroriza os indivíduos é fornecida pelos macacos e babuínos, e prosseguindo refere que a epilepsia é temida por receio de contágio e que acredita-se, por exemplo, que se uma mulher que amamenta vê um epilético, a criança que ela tem nas costas pode tornar-se epilética.

Com uma posição diferente da de Junod, Marrato (1990) num estudo realizado nos arredores da Cidade de Maputo, aborda a epilepsia como sendo um tipo de deficiência mental. No referido estudo, a autora apresenta o significado etimológico da designação local de epilepsia, faz um levantamento das causas, manifestações e formas de cura da epilepsia para posteriormente mostrar as condições de integração familiar da criança padecente deste mal. Para esta autora a epilepsia é designada por *nwety*, que significa lua ou ainda por *nyokane*, que significa pequeno verme.

Ainda segundo Marrato, a epilepsia é caracterizada por aquecimento corporal intenso, vômitos e algumas vezes diarreias e convulsões, sendo consideradas como possíveis causas, as naturais e as sobrenaturais. Quanto as causas naturais, Marrato apresenta a explicação segundo a qual quando a criança nasce é portadora de um verme nos intestinos, que quando a lua estiver no quarto minguante e no quarto crescente, provoca crises de epilepsia. Quanto as causas sobrenaturais, a autora apresenta a explicação segundo a qual a epilepsia pode ser resultado da não realização da recepção da criança recém nascida na família, pode ser também por castigo dos antepassados, quando insatisfeitos por falta do *Kuphalha*¹ e ainda pode ser provocada por *Kuthakiwa*². Quanto ao diagnóstico e tratamento, Marrato refere que estes são feitos a partir de instrumentos disponíveis e usados pelos curandeiros para adivinhar e prescrever o tratamento (Marrato, 1990).

¹ Acto que liga os antepassados da linhagem com os vivos.

² Uma sanção social severa em relação a quem transgredir as normas de conduta socialmente estabelecidas.

Ainda nesta obra, a autora refere que, no sul de Moçambique, assim que a criança nasce faz um tratamento preventivo, devendo ser feito por uma mulher idosa que já tenha tido filhos, uma tia ou avô, mas nunca por uma mulher em idade fértil. Segundo Marrato, este procedimento tem a ver com a percepção segundo a qual a epilepsia varia com a idade da criança, com as causas e as formas de manifestação e o modo como a família encara e interpreta a doença.

O estudo de Marrato ajuda-nos a perceber como as designações da epilepsia podem ser múltiplas e sofrerem mutações ao longo do tempo, validando o nosso questionamento a homogeneidade avançada por Kalister et all (1997). Contudo ao estudar a epilepsia como sendo um tipo de deficiência mental, Marrato (1990) pode contribuir para alimentar a ideia de discriminação e exclusão social dos indivíduos que padecem de epilepsia.

Com uma posição parcialmente similar a Marrato, Guiliche (2002) num estudo realizado na Cidade de Maputo, considera a epilepsia como uma doença que se manifesta ainda geralmente nos primeiros meses de vida da criança que se não tratada pode arrastar-se até a vida adulta com manifestações mais violentas e mais complicadas. Para esta autora, os anciãos da comunidade educam e aconselham os jovens para fazer um tratamento preventivo logo após o nascimento da criança, antes que a doença se manifeste e se desenvolva.

Segundo a autora, para além das causas percebidas como naturais, a epilepsia pode ser provocada por causas sobrenaturais, que provocam *nhoka leyi kulu*, esta manifesta-se por convulsões. Em ambos os casos, o diagnóstico é feito por curandeiros, para adivinhação e prescrição dos medicamentos para o seu tratamento. Guiliche considera ainda não existir um modelo único a partir do qual a pessoa possa prever o comportamento em relação à busca de cuidados de saúde em tempos de crise de epilepsia, cabendo à família decidir onde procurar ajuda (Guiliche; 2002).

Diferentemente de Marrato (1990), Guiliche (2002) introduz uma explicação sobre as lógicas que levam os doentes a procurarem cuidados de saúde para a epilepsia. Contudo, ambas concordam que os doentes de epilepsia precisam de integração social, reforçando a existência de discriminação e exclusão social vistos apenas num prisma negativo.

Neste cenário e com base na bibliografia consultada, pretendemos aprofundar a percepção das representações sociais e sua influência na forma como as pessoas se relacionam com referência à epilepsia.

2.1. Orientação teórica

Em busca de orientação teórica para a condução do presente estudo, recorreremos a Geertz (1973) que considera que perante os factos culturais a interpretação é a única forma de torná-los descritíveis, porque os fenómenos sociais são sinais, mensagens, textos que são interpretados pelos estudiosos. Para Geertz a realidade é um dado perante o qual o antropólogo pode ter acesso para interpretá-lo através da observação.

Com uma posição diferente da de Geertz, Sperber (1992), considera que os fenómenos culturais não podem ser reduzidos a meros sinais e mensagens e a cultura a um sistema de significações pois os factos de significação estão entre lançados, não bastando por isso olhar para os mesmos para ter ideia do que acontece num determinado contexto cultural. Sperber sugere então ser necessário ter em conta o significado que as pessoas atribuem às suas acções e aos eventos.

É desta necessidade de ouvir os actores sociais que foi privilegiado o trabalho de campo em antropologia, com o cuidado de se ter interpretações mais aproximativas possíveis sobre a interpretação apresentada pelos actores, que na condução do presente trabalho, recorreremos à perspectiva interpretativa apresentada por Good (1994), para o qual a realidade social é resultante de construção e interpretação culturais devendo seu estudo centra-se nos seus significados.

Ainda segundo Good, a perspectiva interpretativa busca analisar como os significados e as práticas interpretativas interagem como processos sociais, psicológicos e fisiológicos para produzir formas distintas de doença e trajectórias de doença.

A par de Good e com vista a analisar os diferentes conhecimentos existentes em determinado contexto social, contamos com a perspectiva de Geertz (1997) sobre a comunicabilidade e reconstituição dos conhecimentos, que refere que o saber local, é constituído de inter conexões

dos diferentes saberes, de diferentes origens que se reconstituem num saber que orienta as acções dos indivíduos.

De Geertz (1973), Sperber (1992), Good (1994) e Geertz (2000), retivemos que a realidade social não se nos oferece como tal, ela é interpretada pelos actores sociais. Sendo assim as interpretações são posteriormente interpretadas por estudiosos que tiram suas constatações sobre a realidade em causa. De forma complementar que os saberes são comunicáveis e se reconstituem em determinados contextos culturais, deste modo, não são necessariamente compartimentos dicotomizados ou estanques, com base na sua origem biomédica ou etnomédica, mas podem reconstituir-se e moldar-se num formato único.

Com esta orientação teórica, pretendemos fazer uma discrição em torno das interpretações locais sobre as representações em torno da epilepsia e relacioná-las com a forma como as pessoas se relacionam com os doentes de epilepsia, como suas significações da epilepsia influenciam no referido relacionamento e como conhecimentos sobre epilepsia de diferentes origens interagem em contextos sociais concretos.

2.2. Discussão de conceitos

Neste capítulo, pretendemos abordar os conceitos que consideramos indispensáveis para operacionalização do nosso trabalho, nomeadamente os conceitos de representações sociais, práticas sociais, doença, exclusão social, etnomedicina e biomedicina.

2.2.1. Representações sociais

Neste trabalho pretendemos estudar como os indivíduos representam a epilepsia, para isso, recorreremos ao que se entende por representações sociais. Para Moscovici (1978:25), "...as representações sociais constituem uma série de opiniões, explicações e afirmações que são produzidas a partir do quotidiano dos grupos, sendo a comunicação interpessoal importante neste processo".

