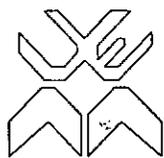


Soc.6  
2003



**UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE**

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS (FLCS)

Visto  
→ Dissertação revista.  
→ Pode ser depositada na biblioteca.  
Maputo, 10.08.2004  
Salim Cipton Valá

**MALÁRIA:**  
**PERCEPÇÕES E PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE -**  
**O Caso da Cidade da Maxixe, Inhambane**

Trabalho apresentado em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia na Universidade Eduardo Mondlane

Autor: Julaya Abdula Mussá

Supervisor: Dr. Salim Cipton Valá

Co-Supervisor: Dr. Avertino Barreto

U.E.M. - UFICS
R. E. 4428
LISTA 12/07/05
AQUISIÇÃO Oferta
COTA AT-31

Maputo, Abril de 2004

## DECLARAÇÃO

Declaro que este projecto de pesquisa nunca foi apresentado na sua essência, para a obtenção de qualquer grau e, que ele constitui o resultado da minha investigação pessoal, estando indicadas no texto e na bibliografia as fontes que utilizei.

Assinatura

*Jubaya Abdula Jussa*

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos que me proporcionaram as condições para a realização do presente trabalho, com especial atenção aos meus supervisores: Dr. Salim Valá, pela orientação que me foi dando ao longo da realização do trabalho e ao Dr. Avertino Barreto, por ter facultado documentos sobre a problemática da malária em Moçambique. A ambos pela paciência que tiveram e encorajamento que me foram dando, um muito obrigado.

A Direcção de Saúde da Maxixe, na pessoa da Dra. Judite, a senhora Lígia técnica do posto de Saúde de Dambo e ao pessoal do Hospital Rural de Chicuque (HRC), em especial o técnico Timóteo, pela compreensão e disponibilidade dispensadas assim como pelas condições de trabalho proporcionadas, endereço o meu agradecimento.

Ao conselho Municipal da Maxixe, na pessoa do ex-vereador para a área de saúde pública, o Sr. Valdmir, pela atenção dispensada e pela força que me deu durante o trabalho de campo, apresento o meu reconhecimento.

Por último, agradecer ao meu amigo Celso, pelo material dispensado e pela paciência que teve em ler várias versões do trabalho e por me ajudar a fazer esta reflexão; este agradecimento é extensivo a todos que estiveram envolvidos directa ou indirectamente na elaboração deste trabalho.

**DEDICATÓRIA.**

A avó Halima (Dadí), a prima Liriel e aos sobrinhos Ricardo, Salim e Rui Jorge.

## RESUMO

O presente trabalho tem como tema Malária: percepções e procura de cuidados de saúde, cuja razão de ser prende-se com o facto de a malária ser uma doença cujo controlo não depende apenas dos conhecimentos biomédicos, mas também dos conhecimentos que os indivíduos e a comunidade têm. Uma vez que as autoridades sanitárias estão empenhadas no combate e controle desta doença apostando numa participação activa das comunidades e, como a doença é um fenómeno universal é necessário perceber, como as comunidades interpretam este fenómeno.

Foi feito um estudo na cidade da Maxixe, ao qual se privilegiou o método qualitativo e as técnicas de observação não participante. Fizeram-se entrevistas semi-estruturadas a par de conversas informais com doentes, familiares, curandeiros e outros informantes.

Observamos que existem dois termos para identificar a malária que são *dze-dze-dze* e *fewere*, mas o mais frequente e preciso quanto a sintomatologia da doença é o primeiro. Em função da sintomatologia e da precisão, os indivíduos buscam cuidados quer, nos centros de saúde ou na medicina alternativa. A pesquisa empírica mostrou que por diversas vezes, as famílias conciliam tratamentos recomendados pela biomedicina com os da medicina alternativa.

Os conhecimentos, as atitudes e as práticas que os indivíduos herdaram ou aprendem com as experiências passadas, assim como as condições sócio-económicas, os conhecimentos biomédicos e os processos de enculturação e endoculturação vão dominar a decisão do comportamento dos indivíduos em relação a doença e a sua cura. Para uma participação activa dos populares no combate a esta doença, é preciso conhecer as atitudes, as crenças, os conhecimentos e assim, poder trabalhar sobre eles por forma a produzir algumas transformações no que concerne as percepções actualmente prevalentes e o aumento significativo da procura de cuidados de saúde.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUÇÃO</b>	1
1.1. Contexto	1
1.2. Justificação	2
1.3. Objectivos	5
1.4. Enfoque da pesquisa e motivação	5
1.4. Estrutura	6
<b>II. METODOLOGIA</b>	8
2.1. Problemática	8
2.2. Hipóteses	11
2.3. Fontes usadas	12
2.4. Métodos e técnicas de pesquisa	12
2.5. O processo de pesquisa e problemas enfrentados	14
<b>III. QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL</b>	16
3.1. Teoria	16
3.2. Conceitos	21
<b>IV. CONTEXTO SÓCIO-ECONÓMICO DA MAXIXE</b>	25
4.1. Localização geográfica	25
4.2. Organização social	25
4.3. Actividades económicas	27
4.4. Educação	30
4.5. Rede sanitária na Maxixe	30
4.6. Sistema de saúde comunitário	30
4.7. Síntese	32
<b>V. SITUAÇÃO DA MALÁRIA NA MAXIXE</b>	33
5.1. Porque a malária é uma prioridade?	33
5.2. Como estão estruturados os serviços de saúde para combater a doença?	35
5.3. Capacidade técnica e humana existente	36
5.4. Causas da malária	37
5.5. Síntese	38
<b>VI. PERCEPÇÕES COMUNITÁRIAS SOBRE A MALÁRIA</b>	39
6.1. Descrição dos sintomas e termos que designam a doença	39
6.2. Transmissão da malária	42
6.3. Formas de obtenção de informação sobre a malária	45
6.4. Síntese	48
<b>VII. PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE</b>	49
7.1. Prevenção da malária	49
7.2. Tratamento da doença	52

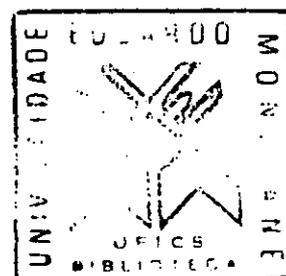
7.2.1. Tratamentos recomendados pelos serviços públicos e privados de saúde	54
7.2.2. Tratamentos recomendados pela medicina alternativa	55
7.3. Síntese	58
<b>VIII. CONCLUSÃO</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>63</b>

## **ANEXOS**

**Anexo 1 – Guião de entrevistas**

**Anexo 2 – Lista dos informantes**

**Anexo 3 — Fotografias**



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AMERF – African Medical and Research Foundation  
APE's – Agentes Polivalentes Elementares  
BM – Banco Mundial  
CAP – Conhecimentos, Atitudes e Praticas  
DAA – Departamento de Antropologia e Arqueologia  
DSCM – Direcção de Saúde da Cidade da Maxixe  
EUA – Estados Unidos da América  
FLCS – Faculdade de Letras e Ciências Sociais  
HRC – Hospital Rural de Chicuque  
Km<sup>2</sup> – Quilómetro Quadrado  
MISAU – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
SEAS – Secretaria de Estado da Acção Social  
UEM – Universidade Eduardo Mondlane  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## I. INTRODUÇÃO

### 1.1. Contexto

A malária é uma doença infecciosa causada por um protozoário do género "Plasmodium", que aniquila os glóbulos vermelhos do sangue, tornando as pessoas anémicas. É transmitida pela picada do mosquito "Anopheles" (Franco, 1987).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2000), a situação da malária em todo o mundo está cada vez mais grave, com tendências a piorar, pois ela ameaça a vida de 40% da população mundial, isto é, um número superior a 2.200 milhões de pessoas. Estima-se que todos os anos surgem 300 a 500 milhões de casos clínicos e que a malária mata mais de 1 milhão de pessoas anualmente, a maioria das quais crianças.

O custo da malária para o ser humano, em termos sociais e humanos é elevado. Normalmente, a doença provocada pelo mosquito ataca as suas vítimas não uma, mas repetidas vezes. Por conseguinte, o rendimento do trabalhador diminui e as crianças são obrigadas a faltarem às aulas muitas vezes por períodos contínuos, de uma semana ou mais (OMS & UNICEF, 2000).

Em Moçambique, esta doença tem atingido proporções alarmantes. Durante a estação da malária, em 1999-2000, cerca de 48% do total das consultas externas e 63% de todos os internamentos nas pediatrias dos Hospitais Rurais e Gerais foram devido à malária. No mesmo período, cerca de 26.7% da mortalidade nos hospitais deveram-se à malária e a taxa de mortalidade variou entre 0.4% e 7.3% (MISAU, s/d).

Perante este dilema e após a era de erradicação da malária, os programas de controlo da doença no país assentam basicamente nos cuidados de saúde primária, baseados nos aspectos meramente técnicos. Assim, foram postos de parte aspectos socioculturais relevantes para o entendimento da enfermidade por parte das comunidades. Mas com o agravamento da situação, começa a existir um maior interesse para identificar os modelos culturais de interpretação da saúde, que tenham impacto no controlo da doença (Dgedge et al, 1999).



## 1. 2. Justificação

A malária é uma das doenças mais antigas que o ser humano está sujeito. "(...) *allusions to intermittent fevers, some of which are probably malaria can be found in ancient Chinese, Indian, and Babylo-assyrian medical lore(...)*". (Agyepong, 1992:131)

É uma doença que atinge principalmente os países de clima tropical. O desenvolvimento agrícola, a resistência dos mosquitos aos insecticidas, os fluxos migratórios e o aquecimento global têm colaborado no ressurgimento da malária em locais onde já havia sido extinta ou onde não existiam relatos da doença (OMS & UNICEF, 2000).

A OMS e o Banco Mundial (BM) consideram a malária como sendo o principal contribuinte para o peso global das doenças em África, provocando anualmente uma perda de 35 milhões de anos de vida futura, devido à mortalidade prematura e situações de incapacidade (OMS & UNICEF, 2000).

Esta doença constitui um dos problemas principais de saúde pública no nosso país. Nos últimos 3 a 5 anos o número de casos de malária tem aumentado em todo o país, com particular incidência nas regiões rurais onde vive aproximadamente 73% da população. Nessa zonas, cerca de 90% da população corre o risco de contrair esta doença (MISAU, s/d).

Os índices de prevalência da malária em Moçambique são bastante elevados, devido a problemas relacionados com a falta de conhecimento sobre as causas, prevenção e cura. As condições precárias do habitat, a falta de condições e meios para combater a doença têm feito com que o número de infectados aumente, transformando esta doença numa das causas dos altos índices de morbilidade, principalmente nas crianças.

Neste contexto, as autoridades sanitárias do País estão empenhadas no combate e controle desta doença, fazendo apelo à participação activa dos cidadãos, incentivando

assim a eliminação dos focos naturais da malária, por via da pulverização, uso de redes mosquiteiras e insecticidas, assim como a procura de tratamento médico adequado logo que se verifiquem sintomas da doença.

Por outro lado, a maior parte dos estudos feitos sobre a malária tem quase sempre dado enfoque as questões técnicas (biomédicas), como a eficácia dos métodos de prevenção e dos medicamentos utilizados para cura, negligenciando os aspectos socioculturais que possam ter importância na transmissão e controlo da doença.

Assim, torna-se urgente estudar o que as pessoas pensam sobre esta doença, as formas de prevenção e cura que elas adoptam. Pois, todos os grupos humanos desenvolveram métodos e atribuíram papéis congruentes com os seus recursos, estruturas para responderem à doença e, para tal, eles têm um conjunto de crenças, conhecimentos e percepções de acordo com a sua cultura.

Logo, uma abordagem sociocultural sobre a malária torna-se importante porque poderá complementar a abordagem biomédica, e dar uma maior capacidade de resposta à doença no que diz respeito as percepções e a procura de cuidados de saúde.

Tendo em conta que este trabalho se enquadra no ramo da antropologia da saúde, ela procurará dar um contributo a biomedicina (Pessoal de saúde) na análise dos problemas relacionados com a saúde, numa perspectiva cultural. Também permitirá a biomedicina observar como a sociedade e os factores ambientais afectam a saúde e desta forma estarem atentos as alternativas para a compreensão e tratamento de doença. A perspectiva holística que a antropologia da saúde adopta, tem aproximado esta disciplina para uma visão multidimensional do Homem: como organismo biológico, como ser social e como sendo aquele que comunica e mantém o sistema cultural. (Elroy & Townsend, 1989)

⇒ O estudo sobre as percepções poderá levar a identificação das lacunas que eventualmente possam ter nos programas de controle da malária e assim procurarem

proceder de forma mais eficaz na implementação de políticas que visem controlar e combater a malária, apelando a participação activa das comunidades (através da identificação do vector e da eliminação dos meios em que se reproduz, como também na identificação dos sintomas e meios de cura). Assim, poder-se-á identificar os aspectos relevantes da vivência comunitária que são importantes na transmissão e no controlo da doença.

A cidade da Maxixe constitui um campo de interesse especial para o trabalho, devido à localização geográfica (planície costeira), é uma zona de concentração da população. Sendo uma área do litoral e segundo o Ministério da Saúde (MISAU), é hiper-endémica.

Esta cidade possui dois pólos principais: a zona urbana (Maxixe-sede), habitada por indivíduos aparentemente com maiores posses e a zona suburbana, habitada por indivíduos de baixo rendimento vivendo em precárias condições de saneamento. Esta cidade, como foi acontecendo um pouco por todo o país, desde á alguns anos para cá, começou a receber muitos indivíduos vindos do campo para a cidade com vista a melhoria de condições de vida (êxodo rural).

Este fenómeno fez com que a cidade crescesse fisicamente e começasse a registar o problema de saneamento público e dificuldade de drenagens de águas fluviais, o que tem propiciado ao surgimento de condições ecológicas para o desenvolvimento do mosquito e, conseqüentemente, aumento de casos de malária que, ultimamente, têm sido frequente nesta urbe.

Outro aspecto é o facto do crescimento descontrolado da cidade o que faz com que surjam novos bairros em locais impróprios para a habitação, visto que este bairros têm se localizado na sua maioria junto das zonas baixas e pantanosas. Os factores de ordem financeiro e logísticos também foram preponderantes na escolha do local de pesquisa.

### 1.3. Objectivos

O presente trabalho visa alcançar os seguintes objectivos:

#### Objectivo geral

- Analisar as percepções que a comunidade da Maxixe tem sobre a malária, assim como a relação com a procura de cuidados de saúde.

#### Objectivos específicos

- Identificar as percepções existentes sobre a malária em unidades familiares na cidade da Maxixe;
- Procurar compreender se as percepções dos residentes têm relação com o nível de escolarização, género, idade, opção religiosa ou condições sócio-económicas;
- Identificar os cuidados de saúde que se recomendam para esta doença nos serviços públicos e privados de saúde e nos sistemas de medicina alternativa;
- Compreender de que forma as comunidades constroem a sua visão sobre a doença, e como é que essa visão influi na procura de cuidados de saúde.

### 1.4. Enfoque da pesquisa e motivação

A pesquisa visa contribuir para o melhor entendimento das questões socioculturais dos comportamentos, práticas e crenças sobre a doença e assim, contribuir para uma compreensão mais ampla do contexto de transmissão da malária. Isto é, tem como preocupação compreender como os comportamentos humanos sobre a doença se moldam pelos significados sociais e culturais. Para tal, seguiremos uma abordagem sócio-antropológica.

A malária constitui ainda um dos problemas principais de saúde pública em Moçambique. Durante os últimos três a cinco anos o número de casos de malária tem estado a aumentar em todo o País, particularmente nas regiões rurais onde vive aproximadamente 73% da população moçambicana. A malária e as doenças com ela relacionadas são as causas principais da morbilidade e mortalidade nas crianças (MISAU, s/d).

Por outro lado, o facto de ter presenciado na cidade da Maxixe um episódio relacionado com um jovem que teve um ataque de malária cerebral sem que tenha manifestado nenhum sintoma da doença, fez com que o meu interesse sobre o assunto aumentasse. De princípio, pensou-se que o jovem sofria da doença da “cobra” ou “ataque”, daí que o tratamento foi caseiro e com presença de um curandeiro mas o jovem não melhorou. No dia seguinte os familiares levaram-lhe ao hospital, local onde ficaram a saber que se tratava de uma “malária grave”.

