

Departamento de Sociologia

**MALÁRIA EM MOÇAMBIQUE:
PERSPECTIVAS LEIGAS NUMA REGIÃO ENDÉMICA**

Carla Alexandra Ferreira Rodrigues

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Sociologia,
Especialidade em Sociologia da Comunicação e da Cultura

Orientadora:

Doutora Sónia Dias, Professora Auxiliar Convidada,
IHMT-UNL

Co-orientadora:

Doutora Helena Carvalho, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

Outubro, 2009

Agradecimentos

Gostaria de reservar este espaço para prestar aqui os meus sinceros agradecimentos a quem tornou possível o desenvolvimento deste trabalho.

Antes de mais, à prof.^a Sónia Dias pela orientação desta dissertação e pelo convite em participar no *Projecto Integrado de Controlo da Malária na região de Chókwè – Tisuna Muzototo* – do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa (IHMT-UNL), em parceria com a associação Médicos do Mundo – Portugal (MdM-P), com a Direcção Provincial de Saúde de Gaza (Moçambique) e com a Empresa Hidráulica de Chókwè.

À prof.^a Helena Carvalho, pelas orientações deste trabalho e pelo apoio e incentivo constantemente demonstrados, que me deram confiança para avançar. À prof.^a Graça Carapinheiro e à prof.^a Bárbara Backström pelos conselhos e contributos na primeira fase do estudo e a todos os colegas e investigadores com quem me fui cruzando durante estes dois anos de trabalho, em Portugal e em Moçambique. Um obrigada muito especial à prof.^a Noémia Lopes, pelo interesse, pelo incentivo e pelos contributos teóricos e analíticos fundamentais para este estudo.

A toda a equipa do IHMT-UNL e MdM-P envolvida no *Tisuna Muzototo*, em especial, ao Dr. Jorge Cabral (Coordenador do projecto), ao Dr. João Blasques (Director de Ajuda Humanitária e representante dos MdM-P na coordenação do projecto), ao Dr. Enrique Mazzarelli (Director de Gestão dos MdM-P), à Ana Rita Sequeira (Coordenadora da Intervenção Comunitária) e à Ana Rita Chico (Coordenadora da Vigilância Epidemiológica e Intervenção Laboratorial), pelo apoio e pelas condições que me ofereceram para poder pôr em prática este projecto. À Directora Provincial de Saúde de Gaza, Dra. Nurbai Calú, ao Presidente do Município de Chókwè, Sr. Jorge Macuacua, ao Responsável de Acção Social, Sr. Salvador Ubisse e aos Secretários dos Bairros onde foram realizadas as entrevistas e os pré-testes, Sr. Vasco Mucavel, Sr. Salvador Baloi e Sr. Domingos Mondlane, sem os quais não teria sido possível a concretização deste estudo.

Quero agradecer, também, às empresas financiadoras da minha ida a Moçambique, por acreditarem neste projecto e tornarem possível a sua concretização: Laboratórios Delta, Portugal e Farmácia AISIR – Produtos Farmacêuticos.

Por fim, e não menos importante, quero agradecer a todos os meus amigos que me apoiaram e ajudaram a concretizar este trabalho e, em especial, aos meus pais, a quem o dedico.

Índice

Introdução	1
1. Contextualização do fenómeno em estudo	3
1.1. A Malária no contexto mundial.....	3
1.2. A Malária no contexto moçambicano	4
1.3. Prevenção e Tratamento	6
2. Comportamentos e Saberes leigos em saúde e doença: discussão teórica	10
3. Problemática em estudo	19
4. Metodologia	22
4.1. Universo em estudo.....	22
4.2. Processo de Amostragem	23
4.3. Amostra	25
4.4. Instrumento de recolha de dados	25
4.5. Procedimentos e constrangimentos	26
4.6. Análise de Dados.....	27
5. Resultados	28
5.1. Caracterização das entrevistadas.....	28
5.2. Construção discursiva da doença	28
5.3. Práticas de prevenção e gestão dos recursos terapêuticos	32
5.4. Configuração das concepções de saúde e práticas de prevenção da malária.....	35
6. Discussão dos resultados.....	37
7. Considerações finais.....	41
Referências bibliográficas	43
ANEXOS.....	47
Anexo A – Distribuição dos recursos por bairro.....	48
Anexo B – Procedimentos estatísticos da ACM	49
Anexo C – Guião das Entrevistas.....	51



Foto tirada no 6º Bairro de Chókwè

“Each culture creates its own responses to health and disease”

(Airhihenbuwa, 1995)

Introdução

A malária é, de longe, a mais importante doença parasítica tropical, constituindo uma ameaça para cerca de 40% da população mundial, sobretudo nos países mais pobres, onde o acesso aos cuidados de saúde e os recursos para o tratamento são mais escassos (Vivek *et al*, 2003). Em África, constitui um dos maiores problemas de saúde pública, afectando principalmente crianças com menos de cinco anos e mulheres grávidas.

Sendo uma das maiores causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo, o seu controlo e redução fazem parte dos objectivos de várias iniciativas, nomeadamente, dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (1990-2015), do *Roll Back Malaria Partnership* (RBM – OMS, UNICEF, PNUD e Banco Mundial), dos Planos Estratégicos Nacionais que vários países africanos estabeleceram para pôr em prática os objectivos do RBM, etc. Apesar da importância das condições ambientais e dos factores microbiológicos e parasitológicos, para o sucesso da implementação dos projectos de controlo da malária, é imprescindível um conhecimento aprofundado dos factores sociais e comportamentais que influenciam o risco de proliferação e que podem inibir ou facilitar modalidades particulares de intervenção, assim como compreender o problema nos seus contextos sociais, económicos, políticos e culturais.

A participação num projecto integrado de controlo da Malária na região de Chókwè, em Moçambique – *Tisuna Muzototo* – do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, em parceria com a associação Médicos do Mundo Portugal, com a Direcção Provincial de Saúde de Gaza (Moçambique) e com a Empresa Hidráulica de Chókwè, permitiu o desenvolvimento de um trabalho exploratório com recurso a técnicas de recolha de informação qualitativas. Os objectivos que este estudo se propõe alcançar têm como base servir de instrumento para o planeamento e adaptação das estratégias da componente Informação, Educação e Comunicação (IEC), com vista à mudança de comportamentos e adopção de práticas saudáveis por parte das comunidades beneficiárias. Se os materiais de comunicação e promoção de saúde não forem desenhados com base na realidade cultural onde pretendem ser divulgados, recorrendo aos meios de transmissão e circulação mais adequados e influentes, os resultados podem ter impactos limitados. Torna-se, então, necessário compreender de que forma esses entendimentos, percepções e práticas locais

se desenvolvem e se constroem em torno das doenças em geral, e da malária em particular.

O reconhecimento da importância do *Sistema Referencial Leigo* (Freidson, 1970, 1984), enquanto categoria analítica para a compreensão das práticas e das concepções socialmente contruídas de saúde e doença, tem assumido um lugar cada vez mais importante, não só na sociologia, como nas ciências sociais em geral. De forma a compreender o fenómeno da malária, e adoptando uma perspectiva colectivista e sociocultural, este estudo tem como objectivo analisar as perspectivas leigas, incluindo percepções, conhecimentos e práticas relacionadas com a malária, em termos de prevenção e gestão de recursos terapêuticos, numa região onde a prevalência desta doença é bastante significativa. Nesse sentido, foram realizadas entrevistas semi-directivas a mães de crianças com cinco ou menos anos de idade (um dos grupos mais vulneráveis) na cidade de Chókwè (Província de Gaza, Moçambique), onde a malária é endémica.

1. Contextualização do fenómeno em estudo

Também conhecida por Paludismo ou Sezonismo, a Malária é uma doença infecciosa causada por parasitas do género *Plasmodium* e transmitida através da picada do mosquito fêmea infectado, do género *Anopheles*, de transfusões de sangue, de agulhas ou seringas contaminadas e de mãe para filho antes ou durante o parto. As quatro espécies de parasitas causadores de malária humana mais conhecidos são o *P. falciparum*, o *P. vivax*, *P. malariae* e o *P. ovale*. O *Plasmodium falciparum* é o parasita dominante em toda a região africana, sendo responsável por cerca de 91% de todas as infecções da malária estimadas no mundo em 2006, das quais 86% concentram-se na Região Africana (WHO, 2008a). São conhecidas mais de 400 espécies de mosquitos *Anopheles*, embora as mais importantes sejam apenas 30, distribuídas geograficamente de acordo com as suas especificidades e condições ecológicas favoráveis ao seu desenvolvimento. Os padrões desta doença, e da sua transmissão, diferem muito de região para região, resultando da variação entre os parasitas da malária e os mosquitos vectores, as condições ecológicas, a precipitação e humidade, a altitude, a temperatura e os factores socioeconómicos, como a pobreza e o acesso efectivo a serviços de prevenção e cuidados de saúde.

A malária é a maior causa de anemia em crianças e mulheres grávidas, de peso reduzido dos recém-nascidos, de nascimentos prematuros e de mortalidade infantil. As mulheres grávidas e as crianças com menos de cinco anos constituem os grupos mais vulneráveis, devido aos seus fracos sistemas imunológicos (WHO, 2006). Os sintomas incluem febre intermitente, dores de cabeça, dores musculares, arrepios de frio, suores abundantes, náuseas, vómitos e diarreia e, normalmente, aparecem entre 10 a 15 dias depois da picada do mosquito. Se não for tratada rapidamente, esta doença pode tornar-se uma ameaça à vida, perturbando o abastecimento de sangue a órgãos vitais. As formas mais severas da doença resultam na deficiência de órgãos, delírios, convulsões, seguidos de coma persistente e morte¹.