Segundo Moscovici, as representações sociais são consideradas como teorias de senso comum, criadas pelos grupos como forma de explicação da realidade, sendo que as pessoas no seu dia a dia vão trocando impressões em torno da realidade que os rodeia, é deste intercâmbio que se vão construindo e reconstruindo as opiniões, explicações e afirmações sobre a realidade, constituindo-se representações sociais sobre essa realidade. Moscovici apoia a sua reflexão no sujeito activo, construtor do mundo a partir das matérias que a sociedade lhe oferece, ao referir que o indivíduo não é passivo, ao não depende apenas da realidade exterior para atribuir significados, existe a sua reflexão subjectiva que interfere na construção das representações sociais.

A ideia de Moscovici, é complementada pela de Jodelet (1989) que considera que as representações sociais são concebidas pelos indivíduos como categorias de pensamento, formas de conhecimento elaboradas e partilhadas por grupos sociais, que os auxiliam a interpretar, questionar, atribuir sentido e intervir na realidade.

Tendo em conta as ideias Moscovici (1978) e Jodelet (1989), no presente trabalho consideramos representações sociais como formas como cada grupo procura explicar todos os fenómenos que o envolvem, neste caso a epilepsia, considerando também o papel do indivíduo nesta atribuição de sentido. Sendo assim em cada contexto social existe o potencial diferenciado de encarar as diferentes situações da vida, fazendo com que mesmo as coisas

novas, deixem de ser estranhas e sejam compreendidas como fazendo parte do dia a dia e influenciam o quotidiano.

2.2.2. Práticas sociais

Quanto ao conceito sobre práticas sociais, Orlandi (1973) parte da premissa de que a linguagem expressa no discurso dos sujeitos é simultaneamente instrumento de construção/reprodução da realidade e mediação das relações socialmente travadas, é uma forma de trabalho, de produção simbólica e acção social constituída em processo histórico determinado. Neste sentido, Orlandi considera representações sociais e práticas sociais como elementos indissociáveis de uma só realidade, pertencendo ao domínio das relações de poder vigentes e podendo operar tanto como meios de manutenção como de transformação das relações sociais.

Com uma posição similar, Spink (1995), a abordagem não dissociada de linguagem /pensamento e acção permite situar as práticas discursivas como frutos de uma produção social e não apenas como elaborações de subjectividade individuais.

Por sua vez, Lenzi e Coure (2004), chamam a atenção para o facto de, a relação entre conhecer e agir não ser directa, condicionada e decorrente. Para estes autores, o indivíduo não é orientado exclusivamente pela lógica da escolha racional resultante de informações sobre o comportamento adequados que promoverão a sua saúde. “Seu agir é fruto de suas concepções, crenças e valores” (2004:345).

Deste modo, ao falar das representações e práticas é necessário considerar que o indivíduo tem o potencial de recriá-las na sua subjectividade, sendo portanto as suas práticas condicionadas e não determinadas pelas mesmas (representações sociais). O importante é reter a ideia de que, muitas vezes por detrás de qualquer prática existe um conhecimento prévio que a dá sentido, nem sempre de modo racionalizado.

Assumimos no presente trabalho, práticas sociais como uma série de atitudes e comportamentos que os indivíduos tomam no seu relacionamento social com referência a epilepsia.

2.2.3. Doença

A doença sendo um factor social, os indivíduos têm conhecimentos sobre a sua etiologia que podem influenciar na tomada de certos comportamentos e atitudes na sua relação com os doentes.

É neste sentido que, aceitando a definição biomédica de doença enquanto processo bioquímico que afecta o corpo individual, Hertzlich (1991), aponta para a complementaridade da sua dimensão social, o contexto organizacional e de relação da doença.

Para reter a ideia de que a doença deve ser vista não só pelo lado biológico, mas também pelo cultural, é preciso considerar o que Kleinman (1980) designou de doença processo e doença experiência. Sendo assim, doença processo, “seria o reconhecimento de sintomas do distúrbio como doença, o diagnóstico e a escolha do tratamento e avaliação do tratamento” (Langdon, 1995:06). Ideia partilhada por Uchoa e Vidal (1994:500) ao considerarem que doença processo “(...) refere-se às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgão ou sintomas”. Desta forma, estamos perante a doença no sentido biológico.

Por sua vez doença experiência, “seria o processo subjectivo construído através de contextos culturais e vivenciado pelos actores”. Mais do que um conjunto de sintomas físicos observados numa realidade empírica, “é um processo subjectivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura” (Langdon, 1995:06). Com a mesma perspectiva, Uchoa e Vidal (1994) consideram ser a experiência subjectiva do mal estar sentido pelo doente. A experiência da doença conjuga normas, valores e expectativas tanto individuais como colectivas, e é expressa no pensar e no agir.

Para o presente trabalho, adoptamos a doença como experiência. A forma como os indivíduos vivem e se relacionam perante um processo de doença.

2.2.4. Exclusão social

Exclusão social “é uma situação de falta de acesso às oportunidades oferecidas pela sociedade aos seus membros” (Amaro; 2002:03)

De acordo com esta definição poderemos considerar que existem certos grupos populacionais que são excluídos de certas oportunidades por padecerem de certas doenças, por portarem algumas deficiências ou por se encontrarem em outras condições desfavoráveis.

Para o presente trabalho, tomamos como exclusão social, todo aquele comportamento ou atitude que limite as pessoas que padecem de epilepsia o acesso às oportunidades que a sociedade oferece aos seus membros.

2.2.5. Etnomedicina

Em todo o mundo, os indivíduos sempre buscaram e continuam encontrando nas plantas alívio ou cura para os seus males. O uso de remédios feitos com flores, frutos, folhas, raízes e tubérculos de determinadas plantas é tão antiga quanto os primórdios da história da humanidade.

Araújo (1977:33), entende este tipo de medicina como sendo a utilização por parte do povo de drogas, substâncias, gestos ou palavras para obter mais saúde para as pessoas. Não é apenas uma colecção de plantas medicinais usadas para prevenir e curar doenças, há também o seu lado mágico, suas acções e orações que o povo utiliza no tratamento e cura dos seus males físicos e mentais.

Esta é entendida num sentido mais amplo por Heggenhougen e Draper (1990:12), como sendo as diferentes classificações de doença, terapêuticas e prevenções desenvolvidas para fazer frente ao estado de doença.

A etnomedicina mais do que os objectos usados e a capacidade de usá-los para a prevenção e cura das doenças, é a forma como num determinado contexto os indivíduos se relacionam entre si e com a doença e buscam formas de restabelecer o estado de saúde, atribuindo sentido a cada uma das suas práticas.

Neste sentido, a etnomedicina é qualquer conjunto de estratégias desenvolvidas num determinado contexto cultural com vista a manter ou melhorar o seu estado de saúde.

2.2.6. Biomedicina

Adoptamos o termo Biomedicina para designar a medicina convencional (o conhecimento profissional sobre a saúde e doença). O enfoque principal deste modelo é a biologia humana, a fisiologia ou a patofisiologia, onde a doença é vista como um processo biológico.

De acordo com Langdon (1995:01), a Biomedicina embora seja um conhecimento científico por revelar estudos metódicos, experienciados e demonstrados que caracterizam o conhecimento científico, é vista como um modelo médico dentre os vários outros modelos existentes.

A biomedicina é um tipo de etnomedicina, trata-se de uma forma de perceber e fazer face a doença desenvolvida em determinado contexto cultural. Do vasto leque de etnomedicinas esta destaca-se pelo seu nível de difusão.

3. Metodologia

Para a realização deste trabalho, fizemos, numa primeira fase, uma revisão bibliográfica em diferentes bibliotecas, como a biblioteca da ex UFICS, da Faculdade de Letras e Ciências Sociais, do Departamento de Arqueologia e Antropologia, do Ministério de Saúde e de consultas na Internet. Pretendíamos buscar o que existe sobre o tema, com ênfase para antropologia geral, antropologia da saúde e estudos sobre representações sociais e sobre a epilepsia.

Numa segunda fase fizemos um trabalho exploratório de campo, em dois momentos, para a recolha de dados primários, que durou 20 dias entre os meses de Maio e Junho, na província de Gaza, Distrito de Xai-Xai, Posto Administrativo de Chongoene, Localidade de Nhancutse. A recolha de dados foi conseguida usando como técnicas, entrevistas individuais semi-estruturadas e da observação directa. A observação consistiu na observação de comportamentos e atitudes em relação aos doentes com epilepsia. Através destas técnicas, procuramos ver que representações sociais estão relacionadas à epilepsia.