### 1.5. Estrutura

O presente trabalho está organizado em oito capítulos: O primeiro é reservado à introdução, onde procuramos demonstrar porque é que a malária é uma questão preocupante e que é vital a adopção duma abordagem sócio-antropológica para compreender as percepções dos indivíduos sobre a mesma; o segundo está reservado à metodologia, na qual procedemos a problematização do tema que se pretende estudar, onde colocamos algumas questões que o trabalho procura responder. É também neste capítulo onde indicamos as ferramentas usadas para a elaboração do trabalho.

O terceiro, reservado ao quadro teórico-conceptual apresenta a teoria usada e define os conceitos principais e a sua respectiva operacionalização; o quarto, relacionado com o contexto sócio-económico da Maxixe, procuramos dar informação sobre as actividades principais sócio-económicas, educativas e também informação relacionada com os sistemas de saúde existentes.

O quinto capítulo é reservado a descrição da situação da malária na Maxixe, onde procuramos através de alguns dados mostrar o quanto é preocupante a situação da malária na Maxixe, e procuramos também trazer dados sobre a estruturação dos serviços

de saúde com objectivo de combater a malária. O sexto, refere-se às percepções comunitárias sobre a malária, reflectindo sobre as percepções e os nomes que são utilizados para a malária, bem como procuramos ver o que as comunidades pensam acerca da transmissão e como é que elas obtêm informação sobre esta doença.

O sétimo, está reservado à procura de cuidados de saúde, onde fazemos uma abordagem sobre as formas de prevenção e tratamento da doença, assim como procuramos descrever alguns dos tratamentos para esta doença, quer os recomendados nas unidades sanitárias, quer pela medicina alternativa. Por último o oitavo capítulo que é reservado a apresentação das conclusões da pesquisa.

## II. METODOLOGIA

### 2.1. Problemática

A malária é uma doença parasitária cujo controlo depende não só dos conhecimentos médicos, mas também das concepções populares sobre as causas, prevenção e tratamento (Dgedge et al., 1999). Ainda segundo Dgedge et al., os programas de controlo da malária têm, tradicionalmente, dado ênfase ao controlo do parasita e ou ao controlo do vector, relegando para o segundo plano os aspectos socioculturais da comunidade que têm importância na transmissão e controlo da doença.

Neste contexto, observa-se que a maioria dos programas de saúde parte do pressuposto de que a informação gera uma transformação de comportamentos das populações face às doenças. De acordo com Fincham<sup>1</sup>, citado por Uchôa e Vidal (1994), este ponto de vista considera a dimensão sociocultural como assessoria. Ao negligenciar estes factores, põem-se de lado a hipótese das comunidades terem algum conhecimento sobre a doença e as formas de terapia. Mas cada comunidade desenvolve modelos "de" e modelos "para" construção de realidades sociais e psicológicas sobre a doença (Uchôa e Vidal, 1994).

Segundo o MISAU (s/d), grande parte da população não reconhece a malária como sendo uma doença perigosa, como demonstram os estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP), feitos em 1998 revelando que cerca de 64.7% não reconhece a malária como sendo uma doença perigosa, atrasando, por consequência, a procura de cuidados de saúde, como também não reconhecem os métodos preventivos.

Isto mostra que, por um lado, as informações passadas pelos programas de saúde não chegam devidamente à população e, essa mesma informação não gera automaticamente mudança de comportamento, talvez porque a estratégia de acção está desenquadrada da realidade local. Por outro, este tipo de informação é que promove interpretações reducionistas do tipo as populações são ignorantes. Será que a ignorância

<sup>1</sup> FINCHAM, S. (1992), Community health promotion programs. Social Sciences and Medicine, Vol.35, pp 239-149.

(neste caso o não reconhecimento da malária como sendo doença perigosa), quer dizer, falta de conhecimentos sobre a doença? E a que conhecimentos se está a referir? Conhecimentos biomédicos sobre a doença? Ou conhecimentos adquiridos pela vivência e interpretação do mundo pelas pessoas, tendo em conta o seu meio sociocultural?

Hoje, alguns pesquisadores que estudam a malária, como Dgedge, admitem que se tem posto em segundo plano a questão da identificação dos aspectos socioculturais, que possam ser de importância maior na transmissão e controlo da doença, como também observa que no país não há registos de estudos realizados de forma a avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas da população em relação a malária (Dgedge et al., 1999).

Em Moçambique, existe um vasto conjunto de formas de prevenção e tratamento mais ou menos eficazes. E para cada uma destas formas de prevenção e de tratamento, é preciso perceber quais os conhecimentos, atitudes e práticas, assim como os modelos culturais de interpretação da doença, porque este aspecto é particularmente importante, quando se trata de áreas onde as opções para o controlo da malária são limitadas, devido à presença de taxas elevadas de *Plasmodio falciparum* resistente à cloroquina ou da resistência do vector aos insecticidas (Dgedge et al., 1999).

Este aspecto não só é importante para este caso como também para o caso de áreas onde a população não utiliza redes mosquiteiras ou insecticidas, devido a escassez de recursos financeiros para aquisição desse material, ou por outras razões, em áreas onde os técnicos de saúde utilizam o diagnóstico clínico<sup>2</sup> para detectar os sinais e sintomas da malária.

O MISAU (s/d) pretende promover a prevenção e o tratamento da malária, baseados na comunidade, potencializando o reconhecimento dos sintomas e uma atitude de procura de tratamento imediato, com tratamento local dos casos não graves, a transferência dos casos graves e complicados aos hospitais. Assim, prevê que as

<sup>2</sup> Este diagnóstico consiste na observação dos sintomas e sinais apresentados pelos doentes ao médico ou técnico e daí é que se chega a uma conclusão sobre de que padece o paciente.



comunidades tenham de ser instruídas de forma a identificarem os sintomas da doença e quais as medidas de prevenção que elas têm de adoptar e, em diante, os medicamentos a utilizar no caso de cura (tendo em conta a estratégia de prevenção e controlo do vector seguida no país).

Para promover esta participação da comunidade no reconhecimento da malária é preciso que se conheçam os conhecimentos, as atitudes, as práticas e as crenças que as várias comunidades têm. Deste modo, podemos questionar sobre o seguinte: sendo a malária uma doença já antiga no nosso país, será que as comunidades não têm informação sobre ela? Será que as comunidades realmente não conhecem os meios de prevenção e cura? E quais são esses meios?

Dentro do contexto da estratégia nacional de luta contra a malária, o MISAU (s/d) está a fazer uma experiência na província da Zambézia sobre o uso das redes mosquiteiras tratadas com insecticidas. Este programa tem encontrado dificuldade por causa da falta de meios financeiros por parte das populações. A mesma dificuldade é manifestada pelo programa de pulverização que, para além de meios financeiros, também encara problema ligado à recursos humanos que são insuficientes.

A dificuldade do controle desta doença deve-se, por um lado, à informação deficiente epidemiológica e ao facto de as medidas actuais de controlo do vector terem uma cobertura insuficiente (campanha de pulverização residual das casas), onde menos de 10% da população é coberta. Por outro, os serviços de saúde estão formatados mais para cura em vez de prevenção, para além de que as operações de prevenção através das palestras, centram-se mais nos postos de saúde e, raramente, junto às comunidades. Assim sendo, como consciencializar a população para que se empenhe no combate a malária através da sua participação activa?

Outros factores que dificultam o controle da doença são o baixo nível de escolarização, as condições precárias sócio-económicas, que directa ou indirectamente tem contribuído para esse fracasso, para além do facto de que cada comunidade constrói a sua visão do mundo da saúde e da doença.

Neste contexto, temos que concordar com Good & Del Vecchio Good<sup>3</sup>, citados por Uchôa e Vidal (1994), ao afirmarem que, os valores culturais são, muitas vezes, considerados irrelevantes para as intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde. Uchôa e Vidal (1994) sublinham ainda que só são essenciais as informações que são referentes ao diagnóstico biomédico, ao qual o discurso antropológico aponta limites e insuficiência (da tecnologia biomédica) quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma população.

✧ Portanto, o discurso antropológico revela-nos que o estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao universo social e cultural. Assim, colocamos a seguinte pergunta de partida: Em que medida as percepções sobre a malária são condicionadas pelo meio sociocultural em que o indivíduo vive, pelos valores que assimila, elementos esses que condicionam a procura de cuidados de saúde?

## 2.2. Hipóteses

Formulamos duas hipóteses de trabalho, nomeadamente:

H 1 — As percepções que os indivíduos têm sobre a malária são condicionadas por um lado pelos processos de enculturação e endoculturação<sup>4</sup>, e por outro lado pelas redes de relações que os indivíduos mantêm uns com os outros.

H 2 — As percepções sobre a malária e a procura de cuidados de saúde muitas vezes são condicionadas pela percepção que as pessoas têm sobre outras doenças febris que apresentam sintomas mais ou menos similares aos da malária.

<sup>3</sup> GOOD, B. & DELVECCHIO GOOD, M. J. (1980), The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In: The Relevance of Social Science for Medicine. Pp 165-196

<sup>4</sup> Iremos falar deste conceitos mais adiante no capítulo referente ao quadro conceptual.

### 2.3. Fontes usadas

Para o presente trabalho utilizámos fontes bibliográficas que encontramos nas diversas bibliotecas da cidade de Maputo, principalmente as da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) nomeadamente Faculdade de Letras e Ciências Sociais (FLCS), Departamento de Antropologia e Arqueologia (DAA), Biblioteca do Ministério da Saúde (MISAU) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Para além desse material bibliográfico, também foram consultados alguns relatórios na Direcção de Saúde da Cidade da Maxixe (DSCM) e do Hospital Rural de Chicuque (HRC). Foram também consultados alguns relatórios sobre o tema em análise no Concelho Municipal da Maxixe.

As fontes escritas foram classificadas em dois grupos: fontes primárias e secundárias. Fontes primárias dizem respeito à documentos oficiais elaborados pelo Governo (MISAU), alguns organismos das Nações Unidas (UNICEF/ OMS), tais como: relatórios, planos, actas, discursos, entre outros. As fontes secundárias dizem respeito às obras publicadas e não publicadas, relacionadas com a problemática da malária, tais como livros, teses e artigos.

Também foram usadas fontes orais, colhidas durante o trabalho de campo, através de depoimento dos vários informantes como também através de conversas informais com indivíduos residentes na Maxixe.

### 2.4. Métodos e técnicas de pesquisa

O presente trabalho privilegia o método qualitativo porque este permite uma compreensão aprofundada do grupo social que se pretende estudar. Por outro lado, a pesquisa qualitativa é de grande valor, para o estudo de questões difíceis de quantificar, como sentimentos, motivações, crenças e atitudes individuais (Goldenberg, 2000).

Para a recolha de dados empíricos fizemos trabalho de campo que realizámos em 17 dias, (9 à 26 de Abril 2003), usando as técnicas de observação não participante<sup>5</sup> e entrevistas semi-estruturadas<sup>6</sup>. Também, tivemos várias conversas informais com várias pessoas.

A opção pelas entrevistas semi-estruturadas deveu-se ao facto de elas permitirem ao entrevistado, uma liberdade para desenvolver cada questão em direcção que considere adequada. É uma forma de poder explorar mais amplamente uma questão (Marconi & Lakatos, 1999). Em geral, as perguntas foram abertas e enquadradas no quadro duma conversa informal. Para registo de informação foi utilizado um microgravador<sup>7</sup>.

As entrevistas basearam-se essencialmente em dois temas:

**Tema 1:** Morbilidade referida: doenças mais comuns na família e na comunidade; recursos assistenciais e terapêuticos.

**Tema 2:** Percepção sobre a malária: etiologia, transmissão, vector, patogenia, sinais e sintomas, terapêutica.

As entrevistas foram feitas, a partir do Centro de Saúde de Dambo e do HRC, onde procurámos conversar com pessoas que estavam nestas unidades sanitárias ou, para se consultar ou, a acompanhar algum familiar. Depois, procurámos conversar com os doentes internados no HRC e com os seus respectivos familiares<sup>8</sup>. Dentro destes grupos de familiares procurámos conversar com indivíduos de ambos sexos e idades (jovens, adultos e idosos).

---

<sup>5</sup> É o tipo de observação em que o pesquisador toma contacto com a comunidade, grupo ou realidade estudada, sem se integrar a ela: permanece de fora. Isto é, o pesquisador presencia o facto mas não participa. Não se deixa envolver pelas situações; faz papel de observador (Lakatos & Marconi, 1999).

<sup>6</sup> Estas entrevistas foram aplicadas aos pacientes de baixa no HRC e seus familiares ou acompanhantes e aos pacientes que se encontravam em consulta no Centro de Saúde de Dambo. E os nomes dos informantes. Não foram mencionados, portanto, utilizamos cognomes.

<sup>7</sup> Com o consentimento dos informantes.

<sup>8</sup> Os familiares encontrados quer nos postos de saúde, quer no HRC, reduziam-se a uma ou duas pessoas, umas acompanhavam os doentes a consulta e outros que iam visitar os seus familiares que estavam internados.

## 2.5. O processo de pesquisa e problemas enfrentados

O trabalho foi efectuado em quatro etapas distintas e interligadas, a saber: a primeira etapa entre Abril de 2002 à Fevereiro de 2003, foi a etapa de elaboração do protocolo de pesquisa, na qual fizemos a pesquisa exploratória que consistiu na leitura de documentos sobre o assunto e consultas com especialista na área.

A segunda etapa foi a ida ao terreno (Abril de 2003), onde tivemos a oportunidade de consultar alguns documentos no Conselho Municipal, na DSCM e no HRC, onde foram entrevistadas 26 pessoas. As entrevistas foram feitas, em certas situações, na língua local — Bitonga<sup>9</sup>.

A terceira etapa entre Junho e Outubro de 2003, foi a de análise e interpretação dos dados colhidos e a sua confrontação com a informação bibliográfica e, por último entre Novembro de 2003 à Janeiro de 2004, a etapa da redacção do trabalho final, que foi o culminar de todas estas etapas.

Na elaboração do trabalho deparámo-nos com alguns constrangimentos que influenciaram na escolha dos métodos e técnicas de recolha de informação, que, de certo modo, tem influência nos resultados da pesquisa.

Esta área é pouco explorada no nosso país daí a insuficiência de materiais bibliográficos que abordam esta questão, visto que a maior parte dos trabalhos sobre a temática da malária têm dado prioridade a questões técnicas (perspectiva biomédica). Para além disso, o escasso material existente nas diversas bibliotecas sobre esta temática não fala da realidade do país.

Outro constrangimento foi de ordem financeira visto que não pudemos obter financiamento para a elaboração do presente trabalho o que limitou e condicionou o nosso trabalho.

---

<sup>9</sup> As entrevista foram conduzidas na língua Bitonga nos casos em que o entrevistado não mostrava domínio sobre a língua portuguesa e também por que o entrevistado revelava-se mais confortável e seguro quando falava em Bitonga.

E para um trabalho melhorado seria necessário procurar falar com as famílias, indo de casa em casa e fazer uma observação directa, pois, talvez assim fosse possível obter um conhecimento geral de como os grupos familiares e a comunidade em geral concebe a malária e as suas formas de prevenção e contaminação. Não foi possível fazer uma pesquisa em que tivéssemos que percorrer casa a casa devido ao pouco tempo disponível para o trabalho de campo e também devido à escassez de meios logísticos e financeiros.

### III. QUADRO TEÓRICO-CONCEPTUAL

#### 3.1. Teoria

A antropologia da saúde<sup>10</sup> é uma nova disciplina cuja história não está dissociada do surgimento da disciplina mãe, a Antropologia e, é a esta última que a antropologia da saúde vai buscar o seu quadro teórico. O discurso desta disciplina desde o seu surgimento gira em torno da complementaridade entre a biomedicina e a abordagem antropológica.

Os primeiros trabalhos do ramo da antropologia da saúde seguiam uma orientação evolucionista, isto é, eram trabalhos com objectivo de conhecer os aspectos médicos de "outras culturas" (Loustaunau & Sobo, 1997).

No geral, a antropologia médica preconiza uma abordagem biocultural, integrando na Clínica os conceitos anglo-saxónicos de "Disease" e "Illness". Assim, fizemos um levantamento das principais contribuições teóricas das diferentes perspectivas adoptadas para a pesquisa neste ramo da antropologia da saúde.

Começamos primeiro com a perspectiva biocultural, que se desenvolveu nos EUA estava associada à Antropologia Ecológica. Esta corrente defende que a percepção da natureza das interacções entre a cultura e a "disease"<sup>11</sup> pode ser uma forma de compreender a humanidade e os seus aspectos médicos.

As "diseases" não podem ser explicadas por si próprias quando levamos em conta a perspectiva antropológica, pois tem que ser explicadas tendo em conta a relação com a ecologia<sup>12</sup> e a cultura. Assim, as "diseases" variam entre as sociedades como

<sup>10</sup> Em algumas obras usa-se o termo Antropologia Médica.