1.1. A Malária no contexto mundial

Segundo o *World Malaria Report 2008*, cerca de 3 biliões de pessoas vivem em regiões de risco de transmissão da malária (em 109 países e territórios), com uma estimativa de cerca de 250 milhões de episódios clínicos anuais, conduzindo a

¹ Roll Back Malaria (www.rbm.who.int, consultado em 04/2008)

aproximadamente 1 milhão de mortes por ano. Estima-se cerca de 881 mil mortes provocadas pela malária em 2006, das quais 91% ocorreram em África e 85% em crianças com menos de cinco anos de idade (WHO, 2008a). Segundo o relatório *Global Burden of Disease 2004* (WHO, 2008b), as doenças infecciosas e parasíticas correspondem ao 2º principal grupo responsável pelas mortes em todo o mundo (15,4% mulheres e 16,7% homens), precedido pelas doenças cardiovasculares. Dentro de um grupo etário mais baixo, estes valores assumem outras proporções. A malária é responsável por 7% das mortes em crianças com menos de cinco anos em todo o mundo – 5ª maior causa² (WHO, 2008b) e 39% das mortes de crianças dos 0 aos 8 anos em Moçambique (WHO, UNICEF, USAID, 2005).

1.2. A Malária no contexto moçambicano

Moçambique é um dos dez países mais afectados pela malária, sendo este um dos principais problemas de saúde pública do país, onde aproximadamente 682 mil mulheres grávidas e 2,8 milhões de crianças com menos de cinco anos estão em risco. A malária, e as doenças com ela relacionadas, constituem as principais causas de morbidade e mortalidade em Moçambique nas crianças com menos de cinco anos de idade (WHO, UNICEF, USAID, 2005), sendo responsável por 40% das consultas externas, por mais de 60% das hospitalizações e consultas internas nos hospitais pediátricos, e por um terço das mortes hospitalares (Anbrasi Edward e Kathryn Bradbury, 2005). Estima-se que seja responsável por 44 a 66 mil mortes por ano (*idem*), e que 40 a 80% das crianças com idades compreendidas entre 2 e 9 anos, e em algumas áreas mais de 90% das crianças menores de 5 anos de idade, estejam infectadas com parasitas da malária.³

Segundo o relatório do *USAID Mozambique Country Strategic Plan, FY 2004–2010*, o estado de saúde dos moçambicanos é dos piores do mundo. Malária, Diarreia, Tuberculose, Infecções Respiratórias e o VIH/Sida constituem as doenças dominantes do perfil epidemiológico do país. Para além de ser a principal causa de morte, como já foi referido, a malária contribui para aproximadamente 15% do fardo total das doenças para o país (46% entre os mais jovens).

² Segundo os dados apresentados no relatório *Global Burden of Disease 2004* (WHO, 2008), 37% das crianças dos 0 aos 5 anos morrem por problemas provocados à nascença, seguido de Infecções Respiratórias Agudas (17%), Doenças Diarreicas (16%), outras Infecções ou Doenças Parasíticas (9%) e Malária (7%).

³ WHO (<http://www.who.int/countries/moz/en/index.html>, consultado em 07/2008)

A malária é endémica em todo o país e atinge o seu ponto mais alto após a época chuvosa (Dezembro a Abril). Segundo o *Relatório Nacional do Desenvolvimento Humano de Moçambique* (PNUD, 2006), a prevenção da malária é ainda fraca; os esforços de advocacia e promoção de saúde são ainda insuficientes; em algumas zonas o acesso ao tratamento é bastante complicado devido à distância de unidades sanitárias; a adesão à 1ª linha de tratamento é questionável; e há uma grande necessidade de ajustar os recursos humanos e financeiros à dimensão da endemia. Estima-se que 50% da população moçambicana viva a mais de 20 km do serviço de saúde mais próximo.⁴ As comunidades rurais pobres tendem a sofrer mais os efeitos da malária do que as comunidades urbanas, devido à maior intensidade da transmissão, ao acesso mais débil a serviços de prevenção e tratamento, e a um conhecimento reduzido sobre os riscos da malária e das potenciais medidas para a sua prevenção e controlo.

Apesar dos dados estatísticos apresentados, o peso da malária nos países africanos é enorme e difícil de quantificar. No entanto, há um consenso geral de que esta doença é a principal causa de morbilidade e mortalidade na África Subsaariana (WHO, 2006). O impacto da malária é determinado por uma variedade de factores relacionados com o hóspede (o homem), o parasita, o vector (o mosquito), o ambiente, o contexto societal, comportamental e político, a economia e as intervenções no sentido do controlo da doença. Os países onde a malária é endémica, assistem a um recuo bastante significativo a nível do desenvolvimento social e económico, onde se estima uma redução média anual de 1,3% do crescimento económico (WHO, 2006). A pobreza é muito associada à prevalência da malária, verificando-se uma relação bi-direccional entre a doença e o desenvolvimento económico: “High prevalence of malaria impairs health and restrains economic development. On the other hand, by improving health status, living conditions and access to effective prevention and treatment, economic development reduces illness from malaria.” (WHO, 2006:10). Segundo o relatório *The Africa Malaria Report 2006*, 58% das mortes provocadas por esta doença ocorrem em 20% das populações mais pobres do mundo (WHO, 2006), as quais, normalmente, vivem em zonas mais remotas, onde as limitações no acesso aos serviços de saúde são particularmente sentidas. Os custos directos com esta doença em termos de tratamento prendem-se, essencialmente, com os medicamentos (74%) e o transporte (15%) (WHO, 2006). Tanto em termos de prevenção como de tratamento, a malária constitui um fardo

⁴ WHO (<http://www.who.int/countries/moz/en/index.html>, consultado em 07/2008)

bastante pesado para os lares mais pobres onde as famílias, muitas vezes, não têm condições para adoptar as medidas preventivas mais adequadas ou de procurar o tratamento mais eficaz.

1.3. Prevenção e Tratamento

A malária é uma doença prevenível e curável⁵. As estratégias de prevenção recomendadas no continente africano incluem redes mosquiteiras impregnadas com insecticida (ITNs), desinfectação residual dos domicílios (IRS) e o tratamento preventivo intermitente com, pelo menos, duas doses de sulfadoxina-pirimetamina (SP) durante a gravidez (IPTp) (WHO, 2006). O diagnóstico atempado e o tratamento imediato, constituem a base para o controlo da malária na maioria dos países subsaarianos (Comoro *et al.*, 2003; Deressa, 2007) e são essenciais para a redução da mortalidade⁶ relacionada com a malária em grupos com menos de cinco anos de idade (Malik *et al.*, 2006). Nos países subsaarianos, onde o parasita predominante é o *P. falciparum*, o tratamento correcto nas primeiras 24 horas pode salvar muitas vidas (WHO, 2006). O diagnóstico clínico da malária implica um exame e verificação da presença de parasitas no sangue, através de um microscópio ou de um teste de diagnóstico rápido. Segundo Deressa (2007), estes testes de diagnóstico rápido podem constituir uma boa ajuda para identificar os parasitas da malária, especialmente em regiões onde a transmissão é sazonal. No entanto, na maioria dos países africanos, incluindo Moçambique, estes materiais só estão disponíveis em hospitais ou centros de saúde. Segundo os dados apresentados no *Africa Malaria Report 2006*, Burundi, Chade, Madagáscar e Gana são os únicos países onde o teste de diagnóstico rápido é utilizado na comunidade (WHO, 2006).

Vários estudos têm mostrado que, em determinados contextos, há uma tendência para o primeiro diagnóstico e tratamento serem geridos em casa (Kaona e Tuba, 2005; Espino e Manderson, 2000; Comoro *et al.*, 2003; Malik *et al.*, 2006). Esse auto-tratamento pode ser feito através de medicamentos anti-maláricos químicos ou com remédios/medicinas tradicionais. Na maior parte dos casos, só quando o tratamento caseiro não funciona e o doente piora, é que este é levado para um serviço de saúde. Isto pode trazer consequências bastante graves. Por um lado, o atraso da chegada do doente ao local de tratamento apropriado pode ser fatal. Por outro, o facto de os indivíduos se

⁵ WHO, *Global Malaria Programme*, <http://www.who.int/malaria/>, consultado em 04/2008)

⁶ Mortalidade + Morbilidade

automedicarem (quer através de sobras de medicamentos anti-maláricos que tenham em casa, quer através da sua compra em farmácias locais não convencionais), não conhecendo a dosagem correcta da medicação para o tratamento, pode resultar num tratamento parcial e, muitas vezes, inapropriado. Esta poderá ser uma das maiores causas da resistência aos medicamentos, principalmente à cloroquina que é um dos anti-maláricos mais baratos e mais largamente utilizado em vários países africanos⁷.