As entrevistas foram realizadas com 10 doentes com epilepsia, com idade que variam dos 10 aos 20 anos de idade, com familiares de doentes com epilepsia e por 5 provedores de saúde. Dos epilépticos e suas famílias procuramos saber como concebem a epilepsia, como vivem e como encaram a sua situação de doentes com epilepsia, que relações sociais estabelecem no seu meio. Dos provedores de saúde procuramos saber como concebem a epilepsia, como manifesta-se, como é feita a prevenção, a transmissão e tratamento. Procuramos ainda, perceber como estes conciliam a sua experiência profissional com as vivências locais, nomeadamente como vivem e como encaram a situação de doentes com epilepsia, que relações sociais estabelecem com eles e suas famílias.

As entrevistas foram realizadas com recurso as línguas changana e portuguesa nas residências e locais de trabalho dos entrevistados com duração de cerca de uma hora cada uma delas. Houve casos em que as entrevistas foram feitas duas vezes, para esclarecimento ou desenvolvimento de alguns pontos.

Para a análise dos resultados, interpretamos as informações colhidas cruzando-as com as obtidas nas obras consultadas e os questionamentos apresentados na revisão da literatura.

No decorrer do nosso trabalho, fizemos uma visita exploratória no terreno, onde constatamos que os conhecimentos que tínhamos sobre a epilepsia, e a partir dos quais tínhamos desenvolvido nossos guiões de entrevista, eram muito diferentes dos que lá existiam. Assumíamos a epilepsia como uma doença localizada na cabeça, influenciados pelo tumor cerebral referido nas unidades sanitárias. Quando lá chegamos, procuramos saber sobre a doença que se caracteriza por convulsões e quedas localizada na cabeça e eles falavam-nos de uma doença localizada na barriga, embora os seus efeitos pudessem afectar a cabeça.

De forma complementar, tínhamos como perspectiva de análise o co-construtivismo que defende a ideia de que a realidade existe e que as representações eram criadas em seu torno. Nesse sentido, assumíamos a epilepsia como um facto, uma doença localizada na cabeça e que em seu torno poderiam existir diferentes representações. No entanto, constatamos que a epilepsia não é facto, pois não só o que se sabe sobre as causas, formas de manifestação e outros são construções, a epilepsia como doença é também uma construção cultural. Perante este desfasamento de ideias, tivemos que reordenar o nosso estudo no sentido de estarmos abertos a toda informação nova que nos fosse fornecida.

Outra questão surgida no decurso do estudo tem a ver com a selecção dos doentes com epilepsia entrevistados. Pretendíamos doentes com epilepsia, com quem pudéssemos conversar, tendo sido difícil porque os pais não permitiam que conversassem com pessoas estranhas e ainda porque, alguns, mesmo estando na idade que pretendíamos, não conseguiam comunicar-se tendo então conversado com os acompanhantes. Todos os doentes que precisavam de acompanhantes para as entrevistas, estiveram com as suas mães, isto porque, geralmente as mães é que cuidam dos filhos doentes naquela região.

Na já referida primeira visita, tivemos contacto com líderes locais que nos facilitaram o acesso às famílias em coordenação com a Direcção Provincial de Acção Social. Deste modo, pudemos conhecer muitas famílias com doentes de epilepsia, assim na segunda visita, já tínhamos referências sobre as suas residências, tendo sido recebidos em algumas delas e em outras, as pessoas recusaram a conversar sobre o assunto.

4. Resultados de Pesquisa

Apresentamos os resultados da nossa pesquisa exploratória em três partes, na primeira contém a caracterização do local de estudo, na segunda os dados sobre as representações existentes em torno da epilepsia e na terceira parte apresentamos as práticas de relacionamento estabelecidas com referência à epilepsia.

4.1. Caracterização do local de estudo

O Posto Administrativo de Chongoene tem uma população de 70.207 ha dos quais 19.134 h são da localidade de Nhankutse, sendo que a maior parte da população reside no interior. O Posto de Chongoene, faz parte do distrito de Xai-Xai que localiza-se na província de Gaza e tem uma população de 170.685 ha. Em Nhankutse, existem escolas que leccionam até o ensino primário completo.

No que diz respeito aos serviços de saúde, existe um posto de saúde com maternidade, localizado à beira da estrada.. Existem vários curandeiros e confissões religiosas nos quais os indivíduos têm seu referencial de saúde.

Quanto as vias de acesso, para além da estrada Nacional, todas as outras acessibilidades são em terra batida com problemas de transitabilidade.

4.2. Representações sociais em torno da epilepsia

4.2.1. Doentes e familiares

Em conversa com doentes e seus familiares identificamos duas formas de representar a epilepsia, de acordo com a causa desta doença. Uma que aponta para causa natural e outro para causa sobrenatural. Quanto a busca de cuidados de saúde referiram a existência de uma forma de tratamento de epilepsia no hospital e que alguns têm ido ao hospital mas para tratar outras doenças, pois para o caso de epilepsia não reconhecem a sua eficácia.

Os doentes e familiares dos doentes entrevistados consideram ser a epilepsia uma doença de ataques. Para estes, ataques são a forma como a doença se manifesta, que pode ser por perda de concentração, perda de consciência e ainda, o doente pode cair e perder os sentidos.

Nos casos em que a doença é considerada de causas naturais é denominada *Mwety* (lua) ou *Nyokana* (pequeno verme) e é percebida como ocorrendo geralmente em crianças de tenra idade. Existem ainda situações em que uma criança pode ter *nhoka* (verme) ou *nhoka le yi kulo* (cobra), quando a doença é de causa sobrenatural.

Para os entrevistados, a origem de epilepsia está num verme que se desenvolve na barriga dos indivíduos. Segundo os entrevistados “A pessoa nasce com ele, só que as vezes o verme cresce mais do que a pessoa”, trata-se de um desenvolvimento desproporcional entre o verme e a criança (*ku mu kulela*). Neste caso, quando move-se dentro do “barriga” provoca crises. Por isso é que os movimentos são parecidos com os de um verme (*Nyokana*) o cobra (*Nyoka le yi kulo*).

Os doentes e seus familiares consideram que as manifestações da epilepsia estão relacionadas com os movimentos de lua, principalmente com o nascer e o por da lua (quarto minguante e quarto crescente). Segundo os entrevistados, nesta fase as pessoas estão susceptíveis a crises epiléticas. Por isso, de acordo com os movimentos da lua devem ser tomados certos cuidados com as pessoas que padecem desta doença.

Ainda segundo os entrevistados, a epilepsia quando não tratada na tenra idade pode tornar-se crónica, como no caso da Felismina Mazimba, uma das nossas entrevistadas.

A Sra. Aventina Mbukwane conta que no caso da sua filha, Felismina Mazimba, a doença eclodiu no segundo ano de vida. Conta a Sra. Aventina que ela não conhecia o tratamento e não tinha quem conhecesse próximo, não administrou o tratamento preventivo, feito a base de folhas de algumas plantas. Sucedeu então que a sua filha, de repente começou a apresentar sintomas de febres e convulsões, foi ao hospital, onde foi recomendada a tomar uns comprimidos e cumpriu com a medicação e melhorou. Contudo, mesmo melhorando, logo a seguir, começavam de novo as convulsões, facto que a levou a aconselhamento junto das vizinhas que sugeriram-na que experimentasse o medicamento para a doença das crianças

Nyokane, tendo lhe sido recomendado o Sr. Alfredo, curandeiro, que passou a tratar a sua filha.

Segundo a Sra. Aventina, pela demora no início do tratamento tradicional, por ter levado muito tempo a tratar no hospital, a doença foi crescendo, pois só foi ao curandeiro quando a criança tinha 5 anos. Segundo ela, o tratamento tardio dos doentes com epilepsia é causado pelo facto de as mães das crianças não terem conhecimentos sobre a doença ou por esperarem que a doença ecluda. Isto faz com que estas crianças alcancem a idade adulta com epilepsia, quando esta só é curável na infância.