<sup>11</sup> A expressão deve ser entendida como sendo a desordem biológica e é um termo desenvolvido pela biomedicina para chamar a doença sem que para tal tenha em conta o conceito de doença na dimensão cultural.

<sup>12</sup> Segundo Brown e Inhorn (1985), ecologia é o estudo do mecanismo de adaptação dos organismos ao meio ambiente, como forma de perceber a sua relação entre a cultura e a doença. Esta relação estabelece-

resultado das diferenças na cultura, fixação ecológica e período histórico. Portanto, na perspectiva antropológica, deixaria de designar "disease" para se designar de "illness" (Brown & Inhorn, 1985).

*"Culture plays a major role in determining the patterns of diseases and death in population for two reasons: First, culture may shape important behaviors (with respect to diet, sexual practices, and so forth) that predispose individual to certain diseases. Second, through culture, people actively change the nature of their environment, often in ways that affect their health (Brown & Inhorn, 1985:187).*

Se por um lado vemos como a cultura é determinante no comportamento do indivíduo em relação ao meio ecológico, por outro, observamos também como este comportamento pode influenciar na contracção de doenças (diseases).

Esta abordagem ecológica da saúde humana e da doença destaca o facto de o meio ambiente e os riscos de saúde serem criados pela cultura como poderemos observar:

*"In many cultures people think of themselves as masters of their environment because within the food chain they exploit so many plants and animals as sources of energy and nutrients. Yet at the same time human are being exploited by micro organisms, including those that cause diseases, as a source of food and shelter" (Brown & Inhorn, 1985:188).*

Segundo os defensores da perspectiva biocultural, não existe uma definição rígida da doença. Brown & Inhorn definem a doença como sendo: "... generally seen as a failure of normal physiological activities and a departure from a state of health (1985:189).

---

se através do modo como uma determinada população se adapta, visto que essa adaptação é culturalmente construída, daí que as formas de adaptação variam. Esta adaptação vai condicionar também o modo como certas doenças vão afectar as populações.

Na perspectiva biológica, a disease é a expressão da patologia e pode ser identificada através de um conjunto de sinais ou sintomas ou por testes diagnósticos. Mas numa perspectiva ecológica, a doença não existe como coisa ou em si mesma, é um processo de interacção entre o hospedeiro e o germe ou organismo patogénico (Brown & Inhorn, 1985).

Em suma, esta corrente defende que o estudo do comportamento humano no contexto ecológico é extremamente importante para a Antropologia da Saúde pois, pode ser aplicada em programas de saúde pública através do conhecimento das práticas de determinado meio ecológico.

A segunda perspectiva teórica é a teoria crítica desenvolvida pela Antropologia médica crítica, que surge com objectivo principal de criticar as ideias que rodeavam a antropologia da saúde. Esta abordagem dá maior importância aos aspectos políticos e sociais que afectam à saúde enquanto os aspectos sobre os rituais simbólicos são postos de parte e têm Singer como seu defensor.

Esta perspectiva preocupa-se com as origens sociais da doença num contexto do sistema económico mundial. Este aspecto inclui a análise das políticas que envolvem a aplicação dos programas de saúde (Singer, 1990).

Segundo esta perspectiva a questão sobre a doença deve ser entendida dentro das forças políticas e económicas que determinam as relações sociais, o comportamento social e condicionam as experiências colectivas.

A doença é aqui tida como sendo um produto social tanto quanto as causas biológicas e, segundo Singer, "*medical anthropology must strive, instead, in terms, to understand the nature of the relationship between micro parasitism (the tiny organisms) and macro parasitism (the social relations of exploitation that are the ultimate cause of much disease)*" (1990:182).

Posto isto, observa-se que esta perspectiva aborda a questão da percepção da doença dentro de um sistema económico e político, onde as relações de poder devem ser tomadas em conta. Os autores desta perspectiva preocuparam-se não só em perceber, como também preocuparam-se em mudar os aspectos que estão relacionados com a saúde. Segundo Singer (1990), este é um aspecto que ainda está a ser desenvolvido mas o importante é considerar as origens sociais da doença.

⇒ A terceira é a perspectiva construtivista ou interpretacionista, que vem contrariar a perspectiva biocultural, uma vez que esta privilegia as interpretações e narrativas em relação à doença. Para os defensores desta perspectiva (Kleinman, 1980), o importante não é estudar o meio ecológico em relação à saúde e a cultura, mas sim tomar em consideração as interpretações diferentes em relação à doença.

Kleinman, tornou-se no principal precursor teórico desta perspectiva ao fazer estudo das culturas Chinesa e Tailandesa, com o objectivo de mostrar a importância da relação entre a pessoa que cura e o paciente no acto da consulta, bem como o contexto social em que o paciente e a sua família estão inseridos (Uchôa & Vidal, 1994).

Os estudos deste antropólogo vão permitir uma nova abordagem no seio da Antropologia da Saúde. Ele não só dá primazia aos aspectos patológicos da doença, mas também às condições sociais. Dentro desta abordagem, Kleinman vai fazer a distinção entre diseases que é "*biological disorder*" e a illness que é "*the way the patient perceives and experiences his disorder, in the context of family and society*" (1978: 63).

Outro grande precursor desta teoria, que de certa forma inspirou Kleinman foi Clifford Geertz. Geertz, concebe a cultura como o universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas acções (Uchôa e Vidal, 1994). Segundo este autor, a cultura fornece modelos "de" e modelos "para" a construção de realidades sociais e psicológicas. Logo, a cultura é o contexto no qual os eventos diferentes se tomam inteligíveis.

É neste contexto que Kleinman elaborou o conceito de “modelo explicativo” (*explanatory model*), para estudar os traços cognitivos e os problemas de comunicação associados às actividades de saúde. O modelo explicativo é constituído por noções elaboradas a partir de episódios de doenças e em referência aos tratamentos que foram utilizados (Kleinman, 1980).

Também encontramos outros modelos de interpretação como os seguintes: O modelo de análise das redes semânticas (*semantic network analysis*), desenvolvido por Good. Este modelo abre caminho para a compreensão dos factores diferentes que participam na construção de realidades médicas. O mesmo ressalta, que toda a prática terapêutica é eminentemente interpretativa e implica constante trabalho de tradução, descodificação entre sistemas semânticos diferentes (Uchôa & Vidal, 1994).

A outra teoria dos modelos que servem para explicar a doença é o de análise dos sistemas de signos, significados e acções elaborado por Corin et al (1989). Este modelo visa o conhecimento sistemático das maneiras de pensar e agir das comunidades, junto às quais se quer intervir. Ele é constituído de duas premissas:

- (1) Cada comunidade constrói de maneira específica o universo dos problemas de saúde, marcando principalmente determinados sintomas, privilegiando tal ou tal explicação e encorajando certos tipos de reacções e acções;
- (2) Existe continuidade entre a maneira pela qual uma comunidade percebe e interpreta os seus problemas de saúde e os procedimentos que ela desenvolve para resolvê-los; essa construção específica é ligada às características socioculturais de cada comunidade e as condições macroscópicas do contexto (Uchôa & Vidal, 1994).

Em suma, os antropólogos ressaltam a importância da cultura na construção de todo o fenómeno humano. E, com o desenvolvimento da corrente interpretativista em antropologia, surge uma nova concepção da relação entre o indivíduo e a cultura e torna-se uma verdadeira integração da dimensão contextual, na abordagem dos

problemas da saúde. Esta perspectiva defende que, o importante é perceber não só as formas culturais de adaptação, mas também as diversas interpretações que os povos têm em relação à doença, assim como tomar em conta os aspectos sociais e culturais a sua volta.

→ A pesquisa tomará como fundamento as teorias construtivistas, mas particularmente o modelo explicativo, formulado por A. Kleinman (1980), pois o conhecimento dos modelos explicativos, que predominam num grupo, facilita a comunicação com os indivíduos desse grupo e permite a realização de interpretações que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles, duas das condições para o sucesso de qualquer programa de saúde.

E também terá em conta o modelo de análise dos sistemas de signos, significados e acções, visto que esta abordagem constitui um instrumento privilegiado para a investigação antropológica das representações e comportamentos predominantes no campo das grandes endemias. Procuramos conjugar estas duas teorias, para que elas nos ajudem a compreender melhor o nosso objecto de estudo.

### 3.2. Conceitos

#### *Cuidados de Saúde*

Este conceito é muito amplo, por isso iremos defini-lo como sendo cuidados primários de saúde como forma de o adaptar a realidade deste trabalho.

*Cuidados primários de saúde* são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e ao custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase do seu desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e determinação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade (UNICEF, 1979).

Cuidados de saúde aqui devem ser entendidos como sendo métodos, técnicas, práticas, conhecimento e crenças que as comunidades considerem mais ou menos eficazes para fazer face ao fenómeno de saúde e doença.

Segundo Bernardi (1974), *enculturação* é o processo pelo qual os membros de uma cultura se tornam conscientes e participantes da própria cultura, isto é, pela enculturação informa-se e forma-se a visão mental do homem e orienta-se o comportamento.

Para complementar esta definição, Spiro (1985) diz que a enculturação é o processo através do qual se interiorizam e transformam-se os valores culturais em crenças.

Este processo é, simultaneamente, endógeno e exógeno, de negociação de valores, normas e crenças culturais no qual o indivíduo procede a mudança dos valores que lhe foram transmitidos no processo de endoculturação, procurando adaptá-los ao meio cultural, ao qual se enquadra (Panoff & Perrin, 1973).

A *endoculturação*, é um processo endógeno de transmissão de valores, no qual o indivíduo aprende um conjunto de normas, valores e crenças que permitirão a sua inserção no contexto cultural que o indivíduo faz parte. Este processo envolve, na sua maioria indivíduos de gerações diferentes (Panoff & Perrin, 1973), o que não quer dizer que, caso não haja gerações diferentes não possa haver endoculturação.

Estes dois processos fazem parte da socialização do indivíduo, onde ele adquire e negocia um leque de informações culturais que lhe permitem interpretar o cosmos. A saúde e a doença sendo fenómenos que fazem parte do cosmos, serão interpretados de acordo com a informação cultural passada por estes dois processos.

*Meio sociocultural* é o espaço geográfico específico compartilhado por um grupo de indivíduos que interagem entre eles, tendo sua cultura como guia. Pois é essa cultura que lhes mostra como um determinado grupo social vive, quais as suas crenças e valores, como se comunica e quais os seus hábitos, costumes e suas preferências (Loustaunau & Sobo, 1997).

### *Percepções*

Segundo Clement et al. (1997), perceber é antecipar, pela ideia que me vem a memória. A representação de um objecto do qual as sensações corporais me dão indícios fragmentários. Ainda segundo estes autores, a percepção não deve ser pensada sobre o modelo da visão, como uma opinião exterior que suponha a existência do objecto, mas sim a partir de um contacto com o mundo, dá sentimento da presença da coisa. Perceber é, portanto, a fé, a crença ou evidência sensível, natural e espontânea, que o corpo manifesta ao agir.

Lobo (s/d) procura explicar a percepção como sendo representações do mundo exterior, a partir das impressões sensíveis. Sendo um fenómeno complexo, a percepção é um elemento através do qual o mundo exterior é apreendido e interpretado como sendo ordenado em totalidades.

Tendo em conta estas definições podemos dizer que a percepção é a actividade vital de qualquer organismo em contacto com o meio ou ainda, é a relação sensível ao contactar com o mundo (Clement et al., 1997).

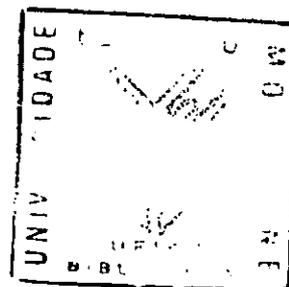
A percepção neste trabalho tem de ser entendida não só como uma actividade vital dos organismos nem como expressão duma mera relação sensível ao contactar com o mundo, mas sim, como sendo as ideias ou representações que os indivíduos têm sobre a doença (etiologia, taxonomia, patologia, transmissão, sinais e sintomas, como também a terapia). E está relacionado com os processos de socialização a que o indivíduo foi submetido.

### *Redes sociais*

Segundo Saraceno (1992), o termo rede não é causal: indica uma pluralidade de direcções, um entrelaçado de relações de troca nem sempre directas ou lineares; mas indica também uma actividade de apoio ou, pelo menos, de protecção. Assinala, além disso, um dinamismo ditado não exclusivamente por regras adscritas e rígidas, mas pelo jogo das necessidades e das escolhas. Portanto, as relações que estão imbricadas nas redes são de troca e reciprocidade entre os indivíduos ou famílias.

Para Boaventura Sousa Santos (1998), a forma originária de solidariedade, é aquela que exercemos para com aqueles que conhecemos e cujo bem-estar prezamos, os nossos familiares, os amigos, os vizinhos. Como temos múltipla convivência com eles, esperamos sempre que a solidariedade que hoje lhes manifestamos seja por eles retribuída amanhã, se for necessária. A solidariedade está, assim, muito ligado à reciprocidade. Por outro lado, Nunes (1995), enfatiza a questão das redes de relações sociais, como sendo uma das respostas alternativas da necessidade de protecção social.

Estas relações são manipuladas pelos indivíduos em qual quer direcção conforme as suas necessidades de bem-estar e de auto-ajuda. Assim sendo, a solidariedade tem de ser entendida como sendo relações que os indivíduos exercem com vista a apoiarem os seus familiares, amigos e vizinhos, para melhor enfrentar a doença, quer em termos de informação, quer em termos de prevenção, quer ainda em termos de cuidados a ter com os doentes, entre outros.



## IV— CONTEXO SÓCIO-ECONÓMICO DA MAXIXE

### 4.1. Localização geográfica

A cidade da Maxixe situa-se a sul de Moçambique, na província de Inhambane, a 486 quilómetros da capital do país (Maputo). Tem uma área de superfície de 282 quilómetros quadrados (Km<sup>2</sup>), com uma população que ronda os 134.000 habitantes. A densidade populacional é de 331 habitantes por quilómetro quadrado. É a capital económica da província (AMREF, s/d).

A cidade da Maxixe, é limitada pelo distrito de Jangamo, à sul e pelo distrito de Morrumbene, à norte. À oeste pelo distrito de Homoíne e a este pela baía de Inhambane (Maia & Wale, 2001).

A cidade da Maxixe é atravessada pela estrada Nacional N<sup>o</sup> 1 e tem mais duas estradas que ligam a cidade ao distrito de Homoíne e a localidade de Nhamaxaxa. Para além destas tem 37 estradas que ligam a cidade às outras localidades e bairros. Conta ainda com dois rios: Nhanombe que é a principal fonte de água para a população que vive na zona urbana e o Macuamene. A cidade está dividida em cinco localidades nomeadamente: Bembe, Mabile, Maxixe-Sede ou Chambone, Nhabanda e Nhaguivinga (AMREF, s/d).

### 4.2. Organização social

Achamos que antes de falarmos da organização social na Maxixe seria importante definirmos este conceito. No sentido mais amplo, o estudo da organização social refere-se à investigação dos laços que ligam indivíduos nos grupos sociais. Nas sociedades simples tais laços incluem descendência, sexo, idade, religião, trocas económicas e aliança matrimonial. Em sociedades onde há a estratificação social, a ocupação, grupo étnico, raça e classe estão incluídos (Barfield, 1997).

Apesar de todos estes elementos estarem, teoricamente implicados nos estudos da organização social, na prática, os antropólogos têm-se concentrado no papel das

terminologias de parentesco, linhagem e estrutura clânica, residência pos-marital e casamentos entre primos cruzados (Idem).

A Maxixe é um meio sociocultural heterogéneo, onde encontramos uma multiplicidade de hábitos, costumes e crenças que estão diariamente em interacção uns com os outros. Habitam neste meio sociocultural, três grupos sociais, nomeadamente, Hindus, Muçulmanos e os Tsongas que são os nativos da zona.

Estes três grupos que constituem a comunidade da Maxixe, caracterizam-se por serem grupos patrilineares, onde o sistema de herança é baseado na transmissão por linha paterna. Os casamentos nestes grupos são virilocais e praticam a compensação matrimonial, designada por *lobolo*<sup>13</sup> entre os nativos, onde o noivo (para o caso dos muçulmanos e os nativos) paga em dinheiro ou em bens (capulanas e roupa) aos pais da noiva<sup>14</sup>. Os casamentos são geralmente monogâmicos<sup>15</sup> e pratica-se a endogamia, estabelecendo-se a esposa junto do parentesco do marido.