Segundo os dados apresentados num relatório sobre *Materiais Tratados com Insecticidas* em Moçambique (USAID, 2000), embora o conhecimento sobre as redes mosquiteiras fosse elevado, a percentagem de pessoas que as possuíam em casa era reduzida. A este nível, foi encontrada uma associação acentuada entre a posse de redes mosquiteiras e o nível socioeconómico. Relativamente à função das redes, 59% dos respondentes afirmaram que estas eram usadas para proteger das picadas de mosquitos, mas apenas 0,9% declararam que estas serviam para prevenir a malária. A nível de conhecimentos, as diferenças mais significativas foram encontradas em termos geográficos, ou seja, diferença entre o rural e o urbano. O conhecimento relativo ao termo “malária” era alto nas zonas urbanas (95%) e mais reduzido nas zonas rurais (76%). Da mesma forma, os resultados sugeriram que os conhecimentos sobre a transmissão da malária eram elevados nas zonas urbanas (por exemplo, 90% na cidade de Quelimane) e baixas nas zonas rurais (32% em Mocuba rural), assim como um nível de consciência sobre as redes mosquiteiras como uma ferramenta de prevenção, apesar de um contraste negativo relativamente ao tratamento dessas redes com insecticida. Segundo o mesmo relatório, um estudo anterior levado a cabo numa zona peri-urbana de Mantola, no sul de Moçambique, mostrou igualmente um baixo nível de conhecimento sobre a transmissão da malária, assim como de práticas preventivas através das redes mosquiteiras. No entanto, os autores concluem que “knowledge of preventive mechanisms does not necessarily translate into purchase and use of nets.” (USAID, 2000:24). Os maiores obstáculos encontrados nas zonas rurais prendiam-se com o factor económico e o conhecimento sobre o local de compra. Relativamente às fontes de informação, a principal nas zonas urbanas era a rádio e nas zonas rurais os postos de saúde. Num outro estudo sobre os factores socioculturais que afectam o retratamento das redes com insecticidas (Winch *et al.*, 1997), as principais razões para as baixas taxas dessa prática estavam ligadas ao custo, ao inconveniente do retratamento, ao facto de

⁷ WHO, *Drug Resistance: Malaria* (<http://www.who.int/drugresistance/malaria/en/>, consultado em 08/2009)

muitas das redes não serem usadas (o que indica, novamente, que a posse não implica o uso) e a preocupações com a toxicidade do insecticida.

Segundo Malik *et al.*, “treatment-seeking behavior is related to cultural beliefs about the cause and the cure of illness” (2006:2). Apesar de a escolha do tratamento poder ser influenciada pela acessibilidade, pelo tipo de doença e severidade da mesma, pelo género do paciente, pelo nível educacional e socioeconómico dos pais (Malik *et al.*, 2006), os valores e interpretações culturais que fazem parte do universo simbólico da sociedade onde os indivíduos estão inseridos, estão sempre presentes – com maior ou menor peso – nos momentos de interpretação da realidade e de decisão. Como nos explicam Espino e Manderson, “diagnosis and treatment depend upon recognition of signs and symptoms of malaria, the fit between local categories of illness and biomedical nosology, and therapeutic strategies.” (Espino e Manderson, 2000:1314)

Sendo uma das causas mais importantes de mortalidade em todo o mundo, o seu controlo e redução fazem parte dos objectivos de várias iniciativas. Um dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (1990-2015) consiste em parar e reduzir, até 2015, a tendência actual da incidência da malária e de outras doenças graves. Em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a UNICEF (United Nations Children’s Found), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Banco Mundial reuniram forças para controlar a malária em todo o mundo – *Roll Back Malaria Partnership (RBM)* – com o objectivo de reduzir 50% da mortalidade e morbidade provocada pela Malária até 2010. Em 25 de Abril de 2000, Chefes de Estado africanos e seus representantes de 44 países endémicos reuniram-se em Abuja, na Nigéria, para definir estratégias de acção para pôr em prática os objectivos do *RBM* e reduzir para metade o fardo da malária no continente (WHO, 2006). Mais de metade de países africanos onde a doença é endémica estabeleceram “Planos Estratégicos Nacionais”, baseando-se em quatro elementos técnicos: *acesso rápido a tratamento eficaz; promoção de redes mosquiteiras tratadas com insecticida e melhor controlo do vector; prevenção e tratamento da malária na gravidez; e melhoria da prevenção e resposta a epidemias por parte das famílias e das comunidades, através de um trabalho prévio no sentido de ‘empowerment’ das mesmas.*⁸ Segundo o *Documento Estratégico para o Controlo da Malária em Moçambique Julho 2006-2009* (República de Moçambique, MISAU), são várias as estratégias a adoptar: *diagnóstico, manejo de casos e*

⁸ WHO, *Global Malaria Programme*, <http://www.who.int/malaria/>, consultado em 04/2008)

fornecimento de medicamentos; gestão vectorial integrada e protecção pessoal; promoção de saúde e mobilização comunitária; resposta de emergência; gestão do programa e desenvolvimento dos sistemas; e monitorização e avaliação.

2. Comportamentos e Saberes leigos em saúde e doença: discussão teórica

O papel dos comportamentos dos indivíduos relacionados com saúde tem vindo a assumir uma importância fundamental, constituindo-se cada vez mais como objecto de estudo das diversas ciências sociais. Tradicionalmente, os estudos desenvolvidos sobre os comportamentos de doença e, mais recentemente, comportamentos de saúde, tendiam a analisar os factores determinantes para a utilização (ou não) de serviços de saúde (Morgan *et al.*, 1985). Mais tarde, com base na teoria do conhecimento e do paradigma interpretativo, surge uma outra abordagem que privilegia os processos cognitivos e interrelacionais envolvidos na gestão dos sinais e sintomas. Esta perspectiva, ao contrário da anterior, reconhece as diferenças entre os conhecimentos médicos científicos e os conhecimentos e práticas leigos, assim como a natureza pluralista da vida social. O comportamento de doença pode ser definido como “the way in which symptoms are perceived, evaluated, and acted upon by a person who recognizes some pain, discomfort, or other signs of organic malfunction” (Mechanic, 1968, citado por Morgan *et al.*, 1986:78). Actualmente, a responsabilização dos indivíduos relativamente ao seu estado de saúde tem contribuído para uma atenção alargada às práticas preventivas – padrões de comportamento de saúde.

Os factores determinantes dos comportamentos de saúde e de doença podem ser estudados através de uma perspectiva individualista ou colectivista. A primeira tende a analisar os padrões de comportamento segundo as características pessoais dos indivíduos. Segundo Morgan *et al.* (1985), Mechanic, após abandonar a tentativa de construir um modelo de comportamento de doença, inventariou um conjunto de dez variáveis que, segundo alguns estudos, mostraram ter relação com a procura de aconselhamento médico: *visibilidade e reconhecimento de sintomas; percepção da gravidade dos sintomas; na medida em que os sintomas perturbam a família, o trabalho e outras actividades sociais; a frequência do aparecimento de sintomas, a sua persistência ou frequência de ocorrência; o limiar de tolerância dos que estão expostos e avaliam os sinais e sintomas desviantes; a informação disponível, o conhecimento e os pressupostos culturais e o entendimento do avaliador; necessidades perceptuais que conduzem a processos psicológicos de alheamento; outras necessidades que competem com as respostas de doença; variação nas possíveis interpretações dos sintomas, uma vez reconhecidos; disponibilidade de recursos terapêuticos, proximidade física e custos*

psicológicos e monetários para tomar medidas (Morgan *et al.*, 1985)⁹. A psicologia desenvolveu vários modelos explicativos do comportamento de saúde, entre os quais o *modelo de crença na saúde*, o qual parte do princípio de que “a probabilidade de um indivíduo efectuar um determinado comportamento de saúde será função [do] nível em que a pessoa acredita ser pessoalmente susceptível a uma certa doença [e] a sua percepção da gravidade das consequências de ter essa doença.” (Stroebe e Stroebe, 1999:40). Segundo o modelo de crença na saúde formulado originalmente por Rosenstock (1966) e desenvolvido mais tarde por Becker *et al.* (1977), as pessoas que enquadram uma combinação apropriada de motivos e crenças, deverão aceitar e adoptar comportamentos recomendados e concebidos para prevenir a doença, ou para restituir a boa saúde após o seu diagnóstico (Morgan *et al.*, 1985). No entanto, como refere Sarah Nettleton, “these socio-psychological models of health behaviour have, however, been challenged empirically, in that they do not, as they claim, predict behavioural change (Calnan, 1984b).” Por outro lado, “They have also been challenged theoretically, in that they fail to incorporate the socio-structural basis upon which social action takes place (Bunton *et al.*, 1991)” (1995:40). De facto, apesar destas perspectivas contribuírem com indicadores importantes para a análise comportamental de saúde e doença, são bastante redutores, na medida em que os comportamentos não são previsíveis e incorporam outros factores, nomeadamente, o contexto social (Zola, 1975), os factores culturais (Zborowski, 1960), situacionais (Morgan *et al.*, 1985), entre outros. Estas questões são salientadas por autores cujos estudos seguiram uma abordagem colectivista. A forma como diferentes grupos sociais percebem os sintomas, procuram resposta, comunicam e transmitem o problema de saúde que os afecta pode não estar directamente ligado a factores psicológicos, mas a factores sociais, culturais e situacionais. Pratt (1976) salienta a influência de *outros significativos* (*significant others*) no comportamento da doença, particularmente os membros do agregado familiar, os quais constituem uma fonte privilegiada de consulta e aconselhamento (Morgan *et al.*, 1985). Freidson (1970, 1984) alarga essa influência ao que denomina de *sistema referencial leigo* e desenvolve uma tipologia, onde a variação desse sistema determina o nível de utilização de serviços profissionais. Essa tipologia é baseada, por um lado, na *distância social entre as culturas leiga e médica profissional*, e, por outro, na *estrutura do próprio sistema referencial leigo e no seu nível de coesão*. Para além

⁹ A tradução deste excerto é da responsabilidade da autora

desta dimensão, e das diferenças existentes entre diferentes grupos étnicos, grupos etários e classes sociais, os factores situacionais, como o acesso e os custos diferenciados de utilização dos serviços de saúde, têm demonstrado ter um peso bastante determinante (Morgan *et al.*, 1985).