A Sra. Aventina referiu já ter consciência de que não precisa esperar que a doença ecluda e que sabe que toda a criança, logo que nascer precisa ter um tratamento preventivo das crises da doença, podendo ir ao hospital por outras razões. Ela referiu ainda que para o tratamento para *Nyokane* agora, vai ao hospital, por saber que este pode ajudar a acalmar as febres e outros tipos de mal estares paralelos à epilepsia, mas que não confia ao hospital por experiência própria, e acrescenta que desde que começou a tratar com o Sr. Alfredo as crises da filha melhoraram e por isso continua com a medicação prescrita pelo curandeiro.

Outra entrevistada foi a Sra. Albertina Tsamba, mãe de Francisco Chichava que referiu que o filho doente com epilepsia está fazendo tratamento com um curandeiro, para controlar as crises, mas não pode curar porque “queimou”³ (*apswile*) enquanto estava num momento de ataques, o que pode acontecer se uma mulher administrar o medicamento depois de na noite anterior ter mantido relações sexuais.

Segundo relatos dos entrevistados, as causas sobrenaturais são identificadas geralmente na idade adulta e designa-se *Nyoka* ou *Nyoka le yi kulo*. Uma das entrevistadas que está a fazer tratamento na fase adulta é Josefa Madondo, de 20 anos de idade, está fazendo tratamento com uma senhora que é mazione, considera ter sido por desleixo dos pais que até agora se encontra doente. Referiu a entrevistada que eles não quiseram tratar dela, porque sabiam que era por ela ter o nome de um familiar defunto que sofrera de *nyoka* e que não tinha conseguido curar,

³ Queimar metafórico, que significa uma situação que ocorre ao doente, quando a pessoa indicada para medica-lo tenha mantido relações sexuais na véspera do tratamento ou quando o doente com epilepsia inicia a actividade sexual antes de curar a doença. Em ambos os casos a doença torna-se crónica.

sendo assim, deveriam ter procurado curar logo na infância e fazer uma cerimónia dirigida a tal defunto e que por isso agora já adulta só pode procurar controlar as crises.

Com *Nyoka le yi kulo* quem está é também Francisco Chichava, que segundo a mãe contou ele pode cair de repente e perder a consciência, anda sem saber para onde, mas como os familiares e vizinhos sabem, quando ele começa a apresentar comportamentos estranhos eles ficam atentos para o controlar e levam para casa.

Os entrevistados referiram que o tratamento de confiança em termos de eficácia terapêutica, para o tratamento de epilepsia é o dos curandeiros, mazines e outros provedores de saúde fora das unidades sanitárias e que mesmo que não haja necessidade de consultar o curandeiro, logo que uma criança nasce lhe é administrado o medicamento preventivo para a epilepsia.

De acordo com os doentes e familiares entrevistados, não existem formas para prevenir a epilepsia, é uma doença natural ou de causas sobrenaturais. Segundo os entrevistados, o tratamento administrado antes da eclosão da epilepsia é apenas para prevenir as crises caso a criança tenha nascido epiléptica, pois, sabe-se que esta pode manifestar-se tardiamente. Ainda segundo os entrevistados, as causas sobrenaturais podem ser o feitiço por inveja/maldade dos vizinhos, possessão por espíritos cobrando cerimónias familiares ou possessão por espíritos de pessoas que já padeceram desta doença.

As pessoas entrevistadas em resposta ao questionamento em torno dos motivos das suas percepções sobre doença, atitudes e comportamentos na relação com a doença consideraram que as coisas funcionam daquela maneira e que aprenderam através da experiência contada pelos mais velhos ou vizinhos e mostrada no dia a dia.

4.2.2. Provedores de saúde

4.2.2.1. Curandeiro e mazione

Estes apresentaram três formas de explicar a epilepsia, uma das quais a biomédica sobre a qual referem não acreditar. Segundo os entrevistados, para os adultos trata-se de *Nyoka* ou *Nyoka le yi Kulo* e para crianças chama-se *Wety*, *Nhokana*, *xitsanuka* ou doença das crianças.

Segundo a Sra. Aventina Inguane, profeta Zione, as várias denominações locais de epilepsia não devem ser mencionados por e nem para pessoas que ainda não tenham iniciado a vida sexual, ou seja, pessoas que não sejam consideradas já de idade adulta. Segundo ela *Nyoka* ou *Nhokana* é comum entre as crianças porque nascem com ela, mesmo que não se manifeste logo, a possibilidade de padecer da doença é certa. Por isso recomenda-se o seu tratamento logo a seguir ao nascimento, independentemente de apresentar sintomas ou não, porque a eclosão das crises pode tardar e dificultar o tratamento.

Ainda segundo a Sra. Aventina, os casos de manifestações de epilepsia por causa natural em adultos verificam-se quando não houve tratamento para prevenir as crises ou se for mal tratada na infância por medicação mal administrada, sendo considerada medicação mal administrada quando não se seguem os tramites considerados certos para tal, por exemplo, em casos em que pessoa não indicada administra o tratamento, casos de não cumprimento dos horários ou em casos de má preparação do medicamento.

Prosseguindo a sua explanação referiu que pelo menos na primeira vez, o tratamento deve ser administrado, por uma mulher adulta, de preferência viúva, de modo que se tenha certeza de que não tenha mantido relações sexuais na noite anterior a primeira administração do medicamento, sendo que nas vezes subsequentes qualquer pessoa pode administrar. De forma complementar o medicamento deve ser preparado de acordo com as orientações do curandeiro, mazione ou outra pessoa que tenha domínio na matéria e administrado logo as primeiras horas da manhã.

No que diz respeito as manifestações da doença, segundo os entrevistados o doente com epilepsia pode apresentar-se muito distraído (*lihuwe*), falar disparates, dormir no chão e tomar outras atitudes não habituais. A pessoa doente pode ainda ter problemas de sonambulismo ou falar disparates enquanto dorme, manifestações são verificadas, geralmente, durante o período do nascer ou por da lua e características tanto para *Nyoka* como para *Nyokana*.

Ainda segundo os entrevistados, os movimentos de um doente com *Nyoka* ou *Nyokana* assemelham-se aos movimentos de uma cobra e estão associados com movimentos da lua, ou seja, as crises aparecem ao nascer ou ao por da lua, sendo que nestes casos o tratamento não precisa consulta é só administrar o medicamento já conhecido.

Segundo os entrevistados, *Nyoka le yi Kulo* por poder ter também causas sobrenaturais, para seu tratamento recorre-se a adivinhações para detecção das causas e formas de tratamento. Adivinhações estas que consistem em consultar aos antepassados através dos instrumentos disponíveis sobre as causas do problema. Ainda segundo os entrevistados, esta doença pode ser provocada ainda por feitiço, caso tenha algum problema com algum vizinho ou seja vítima de inveja, podem fazer feitiços (*Ku maheliwa, ku thakiwa*). E vezes há nas quais as pessoas contraem-na por se terem desleixado e não realizado algumas cerimónias aos antepassados, para além de ser transmitida a nascença por hereditariedade.

Segundo nos foi contado, para descobrir se é feitiço ou não, deve ser considerada a manifestação da doença, pois para doença natural a sua manifestação é mais frequente e depois de cada crise o doente tem outras manifestações como febres e outras formas de mal estar. Sendo assim caso, depois de uma crise o doente apresente-se bem e não tenha consciência do que teria acontecido, geralmente é representado como feitiço, possessão ou ainda sinal dos antepassados.

Segundo Alfredo Manusse, médico tradicional e Presidente da Associação dos Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO) em Nhancutse, quando criança é fácil curar a doença se o tratamento for administrado da forma como for prescrito, mas na idade adulta torna-se muito difícil, sendo possível apenas controlar as crises.