Em termos de religião, a maioria tsonga, professa a religião católica, zione e protestante, os muçulmanos o islão e os Hindus o hinduismo. Os cultos tradicionais continuam a ser feitos por todos grupos<sup>16</sup>, desde que sejam necessários para garantirem o bem estar individual e colectivo.

Os curandeiros (nyangas e chehes) nesta comunidade não têm apenas a função curativa, mas também de aconselhamento aos indivíduos e as famílias, por forma a viverem em harmonia uns com os outras, razão pela qual eles são muito respeitados e requisitados pelas comunidades.

---

<sup>13</sup> Pelos hindus designa-se por *vairum* e pelos muçulmanos é designado *mahar*.

<sup>14</sup> Chamar atenção que no caso dos bens estes são canalizados aos pais e aos avos da noiva e o dinheiro é pago, para o caso dos muçulmanos na altura do casamento religioso.

<sup>15</sup> Excessão seja feita aos muçulmanos que lhes é permitido a poligamia e aceita-se a exogamia, mas esta última não é uma exigência, simplesmente é resultado do próprio meio heterogéneo que constitui a cidade da Maxixe o que provoca a modificação de certos costumes.

<sup>16</sup> Diferindo-se apenas na sua forma, pois os tsongas utilizam bebidas e o sacrifício de animais os muçulmanos, utilizam apenas o sacrifício de animais.

Ao analisarmos uma comunidade temos que ter em conta por um lado o *conflito* e a *cooperação*, por outro lado os *interesses*, pois estas são as variáveis que produzem a mudança social dentro dum sistema social heterogéneo (Gluckman, 1987).

E estas três variáveis tornaram-se de grande importância, na análise da organização social, pois os grupos independentemente dos seus hábitos e costumes grupais, sabem que fazem parte dum todo que é o meio sociocultural onde os diversos grupos interagem. Este grupo social tiveram a necessidade de ao longo do tempo criarem um conjunto de valores e costumes<sup>17</sup> que lhe permitissem um relacionamento são e, garantir a cooperação, evitar conflitos e salvaguardar os interesses da comunidade em geral e dos grupos em particular. E uma das formas extragrupal que foi encontrado para garantir a cooperação, salvaguardar os interesses e evitar conflitos foi o apelo as relações de solidariedade e de amizade.

#### 4.3. Actividades económicas

Uma das actividades económicas é o comércio praticado pela maioria da população, principalmente aquela que vive na zona urbana e na cintura da zona suburbana. Nas zonas mais distantes, as populações conciliam o comércio e a agricultura, que na sua maioria é praticada nas baixas devido à escassez de solos férteis. Outros agricultores praticam a agricultura destinada a extracção da copra (Funzamo & Langa, 2001).

Uma parte dos produtos da agricultura praticada nas baixas serve para o sustento das famílias camponesas e outra é vendida, visto que é constituída essencialmente por hortícolas e mandioca que servem para alimentação e obtenção de farinha (tapioca).

---

<sup>17</sup> Principalmente dos tsongas e muçulmanos. Exemplo a língua *bitonga* (língua bantu) a consulta aos *chehes* (Indivíduos que utilizam o conhecimento profundo das orações do Alcorão e fazem o uso delas para fins terapêuticos e garantir a boa convivência entre os diversos grupos sociais).

#### 4.4. Educação

A cidade da Maxixe possui um Centro de Formação de Professores e um Centro de Formação de Quadros de Saúde, ambos localizados no Chicuque. Tem 26 escolas primárias das quais 11 leccionam até a sétima classe e duas Escolas Secundárias que leccionam até a décima segunda classe (Maia & Wale, 2001).

#### 4.5. Rede sanitária na Maxixe

A cidade da Maxixe dispõe de sete unidades sanitárias, das quais se destaca um Hospital Rural<sup>21</sup> que se localiza no Chicuque à cinco quilómetros da Maxixe sede e constitui a unidade principal nesta área com uma capacidade de 195 camas.

Tem cinco Centros de Saúde nomeadamente: Centro de Saúde Sede, onde funciona a DSCM, com a capacidade de 15 camas; Centro de Saúde de Dambo, com capacidade de 10 camas; Centro de Saúde de Agostinho Neto, com capacidade de 5 camas; Centro de Saúde de Tingatinga<sup>22</sup>, e de Bembe<sup>23</sup> ambos com capacidade de 3 camas cada e por último um Posto de Saúde que é o Posto de Saúde de Teles. Esta cidade possui ainda, uma clínica privada situada na Maxixe sede.

#### 4.6. Sistema de saúde comunitário

Segundo Kleinman (1980), uma sociedade constrói um sistema de saúde composto por três sectores: profissional (Autoridades sanitárias e a biomedicina), folclórico (nyangas, chehes, ervanários, entre outros) assim como, popular (o doente, a sua família, como os seus conhecimentos). Para comodidade de análise chamaremos de sector comunitário á integração do sector folclórico e popular.

---

<sup>21</sup> É a única unidade sanitária da zona com capacidade de internamentos de doentes, visto que os centros de saúde apenas têm capacidade de atendimento a questão de partos e nunca internamentos. Quando estes registam casos graves de doença transferem os doentes para o HRC.

<sup>22</sup> Construído pelo Município e entregue em Abril de 2001.

<sup>23</sup> Também foi construído pelo Município e entregue em Janeiro de 2001.

Os principais componentes do sector comunitário são: curandeiros, ervanários, parteiras tradicionais, os agentes polivalentes elementares (APE's)<sup>24</sup> e as unidades familiares.

No terreno observamos que existem dois tipos de curandeiros: os que se ocupam na cura de doenças como possessões e outros males que as pessoas acreditam ser causados pelos espíritos maus e, os ervanários e os que se dedicam à cura de certas doenças como a tuberculose, algumas doenças de transmissão sexual, e a própria malária. Este segundo grupo de curandeiros é ao mesmo tempo, ervanário<sup>25</sup>. Por terem um conhecimento de ervas de carácter curativo eles dizem curar a malária.

Os curandeiros assim como os ervanários têm sido muito solicitados pela população, isto porque, estes desempenham um papel fundamental na comunidade (principalmente os *nyangas* e os *chehes*<sup>26</sup>), e também pelo facto de eles apresentarem um modelo explicativo da doença que é semelhante aos dos populares, e tendo em conta Kleinman (1980) os modelos explicativos, que predominam num grupo, facilita a comunicação com os indivíduos desse grupo e permite a realização de interpretações que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles. É por esta razão que chamamos de sector comunitário à integração do sector folclórico e popular, pois este dois sectores estão próximos um do outro quanto a interpretação do fenómeno doença<sup>27</sup>.

Este fenómeno é visto por estes dois sectores desde duas concepções distintas: Uma *natural*, que exige uma explicação exacta e simples, havendo uma causa aparente desconhecida, como o frio, a alimentação entre outras. Isto explica muitas doenças, como diarreias, constipações, entre outras. E a outra *sobrenatural* que aparece quando as causas aparentes não estão bem claras e não são evidentes a vista dos sintomas. Geralmente não se sabe relacionar as graves carências alimentares, infecciosas, o meio

<sup>24</sup> Estes são em número bastante reduzido e são constituídos por voluntário da comunidade e, posteriormente são treinados e lhes entregue um "quite" para desenvolver o trabalho na comunidade.

<sup>25</sup> Existem ervanários que não são curandeiros e alguns deles têm feito parte dos APE's.

<sup>26</sup> A comunidade procura sempre apoio moral nos curandeiros, sempre que se encontram em dificuldades, esperando que estes lhes diga algo sobre o que fazer ou o que se esta a passar na sua vida.

<sup>27</sup> Estas concepções tem como base o meio sociocultural dos indivíduos e a sua cultura guia que lhes permite visualizar o mundo que os rodeia.

tropical e a sua insalubridade, as águas contaminadas, entre outros, com as doenças e epidemias (Silva, 1998).

Outro factor que contribui para a grande procura dos curandeiros, é o facto de o sector profissional do sistema de saúde, não cobrir maior parte da população. Perante isto, as comunidades desenvolveram métodos e atribuíram papéis congruentes com os seus recursos e estruturas para enfrentarem ou responderem a doença (SEAS, 1992).

#### 4.7. Síntese

Maxixe localiza-se a sul de Moçambique, na Província de Inhambane. O seu sistema social é constituído por três grupos sociais distintos: os Hindus, os Muçulmanos e os Tsongas. Tem como principais actividades económicas, o comércio, a produção de copra, o transporte de passageiros "chapa", a pesca e ainda, regista alguma actividade industrial virada essencialmente para a exportação e a semi-industrial com vista ao consumo interno.

O seu sistema de saúde comunitário é constituído por dois grandes sectores: o profissional que não cobre toda a população e o comunitário muito solicitado pelas unidades familiares. A rede sanitária (pertencente ao sector profissional) é constituída por sete unidades, das quais só uma é que tem capacidade para internar doentes.

## V. SITUAÇÃO DA MALÁRIA NA MAXIXE

A malária é a doença que tem preocupado tanto as comunidades como as autoridades sanitárias, pois esta doença tende a agravar-se de ano para ano, como observaremos a seguir.

Esta doença tem se propagado muito rapidamente na cidade da Maxixe e, segundo o sector formal de saúde (sector profissional), esta doença está a propagar-se devido à localização da cidade: Ela encontra-se rodeada de uma vasta vegetação nos seus arredores, que é constituído por palmar e cajual para além de, árvores de frutas plantadas em redor das residências, uma vez que, a população local tem costume de plantar árvores nos seus quintais.

Contudo, há trabalhos que se enquadram na estratégia de combate e prevenção da malária visando a sensibilização das comunidades, de forma a saber lidar com a doença. Só que esse trabalho não tem tido resultados práticos a nível de redução dos níveis de contaminação da doença.

### 5.1. Porquê a malária é uma prioridade?

Os dados disponíveis no HRC demonstram que a malária é um dos problemas principais de saúde, nas crianças e adultos<sup>28</sup>. Entre os meses de Junho, Julho e Agosto, dos anos 1996, 1997 e 1998 respectivamente, a malária foi a doença que mais afectou as crianças e adultos na cidade da Maxixe. E nos anos 2001 e 2002, os casos de malária aumentaram muito nesta cidade como se pode observar nas tabelas um (1) e dois (2).

Tabela 1: Casos de malária detectados durante as consultas.

Ano	I semestre	II semestre	TOTAL
2001	10.428	7.003	17.431
2002	10.035	9.819	19.854

FONTE – Estatísticas do Hospital Rural de Chicique, 2001-2002.

<sup>28</sup> Aqui estão englobados jovens e velhos.

A tabela 1 ilustra como os casos de malária têm aumentado ao longo do tempo. Verificou-se que no período de um ano registou um aumento considerável de doentes que foram diagnosticados com malária, em crianças, jovens, adultos e velhos.<sup>29</sup>

Tabela 2: Casos de internamentos e óbitos devido a malária nas enfermarias.

Anos	Internamentos		Óbitos	
	Medicina	Pediatria	Medicina	Pediatria
2001	549	1.031	30	33
2002	590	1.237	21	56

FONTE – Estatísticas do Hospital Rural de Chicunque, 2001–2002.

A tabela 2 ilustra os dados de internamentos e de óbitos no HRC, a única unidade sanitária com capacidade de internamento, visto que as restantes não dispõem deste serviço.

A tabela citada mostra que os internamentos de doentes com malária em estado grave aumentou em 2002, quer na enfermaria de medicina e quer na pediatria. Local onde registou um aumento significativo de internamentos em relação ao ano anterior. Quanto aos óbitos, na cidade da Maxixe, no ano 2001, o número (na Medicina) foi elevado, comparativamente ao ano 2002, enquanto na pediatria, os números aumentaram significativamente em relação ao mesmo período.

Estes dados demonstram que a malária constitui a principal causa de internamento nas pediatrias, o que prova que as crianças são as mais afectadas por esta doença na cidade da Maxixe.

De acordo com os dados das tabelas citadas, podemos concluir que as mensagens sobre a prevenção da malária, quer as transmitidas através dos meios de comunicação social (rádio, jornal e televisão), como através de palestras de educação sanitária que, segundo Dgedge et al (1999), têm lugar, rotineiramente nas unidades

<sup>29</sup> Não nos foi possível obter dados sobre os casos de malária em termos de faixa etária para melhor distinguir os números que afectam os Jovens e velhos, devido a insuficiência de dados já processados. Mas esta faixa é coberta pelos internamentos na enfermaria de medicina.

sanitária durante as consultas pré-natais, atendimento especial e vacinações, não têm tido efeito desejado.

O comportamento dos indivíduos não se alterou ou pelo menos a informação não gerou a sua transformação, o que vai, de encontro com a crítica de Fincham<sup>30</sup>, citado por Uchôa e Vidal (1994), segundo a qual, este autor diz que a abordagem que muitos programas de saúde tem ao pressupor que a informação gera uma transformação de comportamentos das populações (que neste caso não se verificou) sobre a doença, é uma abordagem que negligencia os factores sociais e culturais que intervêm na adopção desses comportamentos. É preciso compreender que a informação não é assimilada de imediato, pois os indivíduos primeiro submetem a informação as suas lentes culturais e só daí que ela é assimilada na medida que ela não desestrutura os seus elementos culturais de interpretação do mundo daí que concordamos com Fincham.

## 5.2. Como estão estruturados os serviços de saúde para combater a doença?

Uma das formas que o sector profissional de saúde encontrou para fazer face à malária na cidade da Maxixe são as palestras<sup>31</sup> proferidas nas unidades sanitárias às mulheres grávidas e mães, com o objectivo de preveni-las dos males que possam afectar a si e aos seus filhos. Também têm sido feitas palestras nas empresas como forma de sensibilizar trabalhadores pais, chefes de famílias, chefes de bairros, quarteirões, entre outros, sobre como prevenir a malária. Porém, estas não têm sido frequentes.

Não obstante, este esforço, tem sido quase nulo, pois os casos de malária e as mortes por causa desta doença continuam a aumentar<sup>32</sup>. O que estas actividades trazem

<sup>30</sup> FINCHAM, S. (1992). Community health promotions programs. *Social Science and Medicine*. Vol. 35, pp 239-249.

<sup>31</sup> Palestras estas que, como mencionamos no anterior ponto têm lugar rotineiramente nas unidades sanitárias, especialmente durante as consultas pré-natais, atendimento especial e vacinações. Ver Dgedge et al, (1999) Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas das mães em relação a malária na zona suburbana da cidade de Maputo. Parte 2 – Malária e sua prevenção, UEM.

<sup>32</sup> Ver tabelas 1 e 2.

de novo à população é alguma informação biomédica sobre a prevenção, cura e informação sobre os sinais e sintomas.

Outro factor que contribui para o fracasso destas acções, é o facto de elas estarem restringidas a um número reduzido de pessoas, uma vez que nem todas as mulheres grávidas e mães estão disponíveis a assistir as palestras, devido às responsabilidades caseiras.

Sobre a estruturação dos serviços de combate à malária, um técnico de saúde do HRC, informou-nos que: “ *A grande aposta de momento para o combate a malária é a prevenção, como forma de controlar o vector, porque a aposta na cura tem enfrentado graves problemas devido a resistência do vector ao tratamento mais usado que é a cloroquina<sup>33</sup>”.*

Uma das formas que as unidades sanitárias encontraram para incentivar a protecção contra a picada do mosquito, principal vector e transmissor da malária, é o uso de redes mosquiteiras, razão pela qual, todas as enfermarias do HRC e as maternidades das outras unidades sanitárias estarem equipadas com redes mosquiteiras. Desta forma, as autoridades sanitárias procuram promover o uso das mesmas pelas famílias.

Aqui deparámo-nos com um paradoxo pois por um lado as autoridades sanitárias promovem o uso das redes mosquiteiras. Mas no terreno não conseguimos constatar a existência de alguma entidade responsável pela distribuição gratuita das mesmas, apenas vimos algumas redes que estavam a ser vendidas no mercado informal a um preço de 200 mil meticais.

### 5.3. Capacidade técnica e humana existente

Segundo informações do DSCM, a cidade, para além de possuir unidades sanitárias que foram mencionadas anteriormente, dispõe de dois laboratórios que se encontram localizados no Centro de Saúde Sede e no HRC. Estas duas unidades sanitárias estão capacitadas para fazer diagnósticos da malária, recorrendo à análises de

---

<sup>33</sup> Carlos José: Entrevista, Maxixe, 12 de Abril de 2003.

sangue, enquanto que as restantes diagnosticam a malária através do que em linguagem técnica da medicina se designa “diagnóstico clínico”, ao qual, como podemos observar no terreno, também feito na língua local (*Bitonga*). A cidade da Maxixe tem também uma ambulância que cobre as necessidades das várias unidades sanitárias.