McQueen (1987; 1988, citado por Ribeiro, 1988) distingue os *comportamentos de exaltação da saúde* (promoção de saúde), de *manutenção de saúde* (prevenção e protecção de saúde) e de *prejuízo de saúde* (prejudiciais à saúde). Esta distinção é importante e necessária quando se trata de identificar comportamentos “inadequados” com o objectivo de ajustar programas de educação de saúde a uma comunidade beneficiária. No entanto, o que se pretende analisar neste estudo não se prende com nenhuma tipificação de comportamentos ou decisões a nível de gestão da malária, mas sim perceber a forma como estes indivíduos interpretam e dão sentido aos sintomas da doença, optando pela procura de cuidados de saúde que consideram mais adequados à situação que têm em mãos – quer seja através de tratamentos caseiros, quer seja pela procura de ajuda ou aconselhamento a profissionais de saúde hospitalares ou a praticantes de medicina tradicional.

Na história da medicina, a experiência das pessoas afectadas por doença (*illness* e *disease*) foi sempre negligenciada, principalmente pela descredibilidade e desconsideração da sua importância, sendo dado maior relevo aos progressos da ciência biomédica. Os primeiros trabalhos e estudos sociais surgiram dentro da própria medicina. Começando no século XVIII, expandindo e solidificando-se no século XIX e racionalizando-se no século XX, a medicina social surge como resposta à preocupação da saúde das populações. A medicina social – por oposição à medicina clínica – foi um dos grandes impulsos para a sociologia da saúde e da doença. Reconhecendo a importância dos factores sociais para a etiologia e tratamento da doença, e preocupada em controlar todas as dimensões que pudessem traduzir-se em doenças, a medicina social assumiu um papel forte na intervenção pública nos assuntos de saúde, estando directamente envolvida na construção de políticas para a vigilância da população. No entanto, a forma como os indivíduos vivem e lidam com as doenças, como se sentem em relação ao seu próprio corpo e a sua relação com o médico e os restantes profissionais de saúde, são aspectos não documentados e que só começaram a surgir como objectos de estudo e de interesse com a intervenção de uma sociologia e antropologia da medicina, a partir de meados do século XX (Lupton, 1994).

Até muito recentemente, as endemias e epidemias eram encaradas como *matéria exclusivamente médica* (Alves e Minayo [orgs.], 1998). Parsons (1951) foi o primeiro sociólogo a olhar para a medicina como uma instituição social e o primeiro a observar a doença (*illness*) como um desvio, salientando a importância do papel do doente (*sick role*) como um mecanismo de controlo social. Foi a partir dos anos cinquenta e, particularmente, anos sessenta, que a sociologia da medicina começa a ter os seus primeiros contornos enquanto ciência social. A partir dessa altura, vários autores contrapuseram novas propostas de conceptualização do que é a saúde e a doença, fornecendo contributos extremamente importantes que serviram de base para o desenvolvimento dos pressupostos teóricos e metodológicos desta disciplina. Assistiu-se a um enorme crescimento de estudos sociológicos sobre os determinantes da saúde, as respostas à doença e as características das instituições médicas. Como afirma Morgan *et al.*, “recognition of the pervasive effects of social and psychological factors on health has not only influenced the epidemiological study of the causes of disease, but also resulted in a broadening of definitions of health to encompass social and emotional elements, rather than being restricted to clinical criteria.” (1985:21). A mudança, nos anos setenta, de sociologia da medicina para sociologia da saúde e da doença, não correspondeu apenas a uma mudança conceptual, mas à emancipação da sociologia médica ao modelo biomédico que, como referem Stacey e Homans, “can reflect upon the medical model as just one among a number of ways of describing health, illness and treatment.” (1978:281).

Em muitos dos trabalhos desenvolvidos nesta área temática desde então é possível encontrar uma preocupação profunda em olhar para a medicina enquanto instituição social, susceptível de ser estudada de forma crítica, sistemática e reflexiva, procurando uma emancipação sociológica da perspectiva biomédica. Este percurso contou não só com a resistência do modelo dominante da racionalidade médica, como com a dificuldade em romper com os pressupostos que dominam o senso comum, os quais penetram em todos os campos da vida quotidiana dos indivíduos, com questões nunca antes postas em causa e que estão de braços dados com o poder. Com base no que correspondeu ao primeiro postulado da sociologia da saúde e da doença, ou seja, a necessidade da *distância dos interesses da ordem médica* (médicos, enfermeiros, etc.), vários autores procuraram suspender compromissos que historicamente estavam associados à medicina social, começando por dar voz aos indivíduos, pacientes, normalmente apontados como objectos desprovidos de qualquer conhecimento “válido”.

A par da visão funcionalista da medicina na sociedade protagonizada por Parsons, a qual tende a aceitar o modelo biomédico enquanto técnico e *associal*, focando-se no seu papel em reduzir os efeitos disruptivos da doença na sociedade, surge a visão do construtivismo social. Segundo esta perspectiva, as doenças, portadoras de denominações e categorizações médicas, são construções sociais que definem e atribuem significado a determinadas classes de *eventos*. Como explicam Morgan *et al.*, "Social constructionism does not imply that disease is imaginary but rather that medicine is a form of social practice, which observes, codifies, and understands these sufferings. Concepts of disease thus have no necessary, transhistorical, universal shape, and reflect a particular way of viewing the world." (1985:29). Assim, retratar um aspecto específico como a malária numa determinada comunidade, requer um alargamento da perspectiva analítica. A sociologia, ao contrário do modelo biomédico, não se centra na individualidade. Antes, procura incorporar os vários indivíduos nas suas realidades, tentando encontrar regularidades, tendências e predisposições, e relacioná-las com as suas estruturas mais gerais. Do ponto de vista biomédico, não é possível encontrar regularidades sociais, porque a relação médico-doente é individualista, privada. Ao passo que, para a sociologia, os doentes são as percepções e representações que eles têm sobre as suas doenças. Assim, a necessidade de fazer uma quebra analítica face à centralidade da relação médico-paciente – que, não deixando de ser importante, deixa de ser exclusiva – e do estatuto da medicina enquanto *associal* e detentora de um corpo de conhecimento independente, começa por colocar a saúde e a doença na ordem do mundo e da sociedade, ou seja, numa perspectiva de racionalidade, nos saberes leigos, focada no paciente.

Popay e Williams (1996) chamam a atenção para o facto de que a biomedicina, ao conceptualizar as doenças como algo que pode ser tratado objectivamente, separado das experiências materiais dos indivíduos no seu dia-a-dia, estão a marginalizar outras formas de conhecimento, perdendo a habilidade de alcançar tanto as causas como as consequências da saúde e doença para os indivíduos e sociedade. Estes autores defendem que, por um lado, os desenvolvimentos recentes do entendimento das ciências sociais sobre a natureza e significância do conhecimento leigo devem ser mais amplamente reconhecidos dentro das próprias ciências sociais (a lenta passagem da noção de *crenças leigas* ao estatuto de *conhecimento leigo* é um exemplo) e, por outro, que a investigação em saúde pública (cuja disciplina base é a epidemiologia), para compreender os problemas de saúde contemporâneos, deve incorporar e desenvolver os

contributos teóricos e conceptuais oferecidos pelos trabalhos publicados nos últimos anos sobre esta questão. O conhecimento leigo pode ter um contributo fundamental para a compreensão dos determinantes da saúde pública e tem um papel vital para a sua investigação, na medida em que esse conhecimento é fruto de uma relevante e extensiva experiência. Daí os autores falarem em *lay expertise*, ou seja, *perícia leiga*, colocando o conhecimento leigo ao mesmo nível que o conhecimento profissional. Sendo diferentes, são iguais em termos de estatuto. Esta abordagem é defendida por uns – como é o caso de McClean e Shaw (2005) que defendem que os conhecimentos leigo e perito não podem ser conceptualizados adequadamente como dois tipos de contributos diferentes – e criticada por outros – nomeadamente Prior (2003) que, admitindo que os pacientes possam ter um conhecimento extensivo sobre as suas próprias vidas e sobre as condições em que vivem e que, muitas vezes, estes se tornem peritos de forma a desafiar a hegemonia médica, afirma que, na maioria das vezes, as pessoas leigas não são peritas.