2.2.2.2. Profissionais das Unidades Sanitárias

Com este grupo de entrevistados identificamos três tipos de conhecimentos sobre a epilepsia. A epilepsia de causas naturais, a de causas sobrenaturais e a provocada por traumas cerebrais.

Para os profissionais de saúde entrevistados a doença que se manifesta através de ataques é caracterizada por um distúrbio cerebral provocado por um tumor. Prosseguindo referiu que o maior número de casos de epilepsia na infância é explicado pelo facto de muitas vezes os fetos estarem expostos a traumas de parto, mas ela pode eclodir a qualquer idade provocada por outros tipos de traumas, que não sabe quais. E que embora a epilepsia tenha causas externas, ela deve ser tratada logo a seguir a eclosão, pois, quanto mais tempo passar a brecha no cérebro vai crescendo dificultando a eficiência terapêutica do tratamento.

O nosso entrevistado referiu que a epilepsia não é uma doença fatal, mas algumas das suas manifestações podem ser de risco, como engolir a saliva em momento de crise, cair e ferir a cabeça, entre outros. Afirmou ainda ser difícil curar a epilepsia na idade adulta. De forma complementar explicou que nem toda a convulsão é epiléptica, pois existem muitos tipos de convulsão, o que as pessoas não sabem, logo que a criança apresente convulsões administram o tratamento de epilepsia.

Ainda de acordo com o nosso entrevistado, é difícil explicar para as pessoas que a epilepsia surge de um tumor no cérebro, porque elas acreditam que a doença de ataques tem sua localização na "barriga".

O nosso entrevistado referiu que como profissional de saúde e técnico de psiquiatria tem tido dificuldades de relacionamento com a sua família no que diz respeito ao tratamento dos seus filhos. Pois ele não permite que os seus filhos sejam submetidos aquele tratamento tradicional. "Eu não acredito no que eles dizem, eles acham que a epilepsia não tem cura nos hospitais, acreditam que é originada por feitiçaria e outras magias, mas eu tenho certeza de que existem condições hospitalares para o tratamento da doença". No entanto refere ter-lhe sido administrado o tratamento caseiro de epilepsia, pois os pais acreditam na causa natural da epilepsia. Contudo e já para os seus filhos refere não ter administrado, pois sabe que a epilepsia tem tratamento nas unidades sanitárias.

Questionado sobre a reacção da sua família, afirmou que não acreditando não adere e não sabe em relação ao resto da família.

A outra entrevistada, diz ter tido uma experiência marcante nesta área dado ao facto de ter tido o primeiro filho quando ainda estava em formação, e não ter contado com o apoio da família, mas logo que teve oportunidade de saber começou a administrar o tratamento tradicional, embora não tenha parado com o que já vinha administrando. Para ela, o medicamento fornecido pelo curandeiro ajudou para acalmar as crises do filho, mas não pode parar com o recomendado no hospital porque não sabe se também esta a contribuir positivamente ou não.

Conforme vimos nesta parte dos resultados, os entrevistados tem no seu imaginário a existência de diferentes formas de explicar a epilepsia, conciliadas de forma complementar, antagónica ou exclusiva na vida quotidiana. Derivando representações baseadas nas

percepções de idade do doente, causas, formas de manifestação, formas de tratamento, sua eficiência, gestão dos doentes.

Doentes, familiares, curandeiros, maziones, profissionais da saúde enquanto membros da comunidade, constroem suas representações com base nos recursos localmente existentes independentemente da origem dos mesmo, mesmo quando referem acreditar ou não nessas representações.

4.3. Formas de relacionamento com os doentes com epilepsia

4.3.1. Os doentes com epilepsia

Os doentes com epilepsia entrevistados referiram e lamentaram não poder estudar. Um deles é Farefino que considera que podia estudar se tivesse condições para tal, pois desde que iniciou o tratamento tradicional as crises tornaram-se menos frequentes e menos graves. Farefino, de 19 anos, tem feito pequenos trabalhos para o seu sustento, tais como vender caniço e estacas, materiais locais de construção. Referiu sofrer de epilepsia desde criança, e diz que sempre fez tratamento, mas não cura, o médico tradicional que o trata considera que não pode curar porque “queimou” ainda bebê, mas continua com o tratamento para controlar as crises.

Segundo os nossos entrevistados, alguns doentes com epilepsia sentem receio de participar em festas ou outros convívios com muitas pessoas porque a qualquer momento podem ter crises em público e algumas pessoas fogem quando vêm uma pessoa em crise, têm medo de ser contaminadas. Sendo que em suas casas os doentes refere, sentir-se seguros, pois tem sempre alguém para cuidar deles. Os entrevistados referiram não poderem aproximar-se do fogo e nem poder ir ao poço buscar água, diferentemente de outras pessoas com a mesma idade. Referem que é indo ao poço que muitas pessoas se encontram, brincam e trabalham, mas que eles têm que estar em casa, talvez varrendo o quintal.

Outro entrevistado, Inácio Mavulule referiu que não pode lavar a loiça, porque a mãe tem medo que ele possa cair e partir a loiça, não pode pôr o irmãozinho nas costas porque pode deixá-lo cair. Ele acha que as crises estão calmas, efeito do tratamento, mas toda a família pensa que a qualquer momento ele pode voltar a cair. Para Inácio a doença parece castigo,

sente-se muito mal, tanto que não costuma sair de casa. A sua mãe justifica pelo facto deste doente ter atitudes meio estranhas, suspeitando que a doença tenha afectado o juízo.

Os doentes sentem-se muitas vezes culpados pelo sofrimento dos pais em cuidar deles, complementando o facto de os pais perceberem o facto de alguém padecer de epilepsia na família como podendo ser um castigo dos antepassados.

4.3.2. Familiares dos doentes

Segundo os familiares entrevistados, as mães dos doentes menores com epilepsia não levam os filhos a escola por recear que estes tenham crises na escola. Segundo eles apenas os pais sabem encarar crises dos filhos. A esse respeito, a Sra. Hortência Moisés, mãe de Benedito Manhique, doente com epilepsia, disse não querer que o seu filho seja maltratado na escola e ajunta que isso nunca aconteceu porque ele nunca lá esteve, mas a mãe diz que não quer arriscar o filho, a menos que tome conhecimento de outras crianças na condição da sua estudando e sem problemas. Ainda segundo a Sra. Hortência, o que acontece é que muitas outras crianças quando tomam conhecimento que a outra sofre de epilepsia evitam juntar-se a ela por recearem crises repentinas. Estas acreditam que assistir a uma situação dessas pode possibilitar contágio.

Lembrando o período de campanha eleitoral, a mãe de Francisca Chichava, também doente com epilepsia, disse que a filha só ia aos lugares de concentração quando ela voltasse da machamba, pois ela não permite que esta saísse sozinha de casa, e que até porque recriava que os rapazes abusassem dela por apresentar problemas mentais. Embora esta mostre a vontade de brincar com as outras crianças, reconhece a proibição da sua mãe.

No caso de Josefa Madondo, esta não estudou e nem está casada, e que não poderá casar porque sofre de epilepsia e que os curandeiros consideram que não pode curar porque já iniciou a vida sexual.

Estes familiares dos doentes explicam que o facto de não deixarem os filhos que padecem de epilepsia irem a escola, ao poço, cozinhar, lavar pratos, carregar crianças, ir para lugares onde não haja alguém conhecido é para evitar que corram risco de se ferir aquando surja uma crise.

E se referem que as crises surgem em função da lua, não conseguem explicar em que momento exacto ou aproximado as crises eclodem ou eclodirão.

4.3.3. Provedores de saúde

4.3.3.1. Curandeiros e maziones

De uma forma geral os provedores de saúde fora das unidades sanitárias consideram que os doentes com epilepsia podem levar uma vida normal porque sabem que a doença não é contagiosa.

Um dos nossos entrevistados disse que os epiléticos adultos são considerados quase que malucos, mas isso porque geralmente na idade adulta a epilepsia é causada por feitiço e quando se trata de feitiço muitas vezes interessa ao feiticeiro que a pessoa doente esteja muitas vezes fora de si.