A capacidade humana não é suficiente para fazer face à malária, principalmente nos “períodos de pico”. A DSCM dispõe de apenas 60 funcionários<sup>34</sup>, entre técnicos, enfermeiros, APE's, pessoal administrativo e de apoio. De salientar que possui apenas um médico. Portanto existe um défice de pessoal em todas as especialidades.

#### 5.4. Causas da malária

Tendo em conta a explicação biomédica<sup>35</sup>, a principal causa da malária, na cidade da Maxixe, é a proliferação do mosquito, principalmente na época quente e chuvosa, visto que muitos dos bairros desta urbe não têm um sistema de esgoto capaz de drenar as águas. Outro factor é a prática da agricultura em locais impróprios (zonas baixas e pantanosas), o que facilita o contacto entre o vector e os indivíduos, porque estas zonas reúnem condições para a reprodução do mosquito.

Para além disso, o facto da cidade da Maxixe estar rodeada por uma vasta vegetação que, na sua maioria, é constituída por palmar, capim e árvores de fruta, segundo o pessoal de saúde, estes são os principais locais onde o mosquito se desenvolve; os cocos quando cascados depois de extraída a copra, a sua casca não é aproveitada e assim quando chove acumula-se água e torna-se um local propício ao desenvolvimento do mosquito.

As condições sócio-económicas das famílias que vivem nas zonas suburbanas, têm feito com que estas não tenham uma casa de alvenaria. As casas características nestas zonas são construídas de material precário e local tais como caniço e folhas de

---

<sup>34</sup> Esta informação não inclui dados do Hospital Rural de Chicunque.

<sup>35</sup> Falamos de explicação biomédica porque existe a explicação dada pela comunidade. Portanto, observamos que existem dois modelos de explicação da doença. O modelo biomédico faz a sua explicação sobre a doença de acordo com o diagnóstico que eles fazem sobre o doente, enquanto que a explicação dos populares é de acordo com a maneira que eles vivem a doença, isto é, a experiência que eles têm da doença.

palmeira (macuti), e no geral, estas casas têm a casa-de-banho fora, também construídas com o mesmo material e não têm nenhum esgoto, ou fossa para escoar a água suja. O que tem criado condições favoráveis ao desenvolvimento do mosquito.

### 5.5. Síntese

A malária é um dos problemas principais de saúde na Maxixe e, tende a aumentar de ano para ano. Constitui a principal causa de internamentos nesta cidade e, afecta mais as crianças e os adultos.

Os serviços de saúde enfrentam dificuldades no tratamento da doença daí que apostem, no momento, na prevenção, que é baseada na divulgação de informação através das palestras, campanhas de vacinações, assim como o incentivo ao uso de redes mosquiteiras.

A capacidade técnica e humana é insuficiente, dado que na DSCM existe apenas um médico e o restante pessoal técnico tem nível básico e médio, o que torna ainda mais difícil o combate a esta doença, principalmente nos períodos de pico da malária.

As causas da malária são a vegetação que se encontra ao redor da cidade e o tipo de casas que se encontram nas zonas periféricas onde vivem pessoas com baixo rendimento e que não conseguem adquirir insecticidas e redes mosquiteiras para se protegerem da picada do mosquito.

## VI. PERCEPÇÕES COMUNITÁRIAS SOBRE A MALÁRIA

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

A doença não desperta os mesmos pensamentos que nas sociedades ocidentais (caracterizadas pela biomedicina), pois adoecer não é o declinar da saúde pela acção natural dum agente patogénico mas sim a diminuição da força vital<sup>36</sup> (Silva, 1998). As noções locais sobre a doença e suas origens estão bem estabelecidas e podem determinar quando, onde, como e mesmo se um tratamento deve ser procurado.

### 6.1. Descrição dos sintomas e termos que designam a doença

Na cidade da Maxixe existem vários termos para a designação da doença mas o principal termo usado localmente para designar malária é "DZE-DZE-DZE". Este termo, geralmente faz referência a sintomatologia da malária e é mais preciso para designar a doença.

Os sinais e os sintomas de "DZE-DZE-DZE" descritos pelos nossos informantes são as febres, tremores de frio (calafrios), dores de cabeça e do corpo em geral. Os vómitos e as diarreias foram outros dos sintomas referidos. Aliás, "DZE-DZE-DZE" deriva da "tremedeira" que os indivíduos com malária manifestam.

Mas para a identificação da doença, por parte da comunidade, não são necessários todos estes sinais, como nos revelou esta informante: "... *uma pessoa está com "DZE-DZE-DZE" quando todo o corpo dói, é acompanhado de febres e dores de cabeça e com calafrios. O doente nestas condições, normalmente gosta de estar ao sol, porque treme muito por causa do frio...*"<sup>37</sup>.

<sup>36</sup> Ver SILVA, J (1998), *Integrar a Medicina tradicional para melhorar os cuidados de Saúde em Moçambique*. Dissertação, Licenciatura, Universidade Eduardo Mondlane. Faculdade de Letras. (1998).

<sup>37</sup> Joana Américo: Entrevista, Maxixe, 10 de Abril de 2003.

Outros sinais que fazem com que os indivíduos identifiquem a malária são as febres que ocorrem quase sempre no mesmo período, ou durante o dia, ou ainda durante a noite. Acerca deste assunto a mesma informante disse-nos:

*"...quando vejo que meu filho todos os dias no período da tarde deixa de brincar com os outros meninos e vejo que está quieto e encolhido, manifestando sintomas de febres, logo dou-lhe remédio que se utiliza para curar "DZE-DZE-DZE".*

Existe um outro termo usado para identificar a malária "FEWERE"<sup>38</sup> que, traduzido para português significa febres. Este termo em relação ao outro é muito geral. É utilizado quando os sinais principais da malária que são identificados pela comunidade (febres, calafrios, dores de cabeça e do corpo todo), não estão presentes. Esta expressão é, ao mesmo tempo, um dos sinais da malária e não só como de outras doenças febris. À medida que a comunidade foi descrevendo os sinais e sintomas da malária, notou-se que quer "FEWERE", quer "DZE-DZE-DZE" referiam-se à mesma coisa diferindo-se apenas no grau de especificidade que cada expressão remete na compreensão da doença e que "FEWERE" aparecia também como sinal da malária.

Sobre este assunto observemos o que estas informantes dizem: *"Estou aqui no posto porque o meu filho está doente. Desde antes de ontem que ele está com "FEWERE", todo o corpo está quente e transpira muito ao mesmo tempo que tem muito frio e diarreias..."*<sup>39</sup>.

*"... comecei a sentir dores de cabeça, febres e calafrios, pensei que fosse "FEWERE" mas, quando meu avô chegou em casa e me viu tapado a tremer, perguntou a minha mãe o que eu tinha..., o meu avô disse logo que aquilo só podia ser "DZE-DZE-DZE".*

<sup>38</sup> Esta expressão é, ao mesmo tempo, sintoma e doença. Isto é, em algumas circunstâncias do episódio de doença "Fewere" poderá referir a doença e, em outras, ao sintoma.

<sup>39</sup> Rosa Paulino: Entrevista, Maxixe, 12 de Abril de 2003.

Pois quando uma pessoa está doente e diz-se que está com "FEWERE" não lhe passa logo pela cabeça que possa ser malária mas, quando diz-se que tem "DZE-DZE-DZE" preocupa-se logo a procura de terapia o que demonstra que as comunidade tem os seus termos sobre a doença e em função deles buscam os cuidados adequados para cada caso, tal como afirmou Corin et al (1989) no seu modelo de análise das redes semânticas.

Para ilustrar a distinção deste dois termos que muitas vezes faz confusão, mesmo nos próprios doentes e entre membros da família, dois dos informantes que estavam de baixa no HRC disseram-nos:

*"... quando comecei a ficar doente pensei que fosse "FEWERE" mas quando vi que estava a piorar e que não estava a melhorar e comecei a sentir muito frio, a transpirar muito e as dores nas articulações a aumentarem pensei logo que fosse "DZE-DZE-DZE".*

*"... estou de baixa porque tinha sido atacado com "FEWERE" que os médicos dizem que é malária, mas sentia o corpo a doer, febres e transpirava muito ao mesmo tempo que sentia frio..."<sup>40</sup>.*

A utilização de dois nomes para esta doença foi também relatada por Junod na sua obra Usos e Costumes dos Bantos: "Os *tsongas* não consideram a febre palustre muito perigosa e coisa estranha, não tem nome especial para ela. Diz-se que se "sente a cabeça" ou se "tem calor no corpo"... (1996:397)".

A comunidade por nós estudada utiliza os dois termos já mencionados para designar malária, "não grave" pois a "malária grave" segundo os nossos informantes, é muito difícil de ser identificada como tal, dado que os seus sintomas muitas vezes são confundidos com os de outras doenças. Facto que a OMS e a UNICEF (2000) já havia constatado, pois os sinais e sintomas da malária podem simular muitas outras doenças. Alguns dos sintomas e sinais da "malária grave" que alguns dos informantes<sup>41</sup> conseguiram identificar foram, febres altas, delírios e convulsões.

---

<sup>40</sup> Josefina Nhadave: Entrevista, Maxixe, 12 de Abril de 2003.

Esta explicação vem contrariar a biomédica sobre a doença, visto que a explicação dos populares é com base na vivência da doença por parte da comunidade, isto é, os populares explicam a doença em função da sua cultura e do seu meio sociocultural, é por essa razão que as comunidades desenvolvem sinais específicos que lhes permitem ver e compreender a doença qualquer que seja ela. Esta interpretação vai de encontro com o que Corin et al. citado por Uchôa e Vidal (1994), propôs, no seu modelo de análise dos sistemas de signos, significados e acções, aqui as comunidades, marcaram os seus sintomas e privilegia a sua explicação sobre o processo de cura e de prevenção.

## 6.2. Transmissão da malária

Há 100 anos atrás as pessoas não relacionavam a malária com o mosquito. Excepção foi dada a Susruta, um padre Braham que viveu por volta do ano 500 A.n.e. que atribuiu a causa da febre da malária ao mosquito. A ligação correcta entre a malária e o mosquito foi provada e aceite nos finais do Século XIX quando Ross encontrou formas desenvolvidas do parasita no mosquito (Dgedge et al., 1999).

Esta pequena introdução servirá para explicar alguns dos comportamentos que as pessoas têm, face ao vector transmissor da malária. Pois no terreno constatámos que muitas pessoas poderiam ter ouvido falar ou saber o que é a malária ou mesmo ter contraído malária, mas, quanto ao seu transmissor, eles não tinham certeza. Esta incerteza deve-se, por um lado, pela escassa informação sobre a doença. Por outro, ao facto de maior parte dos informantes viverem numa zona onde o mosquito faz parte do seu dia-a-dia e também ao facto das comunidades terem uma interpretação natural da doença, interpretação essa que leva Junod (1996) a dizer que os tsongas dão o nome a doença em função do órgão que foi afectado, o que na nossa opinião provoca equívocos e enganos na distinção da doença e na procura de terapia<sup>42</sup>.

Isto ilustra bem como as comunidades apesar de serem afectadas por esta doença, não sabem como é que ela é transmitida. Para o caso do nosso terreno de

---

<sup>41</sup> Estes informantes eram na sua maioria constituído por homens e mulheres que sabiam ler e escrever.

<sup>42</sup> Este assunto será tratado mais a diante no próximo capítulo.

estudo, verificou-se que o conhecimento sobre a transmissão desta doença varia muito de acordo com o nível de escolarização, idade e género.

Observou-se que as mulheres mães e grávidas identificaram o mosquito como sendo o vector transmissor da malária<sup>43</sup>. Esta mesma informação nos foi dada por alguns homens que tinham lido algo sobre a malária ou que tinham ouvido com o vizinho amigo ou colega.

As mulheres grávidas e mães são as que mais informação tem sobre o vector transmissor da malária devido às acções de sensibilização, que são levadas a cabo nas unidades sanitárias, durante as consultas. Acerca deste assunto temos os seguintes depoimentos:

*(...) fiquei saber que o mosquito era o transmissor da malária no hospital, pois antes, eu pensava que esta doença surgia quando alguém estivesse muito tempo exposto ao sol e ao calor, por ela atacar muito no período do ano que faz muito calor<sup>44</sup>.*

*(...) meu marido começou por dizer que sentia um cansaço, só que, no dia seguinte, não conseguiu ir ao serviço. Ele tinha o corpo quente e estava a tremer de febre. Dei-lhe cacana para beber, mas não melhorava, foi quando levei para o hospital e lá nos disseram que ele tinha malária. Eu só tinha ouvido falar dessa doença mas não sabia que era causada pelo mosquito... só no hospital é que uma enfermeira me explicou (...)<sup>45</sup>.*

Estes trechos demonstram bem qual é a principal fonte de informação sobre a doença. Só que nem sempre o pessoal médico dá informação completa, pois muitas vezes limitam-se a dizer que o doente sofre de malária tantas cruces mas não dizem o que causa e como prevenir.

---

<sup>43</sup> Elas conseguem identificar o mosquito como sendo o vector principal da malária, porque estiveram presentes em algumas palestras e em campanhas de vacinação, onde se aproveita dar alguma informação sobre a malária e outras doenças que atacam mais as crianças.

<sup>44</sup> Josefa Francisco: Entrevista, Maxixe, 13 de Abril de 2003.

<sup>45</sup> Amélia João: Entrevista, Maxixe, 13 de Abril de 2003.

Quanto ao problema da transmissão da malária muitas pessoas com a excepção dos que estudam, têm rádio, ou lêem jornais, acreditam que existe uma outra causa que não seja o mosquito mas que ninguém conseguiu identificar, como podemos constatar nestes trechos:

*Eu acho que malária não é causada pelo mosquito, porque se assim fosse muita gente no Xai-Xai estaria com malária ou teria morrido. Há muito mosquito lá do que aqui e não só, há muita malária aqui e, eu duvido que a sua causa seja o mosquito. Existem uma outra causa como consumir água imprópria, acumular lixo junto de casa (...)<sup>46</sup>.*

*(...) a muito tempo que vivo aqui e sempre houve mosquito, mas nunca muita gente ficou doente. Agora dizem que malária é causada pelo mosquito a única doença que eu ouvi falar que era causada pelo mosquito era paludismo. Mas isso foi no tempo colonia!<sup>47</sup>.*

Como podemos observar a malária não só é atribuída ao mosquito como também é a outras causas, algumas conhecidas e outras não. Como nos informaram estas senhoras: *(...) malária é causada pela sujidade... e se ela está aumentando é porque muitas mulheres não cuidam bem das suas casas, e do capim que cresce muito quando chove<sup>48</sup>.*

*(...) esta doença a muito tempo era atribuída ao facto de se exercer qualquer actividade de baixo de sol ardente o que faz com que no final do dia a pessoa comece a sentir-se doentia, com dores nas articulações, dores de cabeça principalmente e febres hoje dizem-nos que esta doença é causada pelo mosquito, outros dizem que é por causa da água e do capim<sup>49</sup>.*

<sup>46</sup> Lucas Cuamba: Entrevista, Maxixe, 12 de Abril de 2003.

<sup>47</sup> Maria António: Entrevista, Maxixe, 13 de Abril de 2003.

<sup>48</sup> Filomena Júlio: Entrevista, Maxixe, 12 de Abril de 2003.

<sup>49</sup> Maria Romão: Entrevista, Maxixe, 15 de Abril de 2003.

Das várias conversas informais que tivemos durante o trabalho, houve uma que foi marcante, devido a versão que o interlocutor dava para a interpretação da malária, a qual ele chamava “malária da cerveja”.

*Há duas semanas, estava a beber com uns amigos na barraca da zona até altas horas da noite, quando foi para a casa. No dia seguinte, comecei a sentir dores de cabeça, calafrios e febres. Pensei que fosse “babalaza”, só que até ao final do dia esses sintomas continuavam, foi então que um dos amigos que estava a beber comigo, veio visitar— me e disse-me que aquilo só poderia ser “malária da cerveja”.*

Como podemos observar encontramos várias causas da malária mas, muita gente aponta o mosquito como sendo a principal causa, depois é que vem a questão do calor, lixo, água suja entre outras. O que demonstra que há uma construção social da própria doença, baseada no conhecimento biomédico que é transferido para o conhecimento popular..