O primeiro autor a *conferir visibilidade teórica à autonomia dos universos leigos de saúde* (Lopes, 2007), foi Eliot Freidson (1970, 1984). Como já foi referido anteriormente, este autor formulou a noção *sistema referencial leigo* como nova categoria de análise, com o objectivo de “demonstrar que a matriz de referência das concepções e percepções leigas da saúde é constituída pelas representações e experiências partilhadas nos contextos socioculturais das vivências quotidianas, e não propriamente nas experiências que decorrem do contacto com os profissionais de saúde.” (Lopes, 2007:121) A partir daqui começaram a desenvolver-se uma série de trabalhos sobre representações e práticas leigas, de onde sobressaíram duas abordagens. Uma analisa as formas de conhecimento leigo enquanto crenças ou saberes “tradicionais”, enquanto que a outra centra-se na relação entre os universos pericial e leigo, descortinando uma estrutura de poder que hierarquiza as racionalidades e formas de saber de natureza distinta. Segundo uma análise de conteúdo sobre a evolução das formas de representar os conhecimentos leigos em saúde e doença¹⁰, Lindsay Prior (2003) chama a atenção para o trabalho apresentado por Segall e Roberts (1980) no qual os autores, para além de basearem a sua abordagem na comunicação médico-paciente, apresentam uma noção segundo a qual o conhecimento dos pacientes, mais do que *diferente*, poderia ser considerado *errado*. Curioso que, nesse mesmo volume, Hunt e

¹⁰ Através dos artigos publicados na revista *Sociology of Health & Illness*, entre 1979 e 2002.

McEwen (1980) apresentam um artigo sobre o desenvolvimento de um indicador subjectivo da saúde, onde reconhecem a necessidade de ter em conta o que as pessoas sentem, o que pensam, o conteúdo das suas crenças, ou seja, as interpretações subjectivas da saúde. Esta abordagem põe completamente de lado a noção de “certo/errado” relativamente ao conhecimento leigo, a qual deixa de fazer sentido se nos distanciarmos das referências e paradigmas da biomedicina e das categorias clínicas como ponto de partida das nossas análises – o que, no fundo, faz parte dos objectivos da sociologia. Como afirmam Popay e Williams, “like professionals, lay experts may on occasions be ‘wrong’, but the validity and generalizability of the knowledge can be tested using recognized ‘research’ methods.” (1996:790)

A partir dos anos 80, surgem novos contributos que colocam em questão as formulações conceptuais até aí desenvolvidas. Noémia Lopes (2007) destaca três categorias teórico-metodológicas que tiveram um papel fundamental para uma nova problematização das racionalidades e dos saberes leigos: a *noção de disseminação dos sistemas periciais no quotidiano* (Giddens, 1992; Beck, 1992); o conceito de *reflexividade* (Giddens, 1992); e o *questionamento da própria noção de ciência enquanto saber homogéneo* (Santos, 1989, 2000; Giddens, 1992; Nunes, 2001). Estas novas abordagens vieram reenquadrar teoricamente os saberes e racionalidades leigas de saúde, nas sociedades contemporâneas.

A importância dos factores socioculturais para o estudo da Malária prende-se, antes de mais, pela existência de diferentes modelos explicatórios etiológicos, muitos deles relacionados com as diferentes tradições etnomédicas. Os diferentes modelos de explicação sobre as razões para a pessoa adoecer e sobre o que fazer para prevenir e tratar a doença estão sempre profundamente enraizados na cultura local e estruturam as lógicas do comportamento.

Muitos indivíduos tendem a aceitar as explicações biomédicas para a causa das doenças, mas acumulam-nas com outros entendimentos (crenças tradicionais) e outras leituras (Vivek *et al.*, 2003). Assim, quando o modelo de explicação conhecido pelos indivíduos é construído a partir de diferentes fontes de informação, há uma tendência para combinar elementos de explicação biomédica com o *lay model* (modelo leigo) (Lupton, 1994). Como afirma Luísa Ferreira da Silva, “a pesquisa sociológica sobre o pensamento leigo de saúde e doença tem mostrado que as noções leigas são mais complexas do que supõem os modelos de educação para a saúde e que a complexa subjectividade da cultura do risco influencia as avaliações que justificam as escolhas

relativas à saúde. O conhecimento do senso comum combina os saberes cognitivos com o sistema de valores e com o conhecimento assente na experiência relacional e subjectiva, organizando representações sociais que modelam as percepções e o pensamento.” (2008:35) Como se constatou através das várias teorias de comportamentos de saúde e doença, apesar da importância que o conhecimento assume relativamente à acção humana, assiste-se com bastante frequência a uma descoincidência entre o saber e o fazer. Segundo um estudo realizado por Pamela Opiyo *et al.* (2007) sobre os factores comunitários relevantes para o controlo participativo da malária na Ilha Rusinga, Quénia, os métodos de prevenção mais adequados indicados pelos respondentes não coincidiam com as práticas preventivas dos mesmos.

Segundo o relatório do *Programa Especial de Pesquisa e Formação em Doenças Tropicais de 2003* (Vivek *et al.*, 2003), os vários estudos realizados em diversos países (como, por exemplo, Tanzânia, Ghana, Guatemala, Uganda, Etiópia, Filipinas, Nigéria, Guiné, etc.), revelam que uma percentagem muito significativa das populações inquiridas atribui as causas da malária a condições climatéricas e a factores muito diversificados, como trabalhar demasiado, falta de higiene, etc. Para além das diferentes explicações sobre a forma de transmissão da malária (*how*), estes estudos demonstram a importância que a razão de acontecer a umas pessoas e não a outras (*why*) assume nestes contextos. Biologicamente, uma pessoa pode estar mais vulnerável para contrair malária devido ao seu estado nutritivo e grau de imunidade. Mas se a pessoa questiona *porquê eu?*, existe uma tendência para associar esse fenómeno a factores pessoais ou feitiçaria, bruxaria, magia negra, como forma de castigo por ter cometido um pecado ou transgredido uma regra social (Vivek, P. *et al.*, 2003). A malária assume, assim, uma forma de punição. Segundo o antropólogo Paulo Granjo, em Moçambique, e de acordo com o sistema de interpretação do infortúnio dos *vanyanga*¹¹ (onde o acaso não existe e nem tão pouco as dicotomias corpo/mente e saúde individual/contexto social), a explicação à pergunta *porquê aquela pessoa?* pode ter a ver com três razões possíveis: *a negligência ou incapacidade da vítima para reconhecer e evitar os perigos em causa; um acto de feitiçaria que a atraia para o perigo ou a distraia da sua existência; ou uma suspensão da protecção por parte dos seus antepassados, que deixam de a alertar para os perigos iminentes ou de a afastar deles* (Granjo, 2009). Se, por um lado, a primeira perspectiva é sempre a primeira a ser equacionada, por outro, o

¹¹ Curandeiros Moçambicanos

espaço e a abertura a explicações transcendentais é bastante evidente. Aliás, este é um dos aspectos que mais contribui para o desentendimento entre biomédicos e curandeiros (ou praticantes de medicina tradicional) em Moçambique.

É necessário perceber estas formas de interpretação e percepção relativamente à malária, assim como os factores que influenciam essas mesmas percepções. As teorias leigas sobre a causa das doenças têm implicações naquilo que os indivíduos sentem que podem fazer para gerir ou prevenir situações concretas. Um dos aspectos cruciais tem a ver com a percepção de risco de contrair determinada doença e a ameaça que esta constitui para a sua saúde. Como sugere Vivek *et al.*, “People in different societies hold a variety of beliefs about the cause and transmission of malaria that vary according to cultural, educational, and economic factors, and have direct consequences for both preventive and treatment-seeking behavior as well as for activities to control malaria.” (2003:37). Quando essas percepções divergem da concepção biomédica, há uma tendência para a resistência às práticas consideradas, por esta, saudáveis. Isto aplica-se tanto ao nível da prevenção (associações ao efeito tóxico dos medicamentos anti-maláricos ou dos insecticidas utilizados para o tratamento das redes, nas mulheres grávidas e crianças), como ao nível do diagnóstico (convulsões e febres altas podem ser interpretadas como possessões ou ataques de natureza espiritual) e do tratamento (o recurso a práticas de medicina tradicional). (Vivek *et al.*, 2003).

3. Problemática em estudo

Para o sucesso da implementação dos projectos de controlo da malária é imprescindível um conhecimento aprofundado dos factores sociais e comportamentais que influenciam o risco da malária e que podem inibir ou facilitar modalidades particulares de intervenção, assim como posicionar o problema nos seus contextos sociais, económicos, políticos e culturais. Embora as condições ambientais, a proximidade e exposição das pessoas aos parasitas ou vectores e os factores microbiológicos e parasitológicos sejam extremamente importantes, e constituam factores de risco imediatos, o comportamento das pessoas e a forma como os factores socioculturais condicionam a sua vida são igualmente cruciais e constituem riscos fundamentais para a proliferação da doença. A forma como a população se relaciona com os agentes infecciosos e com a gestão da doença, tem a ver com os padrões de conduta culturalmente codificados, com o sistema de normas e de valores que os orientam, assim como com o conhecimento construído e acumulado através dos vários recursos a que têm acesso, em conjunto com as experiências individuais e socialmente partilhadas. Neste sentido, é necessário perceber o contexto em que esta população está inserida, assim como as suas percepções, comportamentos e conhecimentos face à malária.