Os curandeiro e mazione consideraram que as pessoas que vivem com esta doença e os que com eles convivem tem dificuldades de relacionamento com a doença. Porque os que dela padecem precisam de uma atenção especial. Acham por isso ser preciso ter muita atenção com os doentes de epilepsia, por poderem apresentar comportamentos muito estranhos, embora passageiros, o que exige proximidade a pessoas que saibam da sua situação. De forma complementar, disseram que muitas vezes os doentes com epilepsia são considerados malucos porque, as pessoas levam a sério o que elas fazem ou dizem em tempo de crise, mas se o estado de crise passar estes voltam ao normal e podem exercer qualquer actividade e podem ir a escola. Sendo contudo importante fazerem o tratamento para amenizar as crises, podendo assim ficar muito tempo sem crises facilitando o exercício de outras actividades.

4.3.3.2. Profissionais de unidades sanitárias

Os profissionais de saúde disseram que o doente com epilepsia merece um tratamento normal, tanto que tem aconselhado aos doentes e seus familiares sobre o assunto. Disseram ainda que a doença não é contagiosa e por isso não existe nenhum risco em estar próximo de um doente de epilepsia. De forma complementar disseram ainda que a epilepsia não é doença mental, ela só é tratada no sector de psiquiatria por ser uma doença que quando não tratada pode provocar perturbações mentais, não existindo um sector que trate especificamente de epilepsia.

De acordo com estes profissionais, o doente com epilepsia se seguir o tratamento com rigidez pode levar uma vida normal e nunca passar por deficiente mental, podendo realizar suas

tarefas com normalidade, apenas tomando em consideração a sua situação. Referiram ainda a importância de um aconselhamento para os doentes e seus familiares no sentido de encararem a doença com normalidade, pois isso facilitaria a vida dos doentes que muitas vezes se sentem discriminados por padecerem de epilepsia.

Após esta breve apresentação dos dados preliminares é importante reter a ideia de que os doentes de epilepsia têm tido um tratamento diferente. Isto porque os conhecimentos e as experiências que as pessoas têm sobre ela influenciam no sentido de estas se comportarem tomando atitudes de discriminação negativa e de exclusão social. Assim representações sociais são diversas, dinâmicas e se inscrevem em espaços da vida quotidiana, que faz com que se organizem lógicas de prevenção, tratamento e de relacionamento com os doentes. Formas estas de relacionamento que são transmitidas de geração em geração e ainda em pessoas de mesma geração na vida do dia a dia.

5. Análise dos resultados

Nesta parte do trabalho, procedemos a análise e interpretação dos dados obtidos no trabalho de campo, começando pelas representações sociais e posteriormente relacionando as representações sociais com as práticas de relacionamento estabelecido com referência a epilepsia.

5.1. Representações sociais sobre a epilepsia

Para analisar e interpretar os dados obtidos no trabalho de campo, confrontamo-los com a componente referente a revisão da literatura.

Quanto as causas e designações da epilepsia Marrato (1990) e Guiliche (2002), nos seus trabalhos agrupam-nas em causas naturais e sobrenaturais da epilepsia. Segundo as referidas autoras, as causas naturais provocam *Wety* ou *Nyokana* e as sobrenaturais provocam, de uma forma geral, a *Nyoka* ou *Nyoka le yi kulo*.

Quanto a *Nhoka* ou *Nhokana* esta seria comum às crianças porque a pessoa nasce com ela. Mesmo que não se manifeste logo, a possibilidade de padecer da doença é maior. Por isso recomenda-se o seu tratamento logo a seguir ao nascimento, independentemente de apresentar sintomas ou não. A manifestação pode tardar e dificultar o tratamento. Isto explica o facto de muitas crianças serem administradas o medicamento mesmo que não apresentem sintomas da doença.

Em crianças de tenra idade, a doença manifesta-se geralmente por convulsões, vômitos, diarreia e aquecimento intenso como refere Marrato (1990). Esta doença pode manifestar-se através de um atraso mental, algumas paralisias ou mesmo a criança apresentar-se muito traquina e desconcentrada. Pode mexer-se muito e falar disparates enquanto dorme.

No caso de *Nyoka le yi Kulo* as manifestações assemelham-se à epilepsia de tipo grande mal apresentado por Guiliche (2002), são quedas, perda de consciência e são mais graves.

O nosso estudo apresentou resultados similares, as causas eram agrupadas em naturais e sobrenaturais. As naturais para *Wety* e *Nyokana* e as sobrenaturais para *Nyoka* e *Nyoka le yi*

kulo. Contudo, os nossos entrevistados fizeram referência à outra forma de explicar a epilepsia, a apresentada nas unidades sanitárias.

Marrato(1990) e Guiliche(2002) referem que no âmbito do tratamento, os mais velhos aconselham os jovens a administrarem o medicamento produzido a partir de plantas para evitar que a doença se torne crónica. O que acontece também em Nhakutse, onde os mais velhos é que conhecem o medicamento e vão passando de geração em geração, ou ainda os vizinhos e parentes recomendam pessoas que saibam tratar.

Os entrevistados procuram tratamento nos maziones, curandeiros, nas unidades sanitárias e outros conhecedores de medicamento para a epilepsia, muitas vezes estes são complementarmente administrados. No tratamento complementar de medicamentos os doentes argumentam que a doença principal só pode ser curada pelo curandeiro, mazione ou outros, e que a unidade sanitária serve para os casos tratar febres e outras manifestações que acompanham a epilepsia.

Algumas pessoas dizem não procurar hospitais para o tratamento de epilepsia por não acreditarem na eficácia terapêutica da sua medicação. Outras alegam o facto de terem levado tempo tentando curar no hospital por não conhecer o tratamento dos curandeiros, maziones e outros provedores de saúde fora das unidades sanitárias, como causa da resistência da doença.

Esta situação deixa claro que a existência ou não de hospitais na região em si só não influencia necessariamente na forma como as pessoas encaram a doença. Pois, mesmo as pessoas que têm acesso fácil aos hospitais podem não procurá-los em certas ocasiões, esta ideia contrasta com a apresentados por Kalister et all (1997), Gretchen et all (2003) e Mielke et all (2000), segundo a qual a procura da etnomedicina para o tratamento da epilepsia é justificada pela fragilidade na oferta de serviços de saúde.

Deste modo, mesmo tendo identificado diferentes formas de explicar a epilepsia, na prática, constatamos que as pessoas criam um universo único no qual podem recorrer a um ou outro lugar de referência de acordo com o seu condicionamento histórico ou contingente, movem-se de acordo com a expectativa e com os resultados obtidos.

5.2. Relacionamento com os doentes com epilepsia

No que diz respeito às formas de relacionamento com os doentes com epilepsia, vimos que estes são proibidos de se juntar as outras crianças, porque não podem estar distantes dos seus pais (especialmente mães), por recearem que sejam maltratadas ou mesmo que tenham crises. Não podem buscar água ao poço com outras crianças, não podem estar próximos do fogo, isso para não correrem riscos.

Em conversa com as mães das crianças doentes de epilepsia, percebemos que estas crianças eram consideradas como incapazes de tomar certas decisões mesmo sobre a sua própria vida, e que faziam de tudo para não levar para fora de casa.

Estes comportamentos não são homogêneos, como já referiu Guiliche (2002), ou seja, o relacionamento que se estabelece com os doentes de epilepsia é diferenciado em conformidade com a sua idade.

As manifestações de epilepsia e a sua incidência no meio social suscita diversas interpretações no que diz respeito as causas, formas de transmissão e prevenção que influenciam na forma de relacionamento que se estabelece com a doença e os doentes.

Vimos no nosso estudo que as causas da doença que estão muitas vezes relacionadas a idade do doente e as formas de manifestação também influenciam na maneira diferencial com que se tratam os doentes de epilepsia.