Se bem que muita gente ainda não sabe qual é o verdadeiro transmissor da malária, essas pessoas continuam a ter uma interpretação do fenómeno da doença, como sendo algo que é causada por se estar exposto em demasia a qualquer circunstância, quer no trabalho, quer na escola ou mesmo no lazer. Esta foi a forma que a cultura encontrou para dar resposta a este desconhecimento biomédico do vector transmissor desta doença. Estamos aqui perante uma interpretação natural da doença.

O certo é que as comunidades utilizam os seus conhecimentos, valores e crenças sobre a doença para suprir as lacunas deixadas pela informação biomédica e assim privilegiar a sua própria explicação sobre a transmissão da doença, onde também a questão das condições sócio-económicas (custo) e o acesso aos serviços de saúde (unidades sanitárias), jogam um papel preponderante.

### **6.3. Formas de obtenção de informação sobre a malária**

Há famílias que obtêm a informação sobre a malária através dos meios de comunicação social (rádio, televisão e jornais). Para aquelas que não têm condições de ter um rádio à pilhas ou não sabem ler, essas muitas vezes recorrem aos seus familiares

ou amigos que têm acesso aos meios de comunicação social ou então alguma informação sobre a doença nas unidades sanitárias quando estes se deslocam a procura de cuidados de saúde.

Os meios de comunicação têm divulgado informação sobre como se proteger e prevenir da malária, o que ainda não se sabe e como constatou Dgedge et al. (1999) é a sua eficácia.

Podemos arriscar dizer que na cidade da Maxixe as informações fornecidas, durante as palestras proferidas durante às consultas pré-natais bem como no atendimento especial e nas campanhas de vacinações, têm quase sido seguidas à risca pelas mães e mulheres grávidas isto, apesar de essa informação ter que ser submetida a interpretação cultural da doença.

Uma das formas que as famílias e a comunidade em geral, encontraram para se informar sobre a malária e tirarem algumas dúvidas, foi fazendo apelo às redes de relações, visto que estas redes são de tamanha importância na comunidade que foi alvo do nosso estudo. Pois, se alguém tem um familiar, amigo ou conhecido com malária procura sempre dar apoio. Apoio esse que pode ser de ordem financeira se for necessário, mas tem sido frequente o moral e o apoio em termos de informação para a prevenção como também para a cura. É neste momento que as pessoas aproveitam para saber sempre mais alguma coisa sobre a doença como, por exemplo: Quais os sintomas e sinais? A quem recorrer quando se manifestam esses sinais? que medicamentos deve tomar e a sua respectiva dosagem? Entre outras.

Um dos informantes disse-nos que: (...) *tive malária duas vezes e sempre fui parar ao hospital porque pensava que fosse uma simples febre. Mas agora já consigo identificar os sintomas e os sinais da doença e sempre que tenho um familiar doente procuro sempre aconselhar a levá-lo ao hospital, assim que vejo que tem malária. Quando o caso não é muito grave digo para tomar cloroquina, e assim faço quando se trata de um amigo ou vizinho conhecido*<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> Marta Rungo: Entrevista, Maxixe, 14 de Abril de 2003.

Observamos aqui que muita gente usa os seus conhecimentos biomédicos sobre a malária para poderem ajudar aos seus familiares e amigos. Salientar apenas que esse conhecimento biomédico da malária que é adquirido nas unidades sanitárias na altura do internamento ou na altura da consulta e das palestras, não provocam uma mudança repentina nos comportamentos, as comunidades não absorvem logo essa informação. Ela primeiro passa por um processo selectivo através da sua cultura e só depois é que ela pode provocar alguma alteração na forma de interpretação da doença.

Em forma de síntese pudemos dizer que a maior parte da informação sobre a malária é adquirida no hospital e principalmente no momento em que se busca a cura, pois é nesse momento em que o conhecimento biomédico exerce o domínio sobre o conhecimento dos populares, porque na maioria dos casos esse conhecimento consegue ser eficaz.

No momento da cura, o conhecimento biomédico transmite informação sobre a doença com maior eficácia, pois o doente é curado. E uma vez o doente curado passará a reproduzir o conhecimento biomédico da doença, pois sempre que ele manifestar sintomas semelhantes aos anteriores que lhe levaram ao hospital irá a unidade sanitária mais próximo, a procura de cuidados.

Mas as comunidades nunca põem os seus saberes de lado pois estes derivam da sua cultura e do meio sociocultural em que se encontram. Elas procuram conciliar os saberes biomédicos e os saberes que a sua cultura proporciona-lhes, procurando assim tirar o máximo proveito de ambos e assim melhor enfrentarem a doença. Por outro lado, a questão do acesso aos serviços de saúde (unidades sanitárias) e das condições sócio-económicas, não permite que as comunidades abandonem seus conhecimentos, atitudes, práticas e crenças sobre a doença pois estes tornam-se fundamentais para a sua sobrevivência.

A questão da solidariedade é um factor a reter, como constatou Barata & León (2000), porque esta doença apresenta um potencial para introduzir e proporcionar redes de solidariedade humana no âmbito familiar, grupal e comunitário. E também mostrou-se ser de grande importância para a prevenção, cura, disseminação de informação, como também para os cuidados pessoais e as possibilidades de auto-ajuda.

#### 6.4. Síntese

*Dzedzedze* é o termo usado para designar malária, não obstante, *Fewere* também seja usado para designar a doença, assim como para designar sinais e sintomas de outras doenças febris. E os sintomas principais referidos pelos informantes são: as febres, tremores de frio (calafrios), dores de cabeça e o corpo dolorido.

Há várias ideias sobre o agente transmissor da malária, desde o próprio mosquito, passando por causas conhecidas e desconhecidas pela comunidade até a cerveja mas o mosquito foi o agente transmissor mais referido.

A informação sobre a malária tem relação com o nível de escolarização e condições sócio-económicas, pois os que sabem ler e têm rádio ou televisor, tem maior informação sobre a doença e sobre como proceder assim que se registem os sinais da doença. Para os indivíduos que não dispõem desses meios de obtenção de informação recorrem as palestras proferidas nas unidades sanitárias e nas campanhas de vacinação, ou, recorrem aos familiares, amigos e vizinhos a procura de ajuda porque a cidade da Maxixe é constituída por várias comunidades e elas relacionam-se entre si através dos laços de solidariedade e amizade.

## VII. PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE

A procura de cuidados de saúde por parte da comunidade, acontece quando esta esgota os seus conhecimentos sobre o tratamento da doença ou porque ela está devidamente informada sobre as causas da doença, como também tem relação com o acesso aos serviços de saúde, condições sócio-económicas e a concepção construída pelas comunidades, acerca da doença e suas causas.

Quando se apresentam os primeiros sintomas da doença, os agregado familiares e as comunidades, recorrem aos tratamentos caseiros ou mesmo aos curandeiros, visto que a medicina alternativa é vista por estes como sendo algo socialmente construído, razão pela qual designam de "*mi rhende nha guitongha*" para designar medicina ou medicamentos alternativos e "*mi rhende nha guitsongho*" para designar medicina branca<sup>51</sup> ou biomedicina.

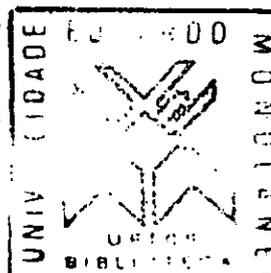
Por outro lado, os indivíduos que têm um conhecimento mais profundo sobre a doença procuram, de imediato, o tratamento nas unidades sanitárias mas, nunca deixam de usar certos medicamentos caseiros como, a água de cacana.

### 7.1. Prevenção da malária

A questão da prevenção desta doença passa, muitas vezes, pelo grau de informação que o indivíduo tem sobre a doença e também como ele interpreta os fenómenos de saúde e doença (processo de construção da doença). No terreno, constatamos que as pessoas às vezes não têm muita certeza sobre o vector transmissor da malária mas, mesmo assim, eles desenvolveram algumas técnicas locais de prevenção<sup>52</sup>, uma vez que a pulverização intra-domiciliária é quase inexistente, pois não cobre toda comunidade. Na cidade da Maxixe ela é feita uma vez por ano e em zonas consideradas vulneráveis.

<sup>51</sup> Está associada ao colonialismo (Sociedades ocidentais), pois é através dele que os Africanos começaram a conviver como o conhecimento biomédico que era totalmente diferente dos conhecimentos médicos dos nativos.

<sup>52</sup> Essas técnicas são desenvolvidas tendo em conta a percepção cultural que os indivíduos tem sobre a doença e as suas causas.



Sobre esta problemática, um enfermeiro do Centro de Saúde Sede, informou-nos o seguinte: (...) *uma das actividades que costumamos fazer para evitar o contágio da malária é a pulverização que é feita em locais que são tidos como sendo as áreas mais críticas. Essa pulverização é feita uma vez por ano*<sup>53</sup>.

A utilização de insecticidas, repelentes e redes mosquiteira de cama é feita por aqueles que têm uma condição sócio-económica razoável, o que possibilita a compra destes produtos.

Face a estes contratempos, a comunidade desenvolveu algumas técnicas locais com objectivo de fazer face aos mosquitos. Alguns indivíduos não consideram o mosquito como transmissor da malária, não obstante, haver alguns indivíduos<sup>54</sup> que acreditam que o transmissor da malária é o mosquito, partilham a ideia de que o mosquito é um insecto que incomoda muito durante a noite por causa do zumbido e também pelo facto da sua picada dar muita comichão.

O que justifica os hábitos de convivência e de descanso familiar, que coincidem com as horas de maior picada de mosquito, visto que as pessoas têm o hábito de conversar fora de casa e, por vezes, devido ao calor, as pessoas dormem fora de casa sem o uso de redes mosquiteiras e de qualquer outro protector. Isto levou Sally (s/d) a dizer que *“o uso de redes de cama não faz parte da cultura no sul de Moçambique”*.

As comunidades para se protegerem desenvolvem algumas técnicas locais, como podemos constatar: (...) *para evitarmos a picada do mosquito e ficarmos livres de seu barulho, queimamos coco seco dentro de casa antes de dormirmos e quando dormimos fora, queimamos saco de sisal ou folhas de mafureira*<sup>55</sup>.

Há que acrescentar que essas técnicas são, muitas vezes, conjugadas com outras como o caso do uso de insecticidas em forma de “spray” ou concentrados em rolos. Isto

---

<sup>53</sup> José Afonso: Enfermeiro, Entrevista, Maxixe, 15 de Abril 2003.

<sup>54</sup> Na sua maioria são mulheres, pois estas participam nas palestras e sempre que há campanhas de vacinações são elas que levam os seus filhos.

<sup>55</sup> Jordão Manuel: Entrevista, Maxixe, 13 de Abril 2003.

mostra que as comunidades procuram uma transformação nos hábitos de combate ao mosquito com objectivo de melhorar a sua protecção, nesse processo de transformação a cultura e os processos de enculturação e endoculturação desempenham um papel preponderante.

Para além disto e como as pessoas acreditam que o mosquito vem da sujidade e de poças ou charcos de água estagnada que estejam próximo das residências, elas procuram varrer os seus quintais e o interior de suas casas como forma de se livrarem do lixo e de alguns objectos que não têm utilidade nenhuma e, desta forma, destruírem os possíveis focos de desenvolvimento do mosquito. Como podemos verificar no depoimento deste informante:

*Para evitarmos o mosquito que dizem ser a causa da malária, limpamos as nossas casas, tapamos os charcos de água ou então deitamos óleo queimado sobre os charcos, também procuramos evitar deitar lixo de qualquer maneira. As garrafas e latas vazias guardamos num local apropriado ou então enterramos. Os depósitos de água são tapados<sup>56</sup>.*

As comunidades procuram sempre adoptar métodos e técnicas simples e acessíveis para o combate e prevenção do mosquito e assim combater a doença, mas sempre tendo em conta o meio em que elas estão inseridas, as suas experiências quotidianas, pois elas vivem de acordo com a sua cultura que é o seu guia para enfrentarem o mundo. Portanto Geertz<sup>57</sup>, citado por Uchôa & Vidal (1994) afirmar que a cultura fornece modelos “de” e modelos “para” à construção de realidades sociais e psicológicas. Dai que as comunidades fazem uso dessa propriedade da cultura e de outros factores para procurarem as suas próprias formas de prevenção e interpretação da doença.

---

<sup>56</sup> Paulo Almeida: Entrevista, Maxixe, 13 de Abril de 2003.

<sup>57</sup> GEERTZ, C. (19973), *The interpretations of Cultures*. New York Basic Books Inc. Publishers.

## 7.2. Tratamento da doença

A procura de cuidados de saúde por parte dos doentes é definido através de um processo de tomada de decisão que inclui o doente ou a pessoa que cuida dele, para identificar a forma apropriada de cuidados de saúde desde o começo da doença, até porque os sintomas da malária podem simular muitas outras doenças febris. Como constatou um doente hospitalizado no HRC: “ *Comecei por sentir febres no serviço, foi para casa a pensar que fosse uma febre passageira que bastasse beber água de cacana... mas, quando vi que a febre não passava e que estava a piorar a minha mulher trouxe-me aqui para hospital (...)*<sup>58</sup>.”

A procura de tratamento adequado para a doença por parte dos agregados familiares, é feito tendo em conta também a factores tais como as condições sócio-económicas (custos), o acesso aos serviços de saúde e a atitude do indivíduo perante a doença (crenças acerca da doença), como podemos constatar no centro de saúde de Dambo, uma informante com o seu filho no colo informou-nos:

*Quando os nossos filhos e nós mesmos ficamos doentes, muitas vezes não vamos logo ao hospital, não porque não queremos é que os postos de saúde ficam muito distantes, para não falar do hospital, e nem sempre temos dinheiro para apanhar o “chapa”.*

Uma outra informante que estava a cuidar da sua irmã no HRC, disse-nos (...) *trouxe minha irmã para o hospital porque ela estava muito mal e teve que ficar de baixa por isso que estou aqui, mas não venho cá todos os dias venho um dia sim e um dia não, porque não temos dinheiro para vir todos os dias trazer comida e dar banho a minha irmã (...)*<sup>59</sup>.

Em certos casos, certas doenças são vistas como não tendo tratamento apropriado na biomedicina, procurando assim a sua cura na medicina alternativa (*nyangas e chehes*). A malária cerebral, que muitas vezes não é percebida pelas pessoas

<sup>58</sup> Rungo Bata: Entrevista, Maxixe, 12 de Abril de 2003.

<sup>59</sup> Hortênsia Joaquim: Entrevista, Maxixe, 12 de Abril de 2003.

como sendo malária, é conhecida popularmente como doença da “lua” ou da “cobra”. Ela é tratada na medicina alternativa, só em último caso é que se recorre ao hospital ou postos de saúde.

Sobre esta questão de tratamentos distintos buscados pelas comunidades para curar a mesma doença, uma senhora disse-nos: *A doença da “cobra” ou da “lua” que tem como sintomas as febres altas, convulsões e as vezes vômitos, é uma doença incompatível com os medicamentos científicos e, principalmente, os de administração por via intravenosa, por isso que têm de ser tratadas por alguém que conheça o segredo das ervas*<sup>60</sup>.

Quando os doentes vão ao hospital a procura de cuidados de saúde e depois ficam curados, eles passam a ter mais confiança na biomedicina e nos seus tratamentos, mas nunca abdicam de utilizar os conhecimentos e tratamentos da medicina alternativa, porque as comunidades acreditam na existência de doenças que tenham melhor tratamento na medicina alternativa do que na biomedicina. Esta atitude deve-se fundamentalmente as concepções (natural e sobrenatural) que as comunidades tem sobre a doença.

Por vezes as comunidades conjugam as duas formas de tratamento, principalmente quando a biomedicina não dá resposta desejada a doença, o que acontece muitas vezes devido a resistência do vector a cloroquina.

Devido a simbiose de tratamentos da doença, as autoridades sanitárias (sector profissional) monitoraram um curso sobre como proceder o tratamento, a prevenção e a identificação dos sintomas da malária, para alguns praticantes da medicina alternativa em particular aos curandeiros<sup>61</sup> (sector folclórico). Com isso, procura-se que haja comunicação entre o modelo explicativo da biomedicina o modelo explicativo dos praticantes da medicina alternativa que partilham o mesmo conhecimento sobre a doença com os populares ou comunidades, visto que incluímos os curandeiros e as comunidades na mesma componente do sistema de saúde.

---

<sup>60</sup> Maria Lúcia: Entrevista: Maxixe, 12 de Abril de 2003.

<sup>61</sup> Membros da AMETRAMO.