A maioria dos programas de controlo da malária implementados antes de 1990, não tinha em consideração o comportamento nem o sistema de valores das populações infectadas. Equipas formadas pelo governo entravam nos domicílios privados e desinfectavam-nos com insecticidas residuais (*indoor residual insecticides*), embora muitos dos residentes recusassem ou retirassem os *sprays* insecticidas das paredes tratadas após as intervenções (Vivek *et al.*, 2003). É já bastante reconhecido que a falta de atenção aos factores socioculturais constituiu a maior razão para o insucesso dos esforços anteriores no controlo da Malária. Hoje, os programas são organizados horizontalmente e certas tendências etnocêntricas foram sendo postas de lado. O reconhecimento formal das diferenças, assim como a negociação de soluções mutuamente acordadas (pelas “adaptações” culturais), ajuda a formar a base de sucesso dos esforços pelo controlo da Malária. O Programa *Roll Back Malaria*, tal como outros programas de intervenção e controlo desta doença, insinde essencialmente na distribuição e promoção de redes tratadas com insecticida e no tratamento através de medicamentos

combinados. A sua implementação depende muito da participação e cooperação dos residentes. Por isso, é necessário um estudo sociológico e epidemiológico de linha de base no local de intervenção, de forma a conhecer todo o contexto social, cultural, económico e político, assim como os conhecimentos, atitudes e práticas das populações beneficiárias dos projectos, a fim de estudar a melhor forma de utilizar as bases culturais dessas comunidades a favor de mudanças comportamentais. Com o propósito de maximizar as contribuições potenciais que as ciências sociais podem e devem dar à pesquisa e desenvolvimento programático no controlo da Malária, em 2001 foi iniciada formalmente uma Parceria para as Ciências Sociais no Controlo da Malária, na *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, juntamente com os Centros para o Controlo e Prevenção da Doença (Vivek *et al.*, 2003).

A malária pode ser estudada do ponto de vista biológico, ecológico ou sociocultural, embora um estudo completo e ideal devesse integrar as três perspectivas (Vivek *et al.*, 2003).

Segundo a perspectiva epidemiológica, a doença é multicausal e, para ser estudada, é necessário ter em conta os factores intrínsecos (do hospedeiro) e extrínsecos (ambientais). Os primeiros estão relacionados com factores genéticos, relativos ao corpo humano, e os segundos subdividem-se em biológicos (o que inclui agentes infecciosos; reservatórios de infecção; vectores transmissores de doenças; plantas e animais – como fontes de alimentos, antibióticos e outras substâncias medicamentosas, ou como antigénios), sociais (organização socio-económica e política global da sociedade e das instituições; hábitos sociais; nível da receptividade a novas ideias; grau de integração de um indivíduo numa sociedade, etc.), e físicos (que incluem o calor, a luz, a água, o ar, as radiações, a gravidade, a pressão atmosférica e toda a espécie de agentes químicos) (Mausner e Bahn, 1999). Para além do contributo da epidemiologia para o desenvolvimento do conhecimento científico, o estudo quantitativo da prevalência e dos seus factores condicionantes e determinantes da doença fornece indicadores-chave que permitem uma avaliação e monitorização das intervenções realizadas no âmbito de projectos/programas de saúde pública. Apesar da importância incontestável destes indicadores, e porque cada vez mais se chega a um consenso sobre a importância da complementaridade entre o quantitativo e o qualitativo, a epidemiologia tem vindo a desenvolver estudos onde, muitas vezes, o contributo das ciências sociais como a sociologia, a antropologia, a etnologia, etc. se torna necessário.

Do ponto de vista sociológico, a doença é uma construção social e, como tal, deve ser estudada segundo o contexto sociocultural onde a mesma se insere. As doenças não são estáticas, são entidades dinâmicas que têm de ser contextualizadas num tempo e num espaço (Carapineiro, 1986). Assumem estatutos diferentes consoante realidades histórico-sociais precisas e reflectem a consciência social que os indivíduos têm dos fenómenos da doença, da saúde e da morte. Estudar o fenómeno da malária, segundo uma perspectiva sociológica, implica ter em linha de conta a influência que a cultura, o sistema de crenças, as formas de transmissão de conhecimento e o contexto político e económico têm sobre as percepções e comportamentos individuais e colectivos (Jones e Williams, 2004). Ao contrário da concepção biomédica, “using a sociocultural perspective, there are no universal truths since the origin and significance assigned to any event is modified by the social context in which it occurs.” (Jones e Williams, 2004:156).

Assim, adoptando uma perspectiva colectivista e sociocultural, e privilegiando uma abordagem social construtivista relativamente ao fenómeno da malária, este estudo pretende analisar as perspectivas leigas, nomeadamente, as percepções, os conhecimentos e práticas associados à malária, em termos de concepção, prevenção e gestão dos recursos terapêuticos, numa região onde a prevalência desta doença é bastante significativa.

4. Metodologia

4.1. Universo em estudo

A participação num projecto integrado de controlo da Malária na região de Chókwè, em Moçambique – *Tisuna Muzototo* – do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, em parceria com a associação Médicos do Mundo Portugal, com a Direcção Provincial de Saúde de Gaza (Moçambique) e com a Empresa Hidráulica de Chókwè, permitiu o desenvolvimento de um trabalho exploratório com recurso a técnicas de recolha de informação qualitativas, que poderá servir de base ao planeamento e adaptação das estratégias da componente Informação, Educação e Comunicação (IEC), com vista à mudança de comportamentos e adopção de práticas saudáveis por parte das comunidades em estudo.

A região do Chokwé está localizada na Província de Gaza, na região sul de Moçambique, ao longo da margem ocidental do rio Limpopo, um dos rios mais afectados pela malária. Em 2003, 95% de todos os internamentos e 89% das mortes estavam relacionados com a malária. Nesta região, a malária é hiperendémica e a taxa de prevalência é uma das mais elevadas do país. No ano 2000, a região sofreu inundações catastróficas. Desde então, os casos de malária na região aumentaram até cerca de 100.000 por ano. Teve a mais elevada taxa de casos no país, com 205.554 notificações de casos de malária em 2002. Segundo os dados da direcção distrital de saúde de Chókwè – Secção de saúde da comunidade – foram notificados no distrito de Chókwè 129.664 casos e 63 mortes em 2003 e 187.742 casos e 74 mortes em 2004.¹² Segundo dados recolhidos por um inquérito de linha de base em Chókwè (Edward, A. e Bradbury, K., 2005), a malária e a diarreia complicada pela má nutrição constituem a primeira causa de mortalidade infantil. A prevalência de febre em crianças com menos de cinco anos de idade, nas duas últimas semanas antes da data da aplicação do inquérito, era de 50%. Menos de metade da população vivia num raio de 5 quilómetros de um posto de saúde e, nalguns casos, a distância chegava aos 80 quilómetros, com estradas de acesso em más condições. Esta situação contribui para os atrasos na procura de tratamento médico e reduz o tempo necessário para tratar as infecções da malária e prevenir a morte. Para além disso, o *stock* de medicamentos e a qualidade dos serviços nos postos de saúde eram inconsistentes e inadequados.

¹² Dados oficiais fornecidos pela Direcção Distrital de Saúde de Chókwè.

O distrito de Chókwè está dividido em quatro postos administrativos nas cidades de Chókwè (sede do distrito com o mesmo nome), Lionde, Macarretane e Xilembene. O distrito é maioritariamente rural, com uma taxa de urbanização de 32%, concentrada na cidade de Chókwè e Vila de Xilembene, e nas respectivas zonas periféricas semi-urbanas.¹³

4.2. *Processo de Amostragem*

Aproveitando os recursos materiais e logísticos do terreno, optou-se por efectuar um estudo de carácter exploratório na cidade de Chókwè onde estava sediado o projecto e onde a convivência do investigador com a população local era diária.

A Cidade de Chókwè está dividida por 7 bairros bastante diferentes entre si, quer em termos de condições materiais, como de acesso a bens e serviços variados. Para efeitos de amostragem, foram seleccionados dois dos bairros mais contrastantes (um numa zona urbanizada e outro numa zona não-urbanizada), respectivamente, 1º e 6º bairros (nomes oficiais dos bairros), de forma a obter uma maior heterogeneidade nas respostas.

O 1º bairro está situado na Zona Urbanizada parcelada, com construções convencionais e possui estradas bem definidas (umas asfaltadas e outras em solo-cimento) com passeios; Iluminação pública e domiciliária; Sistema de abastecimento de água domiciliário; Saneamento com fossas sépticas e sistema de recolhas de lixo. É neste bairro que se encontram o Centro de Saúde, o Hospital Rural e o Hospital Carmelo e onde se concentra a maioria das áreas de cultura, recreio e desporto. Apesar da rede escolar de ensino básico cobrir todos os bairros, apenas este é dotado com uma escola secundária e uma escola técnica agrária.

¹³ *Perfil do Distrito de Chókwè, Distrito de Gaza* (2005), Ministério da Administração Estatal – República de Moçambique.



Foto tirada no 1º Bairro de Chókwè

O 6º bairro está situado na Zona Não-Urbanizada, sem nenhum parcelamento e com características rurais. As estradas são mal definidas e de terra batida. Não possui sistema de abastecimento de água canalizado, apenas poços e bombas manuais em condições razoáveis. O fornecimento de energia eléctrica é deficiente. O lixo é acumulado, enterrado ou incinerado nos quintais e, posteriormente, é todo depositado numa lixeira existente no 4º bairro.