Quando o doente se encontra na idade em que se considera a doença como de causa natural, a preocupação é administrar o tratamento de modo a evitar que a doença se prolongue até a idade adulta. Neste caso, o tratamento pode ser caseiro. Mas na idade adulta, passa-se necessariamente pela consulta aos curandeiros, maziões ou outros com capacidades de adivinhar ou consultar os espíritos. Nesta fase, estando numa idade em que, em condições normais exerceria muitas actividades, a discriminação e exclusão parecem mais evidente dadas as limitações do doente.

Das entrevistas feitas, notamos que diferentemente do que constatamos na nossa revisão, dos estudos de Marrato (1999) e Guiliche (2002) as práticas de discriminação e exclusão social referidas no relacionamento com os doentes de epilepsia não são necessariamente negativas. Estas são adoptadas como forma de protecção do doente por não se ter noção sobre o momento de crise.

Constatamos que as pessoas tomam atitudes e comportamentos porque vêm dos mais velhos, fazem-no como fruto da experiência ou por terem aprendido durante e é neste âmbito que buscam significações práticas que tornam normais os seus comportamentos. A legitimação passa pelo medo das consequências da não tomada de tais comportamentos ou pelo reconhecimento da entidade que lhes ensinara.

Vimos também que as práticas de relacionamento tomadas pelos indivíduos não decorrem apenas de uma forma específica de explicar a epilepsia. Existem as diferentes explicações que fazem parte do imaginário dos indivíduos e que se reconstituem em apenas um que orienta as suas acções.

Ancorados na ideia de Geertz (1997) de que o saber local é constituído como fruto de interconexões de saberes de diferentes origens, constatamos que os diferentes conhecimentos identificados interagem significados e lógicas, de forma conflituosa, pacífica e às vezes contraditória. Pois mesmo que as pessoas não acreditem, o facto de saberem que existe uma e outra forma de representar a doença, estas já fazem parte do seu imaginário, e influenciam conjuntamente a forma como as pessoas se relacionam com os doentes de epilepsia.

6. Conclusões preliminares

Este trabalho parte da análise de estudos apresentados por Mielke et al (2000), Gretchen et al (2003) e Kalister et al (1997) sobre a epilepsia na África Subsaariana, e por Marrato (1990) e Guiliche (2002) sobre epilepsia em Moçambique, que associam a discriminação e exclusão social à dificuldades de acesso aos serviços biomédicos, que levariam a percepções etnomédicas irracionais que sugerem a transmissibilidade da epilepsia, gerando por isso atitudes de discriminação e exclusão social, pensadas apenas como práticas negativas.

Face a referida análise, este trabalho identifica diferentes formas de explicação da epilepsia entre profissionais nas unidades sanitárias, entre curandeiros, mazonos, os doentes com epilepsia e seus familiares, as quais as pessoas recorrem para significar a doença.

Na prática, as pessoas criam um universo único com recurso a conhecimentos de origens diversas, que lhe possibilita a tomada de atitudes face a doença de acordo com o seu condicionamento histórico ou contingente. Uns designam epilepsia para todos os casos, enquanto outros separam dois tipos, sendo um *Nyokane* e outro *Nhoka le yi kulo*. Os indivíduos movem-se entre as três designações, entre exclusividade, alternância e complementaridade.

As significações são construídas com base em recursos culturalmente acessíveis aos indivíduos, nomeadamente similaridades entre o rastejar dos vermes ou das cobras com as manifestações geradas pela doença para os indivíduos que tem acesso apenas a esse universo por um lado e por pensar traumas cerebrais para os que tem acesso a esse universo cosmológico ou ainda a imbricação de ambos, para os casos dos que movem-se entre ambos.

Deste modo fica aberta a possibilidade de representar a epilepsia com recurso a explicações de origens diferentes, a biomédica e a etnomédica, que passaram a povoam as representações dos indivíduos comunicando-se numa dinâmica em que as suas significações e lógicas são recriadas de acordo com o contexto particular onde ocorrem, em alguns momentos de forma pacífica e em outros de forma conflituosa, gerando complementaridades em alguns casos e divergências em outras, formando contudo apenas uma cosmologia de representações e práticas relativas em torno da epilepsia.

Quanto a relação entre as representações e significações sobre epilepsia e a sua influência no relacionamento com os doentes com epilepsia, o estudo permite concluir, preliminarmente, que as práticas de discriminação e exclusão social não decorrem apenas devido a uma irracionalidade da etnomedicina, mas derivam de um mecanismo de racionalidade activado como parte de estratégias desenvolvidas num contexto cultural para a protecção dos doentes padecendo de epilepsia por não se poder prever o momento de crise, que periguem suas vidas, dos próximos ou de seus bens.

Com base nas referidas conclusões preliminares extraídas do presente estudo exploratório, distanciamo-nos de Kalister et all (1997), Gretchen et all (2003) e Mielke et all (2000) que consideram que as práticas de discriminação e exclusão social são apenas resultantes de uma irracionalidade ligada aos conhecimentos etnomédicos. Distanciamo-nos também de Marrato (1990) e Guiliche (2002) que analisam descriminação e exclusão social dos doentes com epilepsia apenas numa perspectiva negativa.

Quanto as formas de relacionamento entre os doentes com epilepsia entre si, devido ao facto de recorrentemente ter-nos sido informado pelos entrevistados que os doentes não saíam e não brincavam com outras crianças ou pessoas de sua idade, acabamos não conseguindo colher resultados sobre este tópico, pelo que nenhuma conclusão avançamos a respeito.

Estas conclusões preliminares, sendo de um estudo exploratório, poderão ser tomados como pontos de partida para futuras investigações. Aprofundada deverá ser também a questão sobre racionalidade vs irracionalidade, dicotomizados entre biomedicina e etnomedicina.

7. Referências bibliográficas

AMARO, R. R. (2002). Exclusão Social Hoje. ISTA. Rio de Janeiro: *Revista Escolar*.

ARAÚJO, A. M. (1977). Medicina Rústica 2ª ed. São Paulo: Editora Nacional Brasília.

BIBEAU, G. (1981). The Circular Semantic Network in Nghandi Disease Nosology, Social Science and Medicine. S/E.

BORDIEU, P. (1996). Razões Práticas: Sobre a Teoria da Acção. Campinas: Papius Editora.

CARDOSO, M. A. e GOMES, R. (2001). Representações Sociais e Historia: Referencias Teórico- Metodológicas para o Campo de Saúde Colectiva. Rio de Janeiro: *Revista de Saúde Pública*.

CARRARA, S. (1994) Entre Cientistas e Bruxos: Ensaio Sobre Os Dilemas e Perspectivas de Analise Antropológica da Doença. In: ALVES, C. A. e MINAYO, M. C. (1994). Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico. Brasil: Editora Fio Cruz.

COPANS, J. (1974). Antropologia: Ciência das Sociedades Primitivas? Lisboa: Edições 70.

DURKHEIM, E. (1999). "Religião e Conhecimento". In: J.A. Rodrigues (org.) Emile Durkheim. São Paulo: Editora Ática.

GOOD, B. J. (1994). Medicine, Rationality and Experience: An Antropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press.

GUILICHE, T. Percepção, cura e integração social da criança epiléptica. 2001. Projecto de Pesquisa apresentado em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia na Universidade Eduardo Mondlane. Maputo: UEM.

GEERTZ, C. (1978). Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Zahar.

_____ (1997). O Saber Local: Novos ensaios em Antropologia Interpretativa. Metropolis: Editora Vozes.

GRETHEN, L. et all. (2003). The Functional Status of People With Epilepsy in Rural Sub Saharian Africa. *Journal of the Neurological Sciences*. Zambia.

HAGGENHOUGEN, K. e DRAPER, A.(1990). *O Campo da Antropologia da Saúde*. Londres: BPC Publications.

HERZLICH, C. (1991). A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. Rio de Janeiro: *Revista de Saúde Colectiva 1*.

JODELET, D. (1984). "Representações Sociais: Um Domínio em Expansão". In: D. Jodelet. (Ed) *Les Representations Sociales*. Paris: PUF

JUNOD, H. (1974). *Usos e Costumes dos Bantu (vols 1/2)*. Lourenço Marques: Imprensa Nacional.