Esta tentativa do sector profissional do sistema de saúde contribui para que haja um modelo explicativo sobre a doença que permita uma maior integração entre os sectores que compõem o sistema de saúde e tornar fácil a comunicação entre os indivíduos que partilhem desse modelo e permitir uma interpretação sobre a doença (malária) que seja compreensível e aceite pelas comunidades.

O facto de as comunidades não se abdicarem fazer o uso do conhecimento da medicina alternativa (isto apesar da eficácia da biomedicina), deve-se essencialmente ao facto de que na medicina alternativa o tratamento pode ser feito em casa junto da família e o doente está mais a vontade, não só, mas também pelo facto das comunidades identificar-se mais com a medicina alternativa (curandeiros), uma vez que estes fazem parte de suas vidas e normalmente estão mais próximos de si e tem a mesma concepção sobre o fenómeno saúde/doenças. Enquanto o tratamento biomedico é feito nos centros de saúde ou nos hospitais e o doente é isolado e cumpre regras estabelecidas pelo médico e o restante pessoal, o doente é visto como um objecto.

Outros factores são o acesso aos serviços de saúde como também a questão dos custos de transporte, medicamentos, internamento (condições sócio-económicas), entre outros.

#### **7.2.1. Tratamentos recomendados pelos serviços públicos e privados de saúde**

Quanto aos tratamentos recomendados pelos serviços públicos e privados de saúde, não se diferem, pois estes seguem a linha de tratamento estabelecido pelo MISAU. Assim, os objectivos do programa de controle da malária em Moçambique são os de reduzir a morbilidade da malária, o controle e prevenção da epidemia (Dgedge, 2000).

A principal arma tem sido o apelo ao diagnóstico rápido e o respectivo tratamento da malária como forma de reduzir a morbilidade e mortalidade. O tratamento da malária neste sector do sistema de saúde obedece às três linhas: A primeira linha de tratamento é administração da cloroquina, a segunda do "fansidar", esta linha é para casos em que a malária é resistente à cloroquina. Por último temos a terceira linha de

tratamento que é para casos mais complicados da doença como por exemplo, a malária cerebral, que é tratada através de quinina. Mas o tratamento mais comum da malária é a cloroquina, visto este ser o mais barato e, portanto, acessível a todos (Dgedge, 2000).

Para além destes tratamentos, o pessoal de saúde aconselha alguns tratamentos caseiros, mas, particularmente, a água da cacana, pois segundo estes, o medicamento baixa a febre. Está é uma forma que o sector profissional encontrou para valorizar os medicamentos recomendados pelo sector comunitário (medicina alternativa), uma vez que o sector profissional reconhece algumas propriedades curativas destes medicamentos.

### 7.2.2. Tratamentos recomendados pela medicina alternativa

Na medicina alternativa, há vários medicamentos recomendados. Estes medicamentos são bem conhecidos pelos agregados familiares. A malária curada pela via da medicina alternativa, (em especial pelos curandeiros), obedece ao seguinte processo: Os curandeiros procuram primeiro saber se o doente fez o diagnóstico na unidade sanitária e só depois de este mostrar o diagnóstico é que se processa o tratamento que, na sua maioria consiste em banhos e em alguns chás feitos com ervas e raízes.

A cerca do tratamento feito pela medicina alternativa, uma curandeira informou-nos: “ *Eu trato malária, até porque fiz um curso no Maputo, um curso com o nome “fazer recuar a malária”, onde nos ensinaram como devemos tratar os doentes da malária. É por isso que, quando alguém vem ter comigo e diz que tem malária, eu primeiro peço-lhe para me mostrar o papel do hospital, se ele não tiver mando-lhe primeiro ir ao hospital fazer a análise só depois é que faço o tratamento, que é na base de ervas e raízes, que preparo para o banho e para fazer algum chá que o doente pode tomar aqui ou na sua casa dependendo da gravidade do caso*<sup>62</sup>. ”

Alguns tratamentos que os agregados familiares recomendam, uma vez que os curandeiros preferiram manter as suas receitas em segredo, são os seguintes: *Cacana*

---

<sup>62</sup> Rita Samuel: Entrevista, Maxixe, 14 de Abril de 2003.

*com papaias verdes pequenas. Este medicamento é preparado da seguinte maneira: coloca-se a cacana e as papaias verdes numa panelinha de barro e adiciona-se água e deixa-se ferver, depois de ferver retira-se e bebe-se a mistura quente ou fria.*

Outro medicamento também preparado com cacana, da seguinte maneira: *Primeiro lava-se a cacana e depois leva-se para um pilão onde é pilado. Depois de bem pilado espreme-se bem como forma de obter apenas o líquido, que é dado a beber a quem está doente.*

Estes preparados de cacana já são reconhecidos pela biomedicina e quase sempre recomendam aos doentes que tomem um copo de água de cacana por dia. Para além destes medicamentos obtidos através da cacana, existem outros medicamentos preparados através de ervas próprias as quais só os ervanários e curandeiros têm acesso. Outro medicamento muito utilizado pelas populações que serve para baixar a febre causada pela malária, é o “bafo” que é feito com folhas de eucalipto.

*Coloca-se algumas folhas de eucalipto numa panela com água e deixa-se ferver para depois de fervidas retirar-se a panela do fogo e levar-se à um local fechado onde se coloca a panela junto do doente e tapam o doente com uma manta, como forma de ele absorver o vapor liberto da panela e assim baixar a febre.*

*(...) beber um pouco da água de eucalipto preparada para o bafo também baixar a febres e curar a malária<sup>63</sup>.*

Estes medicamentos não são administrados de maneira abusiva às crianças e idosos visto que o grande problema da medicina alternativa é a questão da sua dosagem. Face à resistência do parasita à cloroquina, muitos agregados familiares procuram associar tanto os medicamentos indicados pelos serviços públicos e privados de saúde com os medicamentos recomendados pela medicina alternativa.

Durante a pesquisa, observamos que os agregados familiares utilizam tratamentos múltiplos para uma única doença, e como os sintomas da malária são

<sup>63</sup> Alberto Samuel: Entrevista, Maxixe, 12 de Abril de 2003.

semelhantes a outras doenças febris como gripe, a doença da lua, entre outras. Os doentes e os que cuidam deles vão, em função da evolução da doença e dos seus sintomas e da concepção sobre a doença, fazer uso de medicamentos que, segundo eles, podem curar.

A questão do tratamento da doença vem mais uma vez demonstrar que existem dois pólos de percepção e explicação da doença, onde de um lado temos a biomedicina que tem um conhecimento científico sobre a doença e a cura, e de outro, as percepções e os conhecimentos dos populares que, em função dos sinais e signos, constroem o seu mundo sobre a doença e o mecanismo de cura.

Como muitas vezes o tratamento biomédico da malária não tem surtido efeito (a resistência por parte do "anopholes" à cloroquina, tratamento de primeira linha para a biomedicina), os populares procuram quase sempre conjugar os dois tratamentos, como forma de alcançar um melhor resultado e desta forma tornar comunicáveis os dois pólos.

Mas há que salientar que, quando este tratamento dá certo, o modelo explicativo da biomedicina triunfa sobre o dos populares, pois estes passam a ter um conhecimento mais profundo da doença e da sua cura como dos medicamentos e sua dosagem (exemplo cloroquina), portanto, é no momento da cura que a biomedicina revela a sua eficácia e exerce uma relação de poder perante a medicina alternativa e às concepções comunitárias.

Por outro lado, observamos que o diagnóstico da malária feito clinicamente, isto é, sem recorrer à análises de sangue, mas sim aos sintomas que o doente vai relatando ao técnico ou ao médico, estes por sua vez curá-lo, estarão a proceder uma construção social da malária. Segundo Kleinman (1980), o pessoal de saúde apesar de ser da biomedicina não está sempre a reproduzir o modelo biomédico da doença e, tendo em conta que no Posto de Saúde de Dambo, o diagnóstico clínico da malária é feito na sua maioria recorrendo a língua local, isto faz com que o paciente e o técnico partilhem dos mesmos valores permitindo ao técnico proceder a construção social.

Desta forma o técnico passa a construir um modelo explicativo que lhe permite comunicar-se eficazmente com os doentes e, desta forma, produzir interpretações que sejam compreensíveis e aceites por eles.

### 7.3. Síntese

As comunidades combatem o mosquito e a doença, através de métodos e técnicas simples, que vão desde a queima de ervas, passando pela limpeza das suas casas até a destruição dos locais propícios a proliferação do mosquito.

A procura de tratamento adequado para a malária é feita tendo em conta factores como as condições sócio-económicas, o acesso aos serviços de saúde (unidades sanitárias), a atitude, e concepções dos indivíduos sobre a doença.

Os tratamentos recomendados pelos serviços públicos e privados de saúde, seguem a linha estabelecida pelo MISAU, por outro lado a medicina alternativa tem várias receitas distintas baseadas essencialmente em chás e banhos preparados com ervas, raízes e plantas.

## VIII. CONCLUSÃO

Partindo do propósito do nosso trabalho e em função dos resultados obtidos podemos dizer que as nossas hipóteses se confirmaram. Tendo em conta a primeira hipótese constatamos que:

Os elementos cognitivos ou valorativos herdados ou aprendidos nas experiências passadas vão ser relevantes na decisão do indivíduo, em relação à doença e sua cura. Por outro lado, os valores cognitivos aprendidos através dos processos de enculturação e endoculturação, referem-se a vivência dos indivíduos dentro dum contexto sociocultural, ao qual esses mesmos valores permitem os indivíduos interpretar os fenómenos que os rodeiam não apenas por via da cultura, mas também pelo contacto com as outras formas de conhecimento que os processos de endoculturação e enculturação proporcionam.

A questão das solidariedade locais revelou-se ser de grande importância, quer seja na procura de cuidados pessoais, obtenção e dessiminação da informação, como também nas possibilidades de auto-ajuda. Este facto foi constatado também por Barata e León (2000). Portanto, as solidariedade proporcionam aos indivíduos e suas famílias, um contacto com outras formas de conhecimentos sobre a doença.

Quanto a segunda hipótese, verificamos que o uso de tratamentos múltiplos para uma doença têm relação com a complexidade dos sintomas da malária, pois eles podem simular muitas outras doenças, o que fazem com que muitas vezes, esses sintomas embora sendo da malária, sejam confundidos com os de outras doenças febris. Essa ideia foi também apontada pela UNICEF/OMS (2000), ao afirmar que os sintomas da malária podem simular muitas outras doenças e podem afectar a maioria dos órgãos internos do organismo, razão pela qual a malária cerebral não é considerada como uma malária.

O nosso trabalho constatou que a malária, na cidade da Maxixe, é designada por dois termos "Dzedzedze" e "Fewere". Mas, o primeiro termo é o mais usado para designar a enfermidade. Quanto as percepções foi possível observarmos que para além do factor cultural, que permite identificar os termos e os sintomas da doença, também o

facto de a comunidade estar em contacto com a biomedicina, através das palestras e programas de vacinações, assim como o atendimento especial, permite a identificação da doença.

As percepções têm muito a ver com o factor género, porque são as mulheres que mais frequentam as palestras proferidas nas unidades sanitárias e nas campanhas de vacinações. Logo, elas conseguem ter informação sobre a doença o que lhes permite identificar os seus sintomas principais (febres altas, calafrios, dores de cabeça e diarreias em crianças). O nível de escolarização, é um facto importante para a percepção da doença pois, observamos que os informantes que sabem ler, tinham lido nos jornais ou em panfletos algo sobre a malária, o que de certa maneira influi positivamente na procura de cuidados de saúde.

Mas as condições sócio-económicas (custo de medicamentos, internamento, transportes, entre outros) têm um papel preponderante na procura de cuidados de saúde. É também, em função deste factor, que os agregados familiares procuram o tratamento biomédico ou a medicina alternativa.

Por conseguinte, constatamos que as comunidades dispõem de um vasto conhecimento sobre os cuidados a ter com esta doença, pois dispõem de várias receitas caseiras, para além das do domínio da biomedicina, que se diga de passagem são eficazes quando não encontram uma resistência por parte do parasita. É em função dessa resistência, das condições sócio-económicas e do acesso aos serviços de saúde (unidades sanitárias) que o sector profissional do sistema de saúde apresenta três linhas de tratamentos, da quais o tratamento com cloroquina é considerado como sendo de primeira linha devido a facilidade de acesso e do conhecimento da sua dosagem.

Por causa da resistência do parasita aos medicamentos, os indivíduos nunca deixam de parte os seus conhecimentos e concepções sobre a doença e fazem o uso deles quando for necessário, para além de que as comunidades acreditam que existem doenças que não são curadas pela biomedicina sob pena do doente morrer. Em parte, é a esta crença que leva as comunidades a confundirem os sintomas da malária com os de outras doenças febris.

As comunidades constroem a sua visão sobre a doença, tendo em conta a sua cultura, não como se ela fosse algo isolado, mas sim algo que está em relação com outros factores tais como: o conhecimento biomédico (através das palestras e campanhas de vacinações), a questão do acesso aos serviços de saúde, eficácia do tratamento, condições sócio-económicas assim como experiência quotidiana (englobamos os processos de endoculturação, enculturação e a questão das solidariedade).

Em suma, os indivíduos, estando inseridos num meio sociocultural, interagem entre si, tendo a cultura como guia, mas também estão em contacto com outras formas de interpretação do fenómeno saúde, doença assim como a biomedicina. A eficácia da terapia (biomédica), a questão do acesso aos serviços de saúde (insuficiente rede sanitária), as condições sócio-económicas assim como as experiências quotidianas, vão contribuir para a concepção sobre a doença e influir na procura de cuidados de saúde.

Para melhor "atacar" a questão da malária, é preciso que haja uma maior interligação e comunicação entre a perspectiva biomédica sobre a doença e a perspectiva das comunidades (valores culturais, folclóricos e o conhecimento popular). A prevenção individual, o diagnóstico e o tratamento correcto dos casos de malária, pressupõem conhecimento, mobilização de pessoas e acesso aos serviços competentes. Por outro lado, é necessário procurar incutir dentro das comunidades a atitude de prevenção e de combate ao vector de acordo com os conhecimentos da população local sobre a doença e as suas respectivas formas de terapia.

Exigir uma participação activa das comunidades no combate à malária passa necessariamente por conhecer as concepções que as comunidades têm e que guiam o seu comportamento, pois, sabendo quais os conhecimentos, as crenças e os hábitos que os indivíduos têm sobre a malária permitem trabalhar sobre eles e tentar engendrar uma transformação dos mesmos, em saberes novos, crenças modificadas, hábitos alterados, conseqüentemente, evitamos chamar os indivíduos (que não tenham o conhecimento biomédico sobre a doença) de ignorantes.

Para concluir, dizer que a questão como um indivíduo percebe o fenómeno da saúde e da doença é fundamental pois o fenómeno saúde e doença é algo universal,

existente em todo o lado e o indivíduo interpreta-o de acordo com a forma de ver o mundo, e de fazer face ao meio em que ele está envolvido. E como salienta Corin et al.<sup>64</sup>, citado por Uchôa e Vidal (1994), cada comunidade constrói de maneira específica o fenómeno de saúde e da doença, marcando principalmente determinados sintomas, privilegiando algumas explicações e encorajando certos tipos de reacções e acções.

Achamos que seria fundamental insistirmos sobre algumas questões que não foram discutidas neste trabalho ou que foram pouco exploradas como a organização social, a eficácia das mensagens transmitidas nas palestras e nas campanhas de vacinações, assim como a veiculada pelos meios de comunicação social; outro ponto para reflexão e linha possível de pesquisa é identificar como a opção religiosa pode ou não influenciar nas percepções e na procura de cuidados de saúde. Por último, seria interessante aprofundar a reflexão sobre o processo de tomada de decisão no que diz respeito a procura de cuidados de saúde ao nível comunitário, tendo como pano de fundo a dimensão de género.

---

<sup>64</sup> CORIN, E. et al. (1992), Articulation et variations des systemes de signes, de sens et d'actions. Psychopathologie Africaine. Pp 183-204.

## BIBLIOGRAFIA

AGYEPONG, I.A. (1992), Malaria: ethnomedical Perceptions and practice in an Adangbe farming community and implications for control. In: Social Science and Medicine, Vol.35, Nº2, pp. 131-137.

ALVES, P.C. e SOUSA, M.. (1988), Saúde e Doença: um olhar antropológico. Fio Cruz editora.

AMREF (s/d), Estudo das Condições de Saúde na Cidade da Maxixe. Projecto de Saúde Sexual e Reprodutiva.

BAER, SINGER & SUSSER (s/d), What is Medical Anthropology About? Central Concepts and development. *A brief History of Medical Anthropology in the United States And Elsewhere.* s/ed. Pp 14-19.