Foto tirada no 6º Bairro de Chókwè

4.3. Amostra

A selecção da amostra seguiu critérios baseados, por um lado, em recomendações e resultados de estudos anteriores sobre esta temática, realizados em contextos semelhantes, e, por outro, nos constrangimentos e especificidades do terreno (ver ponto 4.5.). Segundo vários estudos realizados sobre a malária (Opiyo *et al.*, 2007), os factores que mais contribuem para o aumento da vulnerabilidade dos indivíduos correspondem à zona de habitação rural/urbano, a pobreza, o baixo nível de escolaridade e o fraco acesso aos serviços de saúde. Assim, para efeitos de amostra, foram seleccionadas 18 entrevistadas – divididas entre os dois bairros referidos (urbanizado e não-urbanizado) – tendo como principais critérios serem mães de crianças com menos de cinco anos, falarem português e com distribuição variada em termos de idade e escolaridade.

4.4. Instrumento de recolha de dados

De forma a responder aos objectivos indicados no ponto 3, foram realizadas entrevistas *semi-directivas*. O guião das entrevistas, constituído por quatro partes com perguntas abertas e fechadas, foi construído com base nas recomendações do *Rapid Knowledge, Practice and Coverage (KPC) Survey* (Module 4E: Malaria). Foi dada especial importância à linguagem utilizada na formulação das perguntas, utilizando as terminologias locais com que as entrevistadas estão mais familiarizadas. A primeira parte do guião é constituída por questões de caracterização sociodemográfica. De forma a analisar e diferenciar as condições materiais das entrevistadas, recorreu-se a uma série de indicadores baseados num estudo sociológico sobre a relação entre a posição socioeconómica do país e a mortalidade infantil em Moçambique (Massaca *et al.*, 2003), o qual sugere que, nestes contextos, o estatuto socioeconómico pode ser medido através do rendimento familiar, da posse de terreno, condições da habitação, posse de determinados bens e, essencialmente, da educação (escolaridade) e ocupação. A segunda parte do guião explora as concepções sobre as doenças mais presentes na cidade de Chókwè, a terceira os conhecimentos sobre a malária e a quarta sobre as práticas adoptadas, quer em termos de prevenção, quer em termos de gestão de casos de malária.

4.5. Procedimentos e constrangimentos

Tanto a selecção das entrevistadas como a condução das entrevistas foram influenciadas por vários constrangimentos. Para estabelecer contacto directo com as *mamãs* que participaram no estudo, e após a autorização formal da Directora Provincial de Saúde de Gaza, foi necessário recorrer ao Presidente do Município de Chókwè e aos Secretários e Líderes dos bairros incluídos na amostra. De forma a serem identificadas e seleccionadas as *mamãs* com o perfil desejado, foram apresentados os objectivos do estudo e discutidos os critérios previstos para a selecção das mulheres a entrevistar.

Como se verificou em estudos anteriores, as comunidades mais rurais são as mais afectadas e as que encontram mais dificuldade em lidar com a malária, quer pelo acesso a outras formas de conhecimento, quer pelas condições de acesso a serviços de saúde, pelas condições económicas, etc. Apesar do reconhecimento da importância que a distinção rural/urbano assume para as dimensões que se pretendem estudar, existem algumas barreiras à realização do estudo nas zonas mais rurais, fora da cidade de Chókwè. A primeira tem a ver com questões linguísticas. Apesar de o Português ser a língua oficial em Moçambique, uma grande percentagem da população não fala esta língua. Por todo o país, é possível encontrar várias línguas nacionais, pertencentes à família das línguas Bantu. Na cidade de Chókwè, principalmente nos bairros mais urbanizados, muitas pessoas falam português e, apesar de não dominarem certos termos ou conceitos, conseguem expressar-se nessa língua. À medida que se caminha para a periferia, o *Shangane*, dialecto predominante da província de Gaza, começa a sobrepor-se e a dominar a comunicação entre as populações. Inicialmente colocou-se a hipótese de realizar as entrevistas com um tradutor em simultâneo, mas o rigor da informação e da utilização dos conceitos perder-se-ia nas várias traduções da conversa, constantemente filtrada por um intérprete. Para além do possível enviesamento (através de traduções ou interpretações desadequadas e reduzidas) e da perda de informação que chega ao investigador, a própria presença do tradutor poderia ser constrangedora, correndo o risco de influenciar as respostas. Por estes motivos, optou-se pela realização das entrevistas na cidade de Chókwè e pela selecção de entrevistadas que falassem português. No entanto, a adopção deste critério linguístico impediu a selecção de *mamãs* que não tivessem frequentado a escola, sendo esse o maior veículo de transmissão da língua portuguesa nestas comunidades. De facto, verificou-se que quanto menor o nível de escolaridade das entrevistadas, maior a dificuldade de expressão na

língua portuguesa, o que se colocou como um sério obstáculo à compreensão de algumas perguntas que pretendiam aprofundar determinadas questões e contribuiu para a redução do nível de elaboração de alguns discursos. Assim, não pode deixar de ser salientado que as respostas obtidas para este estudo foram dadas por pessoas minimamente escolarizadas e, provavelmente, com um nível de conhecimentos e recursos superior.

Por outro lado, o constrangimento cultural entre o entrevistador e entrevistado tornou-se evidente durante a entrevista. Foi possível detectar, nos discursos das entrevistadas, uma tendência para ir de encontro a uma certa *desejabilidade social* das respostas, através da adopção de uma postura de subordinação cultural ao entrevistador “ocidental” que, através de formas oficiais, nacionais e internacionais, se colocara perante si, procurando obter informações pessoais. Assim, as práticas e considerações menos formais relativamente às questões colocadas eram, muitas vezes, remetidas para as formas de actuar e de pensar dos *outros* ou das *outras famílias* – que nos dá um retrato mais abrangente não só das práticas mais gerais, como das percepções sobre essas mesmas práticas.

De forma a testar o guião das entrevistas e a sua adequação ao contexto em estudo, foram realizados pré-testes a duas *mamãs* do 5º Bairro. A escolha deste bairro prendeu-se com as suas características e condições materiais e geográficas. Sendo um bairro situado numa zona Semi-Urbanizada, coloca-se numa posição intermédia relativamente aos critérios que estiveram na base de selecção dos dois bairros que constituíram a amostra.

4.6. Análise de Dados

Tratando-se de um estudo exploratório, a análise dos discursos produzidos pelas entrevistadas não partiu de um quadro teórico fechado, no qual se visassem testar hipóteses sobre o assunto. Assim, procedeu-se a uma análise temática aberta (Ghiglione e Matalon, 2001 [orig.1977]), da qual surgiram duas grandes dimensões – *construção discursiva da doença e práticas de prevenção e gestão terapêutica*. Com base nas concepções de saúde e nas práticas de prevenção indicadas pelas entrevistadas, procedeu-se a uma análise multivariada dos seus indicadores com maior variabilidade, com o objectivo de identificar perfis relativamente às concepções de saúde e práticas de prevenção adoptadas. Para o efeito foi realizada uma Análise de Correspondências Múltiplas.

5. Resultados

5.1. Caracterização das entrevistadas

A amostra é composta por *mamãs*, com idades compreendidas entre 16 e 36 anos e com níveis de escolaridade que variam entre a 3^a e a 11^a classe. A religião predominante é a católica, seguida da muçulmana, e o número de filhos das *mamãs* varia entre 1 a 5 filhos – ao que por vezes acrescem outras crianças a seu cargo, como sobrinhos, etc. A ocupação principal das entrevistadas divide-se entre os trabalhos domésticos, o trabalho nas *machambas*¹⁴ (das próprias ou dos seus patrões) e, menos frequente, a dedicação aos estudos. Quase todas são casadas ou têm companheiro e apenas três são solteiras. Independentemente do estado civil, a maioria encontra-se sozinha com as crianças ou vive com a família alargada, enquanto os seus maridos ou companheiros trabalham na África do Sul. Relativamente às condições socioeconómicas¹⁵, o acesso a água canalizada e a electricidade é praticamente exclusivo das moradoras do 1^o Bairro. O mesmo acontece em relação à posse de telemóveis, televisão e frigorífico. Os únicos bens com uma distribuição mais equitativa em termos de bairros correspondem ao rádio, à bicicleta, à posse de animais e *machamba*.

5.2. Construção discursiva da doença

A doença é uma construção social dinâmica que assume diferentes estatutos consoante realidades histórico-sociais precisas. As percepções e concepções leigas de uma determinada doença são construídas a partir das suas representações sociais, das experiências e conhecimentos individuais e socialmente partilhados, correspondendo à consciência social que os indivíduos têm dos fenómenos da doença, da saúde e da morte. Foram várias as doenças mencionadas pelas entrevistadas como as que mais afectam as famílias de Chókwè, como a Malária, o VIH/Sida, a Cólera ou Diarreias, a Tuberculose e, menos frequente, a Gonorreia. Com excepção de uma entrevistada, todas fizeram referência à malária. As razões atribuídas para a elevada prevalência desta doença nesta região dividem-se entre motivos ecológicos, devido à quantidade de mosquitos (que, segundo algumas *mamãs*, aparecem mais frequentemente na época de chuva), à temperatura elevada e, como duas entrevistadas sugeriram (sem grandes certezas), devido à proximidade do canal; e motivos sociais e comportamentais, desde a

¹⁴ Parcela de terreno agrícola

¹⁵ Ver Tabela em Anexo A, p. 48

falta de pulverização à falta de redes mosquiteiras (especialmente no 6º bairro). Apesar de algumas referirem que, nesta fase, a malária está a diminuir devido à fraca ocorrência de chuvas, aos tratamentos existentes no hospital e à distribuição de redes a mulheres grávidas (tanto no hospital, como nas igrejas), como indica uma *mamã*, a principal razão:

É a falta de rede. Porque muitas pessoas... principalmente aqui no Chókwè, uma pessoa tem 4 ou 5 crianças. Mas a rede... só tem 1 rede só. E esta rede [que tem em casa] foi-me dada lá no hospital. Se alguém estiver grávida, a rede é 1 para essa grávida, enquanto eu tenho outras crianças lá em casa. Eu não consigo.