KALISTER, H et all. (1997). *Psychossocial Study of Epilepsy in Africa*. Social Science and Medicine. Ruaha. Tanzania.

KLEINMAN, A.M. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

LANGDON, J. *A Doença Como Experiência: A Construção da Doença e seu Desafio Para a Prática Médica*. Conferencia 30 anos Xingu. 1995. Escola Paulista de Medicina. *Revista de Ciências Humanas*. São Paulo.

LENZI, M e COURÉ, L. (2004). *Prevenção da Dengue: A Informação em Foco*. São Paulo: *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*.

MARRATO, J (1999). *Condições de Enquadramento familiar de Criança Deficiente Mental*. Tese de Licenciatura. Maputo: Instituto Superior Pedagógico.

MIELKE, J. et all (2000). *The Impact of Epilepsy on the Quality of Life of People with Epilepsy in Zimbabwe: A Pilot Study*. Zimbabwe:University of Zimbabwe.

MINAYO, M.C.S. (1994). *Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec

MOSCOVICI, S. (1978) *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

NICHTER, M. (1989). *Anthropology and International Health: South Asian Case Studies*. Dodrecht: Kluwer Publication. In: UCHOA E. e VIDAL J. (1994). *Antropologia Médica: Elementos Conceituais e metodológicos para uma abordagem de saúde e doença*. Rio de Janeiro: *Caderno de saúde pública*.

ORLANDI, E. P. (1993). *O Discurso Fundador: A Formação do País e a Construção da Identidade Nacional*. Campinas: Editora Pontes.

ROSEMBERG, C. E. (1988). *Disease and Social Order in American Perception and Expectation in AIDS: The Burdens of History*. Berkeley: University of California Press.

SCHWALBACH, M. T. e SCHWALBACH, J. (1970). *Aspectos Gerais de Medicina Negra em Moçambique*. Moçambique: Revista dos Estudantes da Universidade de Lourenço Marques.

SEGRE, M. e FERRAZ, F. (1997). *O Conceito de Saúde*. São Paulo: Revista de Saúde Pública.

SPERBER, D. (1992). *O Saber dos Antropólogos*. Lisboa: Edições 70

SPINK, M. J. (1995). *O Conhecimento Cotidiano. As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social*. São Paulo: Editora Brasiliense

TESSER, C. D. e LUZ, M. T. (2002). *Uma Introdução às Contribuições da Epistemologia Contemporânea Para a Medicina*. Rio de Janeiro: *Revista de Saúde Publica*.

UCHOA E. e VIDAL J. (1994). Antropologia Médica: Elementos Conceituais e metodológicos para uma abordagem de saúde e doença. Rio de Janeiro: *Caderno de saúde pública*.

UNGLERT, C. V. de S. et all (1987). Access to Health Services: A Geographical, Approach To Public Health. São Paulo: *Revista de Saúde Pública*.

Documentos de trabalho

Instituto Nacional de Estatística. 1997. II Recenseamento Geral da População, Resultados Definitivos da Província de Gaza. Maputo.

Ministério da Saúde, Departamento de Saúde da Comunidade, Programa de Saúde Mental. S/D. Epilepsia, doença de ataques: O que todos nós devemos saber... Maputo: Ministério da Saúde.

8. Anexos

Anexo A: Guião de entrevistas

1. Identificação do entrevistado

- Nome do entrevistado,
- Idade,
- Doente de epilepsia,
- Acompanhante do doente de epilepsia,
- Provedor de serviços de saúde.

2. Aspectos gerais

- Há quanto tempo vive nesta região?
- Como tem sido o seu dia a dia?
- Que tipo de dificuldades tem enfrentado?
- Tem tido a assistência necessária em caso de doenças?
- Que doenças têm enfrentado mais aqui nesta região?

3. Doentes e familiares

3.1. Representações sociais sobre a epilepsia (doença de ataques)

- Como se chama a doença que se caracteriza por convulsões e quedas?
- Porque tem esse nome?
- O que provoca essa doença?
- Há quanto tempo sofre dessa doença?
- Quando é que acontecem os ataques?
- Como você obteve essa doença?
- Como se pode prevenir essa doença?
- Essa doença pode ser curada?
- Onde é que tem procurado tratamento/cura?
- Porque procura tratamento/cura nesse lugar?

3.2. Formas de relacionamento com a doença e com os doentes de epilepsia

Relação entre doentes e doença

- Como é que a doença afecta o seu dia a dia?
- A doença afecta as suas relações com outras pessoas como família, amigos, etc?
- Há certos eventos que não pode assistir?
- Há certas actividades que não pode exercer?
- O que significa para si viver com esta doença?

Relação entre os familiares dos doentes e os doentes de epilepsia

- Como é o dia a dia com um doente de epilepsia?
- Que dificuldade tem enfrentado por viver com um doente de epilepsia?
- Que actividades pode ou não exercer o doente de epilepsia?
- Que lugares um doente de epilepsia não pode estar?
- Que tem feito para ajudar o doente de epilepsia?

4. Provedores de serviços de saúde

4.1. Representações sociais sobre a epilepsia

- Como se chama a doença que se caracteriza através de convulsões e quedas?
- Porque tem esse nome?
- O que provoca essa doença?
- Quando é que acontecem os ataques?
- Como se pode prevenir essa doença?
- Essa doença pode ser curada? Onde?
- Que tipo de tratamento tem prestado para os doentes?
- Tem tido sucesso no tratamento administrado?
- Tem enfrentado dificuldades no processo de tratamento destes doentes?

4.2. Formas de relacionamento entre os provedores de serviços de saúde e doentes de epilepsia

- Como deve ser o cuidado com um doente de epilepsia?
- Que actividades um doente de epilepsia pode ou não exercer?
- Que lugares um doente de epilepsia não pode estar?
- Qual a sua experiência profissional em torno dessa doença,
- Como encara a diferença na explicação desta doença no meio comunitário em que vive?
- Sabe se lhe foi administrado o tratamento tradicional quando criança?
- Os seus filhos e outros familiares?
- Como consegue conciliar a experiência profissional nas unidades sanitárias e a vida social na comunidade?

Anexo B: Lista dos Entrevistados

Provedores de serviços saúde

Data da entrevista

- | | |
|---|---------------------|
| 1. Alfredo Manusse - Presidente da AMETRAMO em Nhancutse | 26 e 27/05 |
| 2. Teresa Cossa - Membro da AMETRAMO em Nhancutse | 27/05 |
| 3. Aventina Lhonguane – “Bava” Zione em Nhancutse (Pastora). | 27/05 |
| 4. Enfermeira (na condição de anonimato) | 06, 10 e 11/06 |
| 5. Langa - Técnico de psiquiatria (Hospital Provincial de Gaza) | 14,15,16,17 e 18/05 |

Doentes com epilepsia entrevistados sem acompanhante

- | | | |
|----------------------|---------|----------------------|
| 1. Farefino Mandlate | 19 anos | 1º bairro 24 e 25/05 |
| 2. Hortência Tembe | 17 anos | 3º bairro 24/05 |
| 3. Josefa Madondo | 20 anos | 1º bairro 23 e 24/05 |

Doentes de epilepsia entrevistados com acompanhante

- | | | |
|--|---------|-----------------|
| 1 Adelina Mondlane - Mãe de Gabriel Ndeve | 11 anos | 1º bairro 18/05 |
| 2 Albertina Tsamba - Mãe de Francisca Chichava | 12 anos | 2º bairro 23/05 |
| 3 Aventina Mbukwane - Mãe de Felismina Mazima | 18 anos | 2º bairro 21/05 |
| 4 Gina Manhique - Mãe de Leovigildo Xandlale | 11 anos | 3º bairro 21/05 |
| 5 Hortência Moisés - Mãe de Benedito Manhique | 12 anos | 2º bairro 20/05 |
| 6 Isaura Tsovo - Mãe de Velmina Guambe | 10 anos | 2º bairro 19/05 |
| 7 Rute Vembane - Mãe de Inácio Mavulule | 13 anos | 3º bairro 18/05 |