BANCO MUNDIAL (1998), O desenvolvimento na prática. Para uma saúde melhor em África – as lições da experiência. Washington, D.C.

BARFIELD, T. (1997), The Dictionary of Anthropology. Oxford: Blackwell; P. 433.

BERNARDI, B. (1974), Introdução aos estudos etno-antropológicos, ed.70.

BROWN, P., et al. (1998), Medical Anthropology: An introduction to the fields. Understanding medical Anthropology. California: Mayfield Publication.

BROWN, P. & INHORN, M. (s/d), Disease, Ecology, and Human Behavior. Pp 187-213.

CABRAL, F. (2001), *O impacto e o poder da etnomedicina no tratamento de possessões e traumas de guerra nos Tsongas do sul de Moçambique.* Dissertação, Licenciatura, Universidade Eduardo Mondlane. Unidade de Formação e Investigação em Ciências Sociais.

CARRARA, S. (s/d), Entre Cientistas e Bruxos. Ensaios sobre os dilemas e perspectivas da análise Antropológica da doença. PP 32-45.

CLEMENT, E. Et al. (1997), Dicionário Prático de Filosofia. Lisboa: Terramar Editora, 2ª edição.

COREIL, J. (s/d), The evolution of Anthropology in International Health. s/ed. Pp3-26 .

CROOK, S. (s/d), Relatório final dos Estudos de Cortinados de casa impregnadas com permetrina na transmissão de malária nos bairros de Maputo e Matola, Instituto Nacional de Saúde / Direcção Nacional de Saúde (INS/DNS).

CYNTHIA, A.M., Et al. (1999), Local Knowledge and treatment of malaria in Agusan del Sur, the Philippines. In: Social Science & Medicine, 48, Pp 607-618.

DAS, V. (1989), Health transition: *What do we mean by health?* The proceeding of an International Workshop, Camberra, May. Series nº2, Vol. I.

\* DGEDGE, M. et al. (1999), Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas das mães em relação a malária na zona suburbana da cidade de Maputo. Parte 1 – Malária e seu tratamento. Universidade Eduardo Mondlane (UEM).

\* DGEDGE, M. et al. (1999), Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas das mães em relação a malária na zona suburbana da cidade de Maputo. Parte 2 – Malária e sua prevenção, UEM.

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

DIAS, J. *Participação, Descentralização e Controle de Epidemias no Brasil.* In: BARATA, R. & LEÓN, R. (Org.) (2000), Doenças Epidêmicas. Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais. Rio de Janeiro: Fio Cruz. Pp. 269-297.

ELROY, A. & TOWNSEND, P. (1989), *Medical Anthropology in Ecological perspective*. London: Westview press, 2 nd. edition.

FRANCO, A.T.A. (1987), *Manual de Microscopia de Malária*. Ministério da Saúde – Moçambique.

FUNZANO, C. & LANGA E. (2002), *Relatório de Reconhecimento da Área de Saúde*. Departamento de saúde da Comunidade, UEM. Faculdade de Medicina – Chicique.

GLUCKMAN, M. *Análise de uma situação social na Zululândia moderna*. In: FIELDMAN-BIANCO, B. (1987) *Antropologia das Sociedades Contemporâneas*. São Paulo: Global; Pp 307-344.

✕ GOLDENBERG, M. (2000), *A arte de pesquisar: Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Recorde, 4ª edição

HAUSSE, A. M. (1994), *Programa Nacional de Controle da Malária: Seminário de atualização da Clínicos dos Distritos da Província de Sofala*.

JACKSON, L. (1985), *Malaria in Liberian Children and Mothers: Biocultural perceptions of illness vs. Clinical evidence of diseases*. In: *Social Science & Medicine*, Vol.20, N°12, Pp 1281-1287.

JUNOD, H. (1996), *Usos e Costumes dos Bantos (Tomo 2 : Vida Mental)*. Arquivo Histórico de Moçambique, Maputo.

KLEINMEN, A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture: an explication of the border between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. USA: University of California Press.

LADERMAN, C. (1975), *Malaria and Progress: Some Historical and Ecological considerations*. Vol.9, Pp 587-594.

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. A. (1991), Metodologia Científica. São Paulo: Atlas Editora, 2ª edição.

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

LEÓN, R. *Siete Tesis sobre Educación para la participación*. In: BARATA, R. & LEÓN, R. (Org.) (2000), Doenças Epidêmicas. Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais. Rio de Janeiro: Fio Cruz. Pp. 233-249.

LOBO, A. (s/d), Dicionário de Filosofia. Lisboa: Plátano Editora, 2ª edição.

LOUSTAUNAU, M. O. & SOBO, E. J. (1997), The Cultural Context of Health, Illness, and Medicine. London: Bergin & Garvey.

MAIA, E. & WALE, C. (2001), Relatório de Estágio Rural. UEM. Faculdade de Medicina.

MASENDU, H et al. (1997), Community perception of mosquitoes, malaria and its control in Binga and Gokwe districts, Zimbabwe. In: Central African Journal of Medicine, Vol.43. N° 3.

\* Ministério da Saúde. (s/d), Plano Nacional de Controle da Malária: Plano de Acção 2000-2002.

√ Ministério da Saúde (2002), relatório de Actividades do Primeiro trimestre de 2002. Direcção da Saúde da Cidade da Maxixe.

MUTERO, C. (2002), Application of Ecosystem Approach to Health in Mwea, Kenya: Interaction between bio-physical, socio-economic and institutional characteristic related to livestock and agro-ecosystem management for community-based malaria control.

NUNES, J. (1995), *Com Mal ou Com Bem, aos Teus te Atém: As Solidariedades Primárias e os Limites da Sociedade Providência*. In: *Revista Critica de Ciências Sociais*. N.º 42, Maio.

PANOFF, M. & PERRIN, M. (1973), *Dicionário de Etnologia*. Lisboa: Edições 70.

\* PEDRO, L. (1999), "A luta contra a malária". In: *Revista Moçambique*. N.º 33, Outubro/Novembro.

Republic of Mozambique. Ministry of Health. (s/d), National Malaria Control Programme: Malaria annual Plan of action (POA 1999-2000). National Health Directorate Department of Epidemiology and Endemic diseases.

SANTO, B. (1995), *Sociedade Providência ou Autoritarismo Social?* In: *Revista Critica de Ciências Sociais*. N.º 42, Maio.

SANTOS, B. (1998), *As novas solidariedade*. In: *Revista Visão*. Fevereiro.

SARACENO, C. (1992), *Sociologia da família*. Editora Estampa. Lisboa. PP.68-73.

SEAS (Secretaria de Estado de Acção Social) (1992), Documento de trabalho. O campo da Antropologia da Saúde. Janeiro.

\* SEGRE, M. & FERRAZ, F.C. (1997), O conceito de Saúde. In *Revista de Saúde Pública*, 31 (5): 538-542.

SILVA, J. (1998), *Integrar a Medicina tradicional para melhorar os cuidados de Saúde em Moçambique*. Dissertação, Licenciatura, Universidade Eduardo Mondlane. Faculdade de Letras. (1998).

SINGER, M. (1989), The Coming of Ages of Critical Medical Anthropology. In *Social Science & Medicine*, s/v, N.º 11, Pp 1193-1203.

SINGER, M. (1990), Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment. In: Social Science & Medicine, Vol.30, N°2, Pp 179-187.

SOUSA, E. & OLIVEIRA, A. (2002), Ciência Odontologia. O processo de saúde-doença: do Xamã ao cosmos. In mailto: jlmg@ruralrj.com.br

SPIRO, M. E. (1985), Some Reflections on Cultural Determinism and Relativism with Special Reference to Emotion and Reasons. Cambridge: University Press.

TACHON, A. *Percepção e Prevenção de Malária entre os cuiva da Venezuela*. In: BARATA, R. & LEÓN, R. (Org.) (2000), Doenças Epidêmicas. Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais. Rio de Janeiro: Fio Cruz. Pp.63-83.

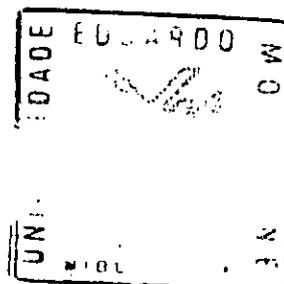
TAUSSIG, M. (s/d), Reification and the Consciousness of the Patient. In Social Science & Medicine, Pp 3-13.

\*UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. (1994), Antropologia Médica: Elementos Conceptuais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. Cadernos de Saúde Publica, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504.

UNICEF & OMS. (2000), Prevenção e Tratamento de malária. Janeiro, s/v, N°18.

UNICEF (1979), Cuidados Primários de Saúde, Conferência Internacional sobre Cuidados Primário de Saúde, s/n, 1978, Alma -Ata. 65 P.

\*VALLA, A. *Revendendo o debate em torno da participação popular: ampliando a sua concepção em uma nova conjuntura*. In: BARATA, R. & LEÓN, R. (Org.) (2000), Doenças Epidêmicas. Abordagens Sociais, Culturais e Comportamentais. Rio de Janeiro: Fio Cruz. Pp.251-268.



## Anexo 1 – Guião de entrevistas

### Tema 1 – Morbilidade referida:

- Quais as doenças mais comuns na família e na comunidade?
- Me fale da malária (quais os sintomas que conhece? qual a sua origem e como é transmitida?)
- Quais são meios disponíveis pela comunidade para enfrentar a doença?
- Quais os tratamentos que conhece para esta doença?

### Tema 2 – Percepção sobre a malária:

- Sabe o que é malária?
- Como é que chamam a malária na sua zona?
- Qual é a origem desta doença?
- Como é que ela é transmitida?
- Quais são os principais sinais e sintomas da malária?
- Como é que tratam esta doença?
- Quando estás doente quem é que procura para fazer tratamento?
- Como é que a você e sua família se protegem desta doença?

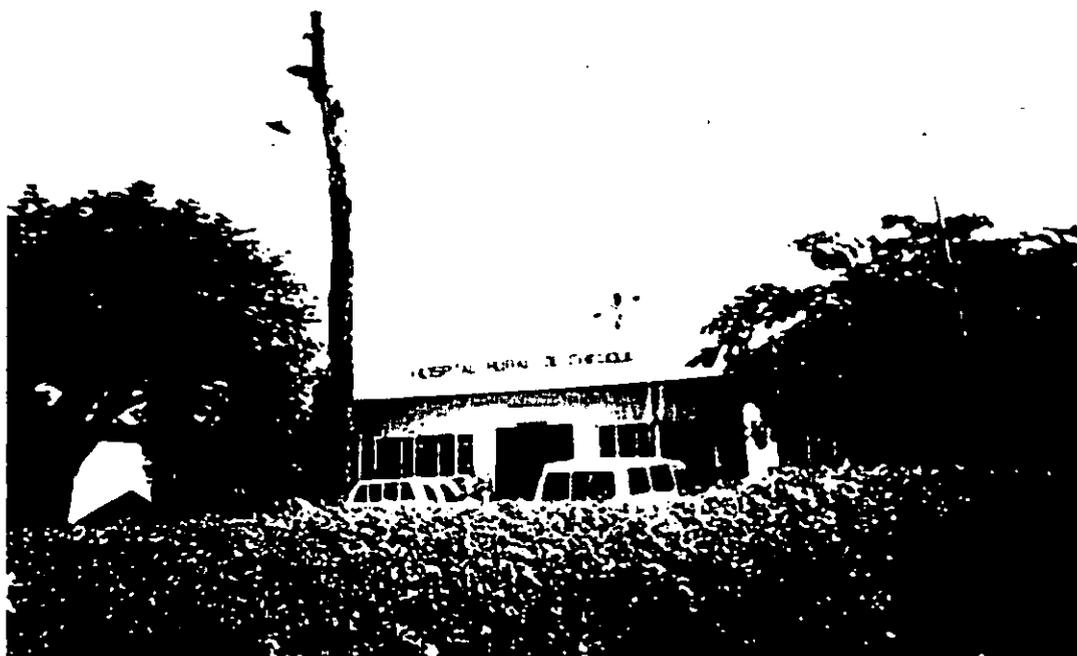


## Anexo 2 – Lista de informantes

- Alberto Samuel, 36 anos, Maxixe, 12 de Abril de 2003, pescador.
- Alfredo Damião, 39 anos, Maxixe, 12 de Abril de 2003, vereador.
- Alice Mendes, 33 anos, Maxixe, 13 de Abril de 2003, esposa de vendedor, doméstica.
- Amélia João, 40 anos, Maxixe, 13 de Abril de 2003, camponesa.
- António Muwando, 35 anos, Maxixe 12 de Abril de 2003, marinhoiro.
- Carlos José, 39 anos, Maxixe, 12 de Abril de 2003, Técnico de medicina.
- Caroliona Amândio, 26 anos, Maxixe, 13 de Abril de 2003, professora.
- Lucas Cuamba, 17 anos, Maxixe, 12 de Abril de 2003, mecânico.
- Filomena Julião, 50 anos, Maxixe, 12 de Abril de 2003, esposa de camponês, doméstica doméstica.
- Hortênsia Joaquim, 31 anos, Maxixe, 12 de Abril de 2003, esposa de motorista, doméstica.
- Joana Américo, 25 anos, Maxixe, 10 de Abril de 2003, esposa de carpinteiro, doméstica.
- Jordão Manuel, 27 anos, Maxixe, 13 de Abril de 2003, carpinteiro.
- José Afonso, 22 anos, Maxixe, 15 de Abril de 2003, trabalhador e estudante.
- Josefa Francisco, 23 anos, 13 de Abril de 2003, estudante.
- Josefina Nhadave, 35 anos, Maxixe, 12 de Abril de 2003, empregada doméstica.
- Maria António, 29 anos, Maxixe, 12 de Abril, 2003, doméstica.
- Maria Lúcia, 30 anos, Maxixe, 12 de Abril de 2003, doméstica.
- Maria Romão, 55 anos, Maxixe, 15 de Abril de 2003, doméstica.
- Marta Rungo, 27 anos, Maxixe, 14 de Abril de 2003, vendedora.
- Martins Armando, 40 anos, Maxixe, 13 de Abril de 2003, proprietário de barraca.
- Paulo Almeida, 18 anos, Maxixe, 13 de Abril de 2003, cobrador.
- Paula Bata 20 anos, Maxixe, 12 de Abril de 2003, estudante.
- Rita Samuel, 55 anos, Maxixe, 14 de Abril de 2003, curandeira e membro da AMETRAMO e da Associação Provincial de Ervanários.
- Rosa Paulino, 24 anos, Maxixe, 12 de Abril de 2003, doméstica.
- Rungo Bata, 31 anos, Maxixe, 12 de Abril de 2003, pedreiro.

**ANEXOS**

### Anexo 3 – Fotografias



Vista principal do HRC



A esquerda enfermaria de medicina (onde são internados os doentes Jovens, adultos e idosos). A direita enfermaria de Pediatria.



Interior duma das enfermarias, a mostrar o envolvimento das autoridades sanitárias no combate e prevenção da malária, através do uso de redes mosquiteiras.



Sector de triagem do HRC, local onde os doentes passam pelo diagnóstico clínico.



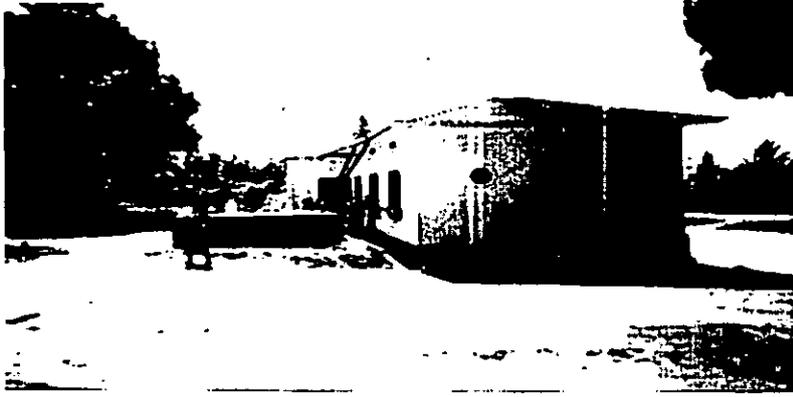
Vista frontal do laboratório do HRC.



Interior do Laboratório do HRC.



A esquerda vista frontal e a direita vista traseira do posto de saúde de Dambo: Local onde são atendidos todos os doentes.



Edifício onde funciona a maternidade de Dambo.



Casa construída de material local (Caniço)  
na Zona de Dambo.



Conversa com informante (Curandeira).



Informante (Curandeira) com  
chapéu que foi oferecida no fim do  
curso sobre malária.