[29 anos, 7ª classe, 6º bairro]

Quando se procurou estabelecer uma hierarquia entre as doenças, as respostas em torno da eleição da(s) mais grave(s) ou perigosa(s) foram variando. Algumas entrevistadas tiveram dificuldade em mencionar apenas uma, mas a Sida e a Cólera (isoladamente ou em conjunto com outras) foram as mais referidas. Apenas duas entrevistadas, do 6º bairro, referiram que a Malária era a doença mais perigosa de todas. Apesar da diversidade de respostas, o principal critério utilizado nas justificações que foram sendo apresentadas em torno da maior ou menor gravidade ou perigosidade de determinadas doenças, esteve sempre directamente ligado à possibilidade da sua cura ou da morte inevitável. Como refere uma das entrevistadas,

“Malária é perigosa, porque quando uma criança tem malária e fica em casa, morre. Então, essa criança que está com malária, é melhor chegar no hospital”

[33 anos, 4ª classe, 6º bairro]

Com outras perspectivas sobre a malária, outras *mamãs* tenderam a eleger o VIH/Sida, justificando:

“... acho que a malária tem cura. O HIV é uma doença que me deixa mais preocupada, porque é uma doença que dizem aí que não tem cura. Agora, acontece que essa doença aparece aqui de repente, em casa... você já começa a pensar nas crianças! Sim, uma doença que nos deixa mesmo preocupado, sim, é HIV.”

[32 anos, 8ª classe, 1º bairro]

Quase um terço das entrevistadas referiu a malária como a menos perigosa, seguida de constipações, dores e febre. Da mesma forma, é possível perceber diferentes níveis de familiaridade com as diferentes doenças, através das explicações que foram sendo produzidas. Enquanto que os discursos em torno da malária tenderam a ser mais

homogeneos entre si, as explicações etiológicas sobre o VIH/Sida foram as que apresentaram uma maior variação, com constante recurso a expressões como *dizem por aí que...* ou *oiço falar que...*, mostrando uma familiaridade pouco estruturada e inconsistente relativamente a esta doença. Como se pode verificar pelo discurso desta entrevistada:

Essas são as três mais graves. A Cólera é a mais grave de todas, porque quando passam três dias, morre. HIV não sei, só oiço as pessoas que HIV é uma junção das doenças, sentindo cabeça e corpo a doer, sentindo o estômago... Se essas doenças não forem curadas, transforma-se em HIV. Malária é feita com mosquitos. Malária também é perigosa quando não for atendida. (...) Qualquer doença que não for tratada é perigosa. Malária também mata a pessoa.

[36 anos, 8ª classe, 6º bairro]

Num segundo momento da entrevista em que se pretendia aprofundar os conhecimentos sobre a malária, verificou-se uma grande dificuldade na construção de um discurso sobre a doença. A maioria das entrevistadas começou por defini-la através das suas causas (mosquitos, moscas, falta de higiene, acumulação de lixo e poças de água perto de casa, etc.), outras pelos sintomas que provoca e algumas referiram-se à malária apenas pela percepção de perigo que a doença lhes transmite. Poucas desenvolveram as suas respostas para além da associação a um dos factores mencionados. Apenas algumas avançaram com uma explicação mais elaborada, como por exemplo esta *mamã* do 6º bairro:

Malária... malária é uma doença que é provocada por mosquitos. Uma pessoa tem de fazer limpeza da casa, enterrar o lixo, limpar casa de banho, queimar os papeis da casa de banho. Se houver água no quintal é preciso enterrar, evitar que os mosquitos nasçam ali.

[36 anos, 8ª classe, 6º bairro]

Noutros casos, foram apresentadas outras explicações que, apesar de estruturalmente coincidentes com a anterior, eram acrescidas de outros factores explicativos, como é o caso desta *mamã* que diz:

Malária é uma doença assim transmitida por coisa de latrina. Você não fecha a latrina, deixa a água podre aí, sim. Está cheio de coiso, moscas e aí, ou na comida assim não tapa para não entrar mosca, mosquito também, picar e assim. Você apanha malária. (...) Malária apanha-se através de coiso... como já falei, através de mosquito (risos), água podre, não varrer quintal, deixar as coisas de qualquer maneira.

[22 anos, 7ª classe, 1º bairro]

Relativamente aos sintomas, mais de metade das entrevistadas indicaram o corpo quente (febre) como um dos sinais da malária. Apesar de este ser um dos sintomas clinicamente associados a esta doença, algumas *mamãs* identificaram a exposição ao sol e ao calor como factores contribuintes para a malária, associando directamente o estado febril a esta doença. De facto, algumas conversas informais que se foram estabelecendo com alguns elementos da população que estavam mais próximos do nosso quotidiano, revelaram que há uma forte associação da febre com a malária. Um indivíduo chegou a afirmar que *febre é malária* e relatou uma situação em que tinha curado esta doença com Paracetamol. Outros sintomas referidos foram as dores corporais, principalmente a nível da cabeça, a mudança de feição do rosto dos doentes de malária e, com menos frequência, vómitos e fraqueza no corpo. A percepção de sintomas nas crianças foi muitas vezes referida através do aquecimento do corpo e do facto da criança não brincar e/ou chorar.

Quanto às formas de transmissão interpessoal, metade das entrevistadas referiu que se um mosquito picar uma pessoa infectada e, de seguida, picar outra não infectada, esta fica com malária. Esta explicação foi dada por seis das nove entrevistadas do 1º bairro e por três das nove do 6º. Cerca de um quarto das *mamãs* referiu que o contágio pode ser feito através da respiração e partilha de oxigénio entre uma pessoa doente e uma pessoa saudável. Estas respostas concentram-se, essencialmente, no 6º bairro. Como explica uma das entrevistadas:

Quem está doente não pode dormir perto daquele que não está doente. Quando respirar, não pode respirar para a outra pessoa que não tem malária.

[27 anos, 5ª classe, 6º bairro]

As restantes entrevistadas, ou seja cinco, não souberam responder a esta questão ou afirmaram que a malária não se transmite de pessoa para pessoa.

Relativamente ao conhecimento sobre formas de prevenção, a rede mosquiteira foi a medida mais mencionada (por mais de dois terços das entrevistadas), seguida da não acumulação de poços de água perto de casa e de varrer/enterrar o lixo da casa e do quintal. Com menos frequência foi indicado o recurso a repelentes, a insecticidas, à não exposição solar, à limpeza das latrinas, à utilização de espirais de fumo e medicamentos.

Quando se procurou conhecer as fontes informação privilegiadas pelas *mamãs* relativamente a questões relacionadas com a malária, o Hospital foi o local mais vezes referido em ambos os bairros. Nove das entrevistadas do 6º bairro e seis das *mamãs* do

1º referiram este local. Os segundos recursos informativos indicados pelas entrevistadas do 6º bairro foram a escola e os vizinhos, enquanto que no 1º bairro foram os colegas e amigos, os vizinhos e a família. Apenas duas *mamães* (do 1º bairro) fizeram referência à informação que ouvem na rádio e uma (também do 1º bairro) afirmou que aprendeu com os livros. De uma forma geral, as entrevistadas deram conta de várias referências que contribuíram para o que sabem e o que fazem em termos de prevenção e gestão de casos de malária. Foram poucos os casos em que foi indicada somente uma fonte. Apenas uma pessoa no 1º bairro e quatro no 6º indicaram unicamente o hospital. Quando questionadas sobre a eventualidade de pretenderem aprofundar o conhecimento sobre a malária, foram várias as *mamães* do 6º bairro que responderam não saber a quem se dirigir para obter mais informações sobre esta doença e as restantes dividiram-se entre o hospital e os vizinhos. Já no 1º bairro, as respostas variaram entre enfermeiros, agentes de saúde, amigos, escola, vizinhos e, um único caso, livros de saúde.

5.3. Práticas de prevenção e gestão dos recursos terapêuticos

Ao entrar no campo das práticas, verificou-se, nalgumas situações, uma certa coincidência entre conhecimentos sobre prevenção da malária e medidas preventivas adoptadas em casa. No entanto, na maior parte dos casos isso não aconteceu. Enquanto que a maioria das entrevistadas conseguiu identificar entre duas a três medidas, na prática, mais de metade das *mamães* referiu que apenas adoptava uma ou duas medidas de prevenção em suas casas e um terço afirmou que não fazia nada no sentido de prevenir a malária. A medida adoptada mais referida foi o uso de redes mosquiteiras, seguida do uso periódico de insecticida (*Baygon*) e o não acumular água dentro ou perto de casa.

O conhecimento generalizado das redes mosquiteiras, enquanto forma de prevenção da malária, apresentou-se equilibrado entre os dois bairros. No entanto, isso não se reflectiu de igual forma nas práticas preventivas adoptadas. Enquanto que oito das nove entrevistadas do 1º bairro afirmaram que possuíam redes mosquiteiras em casa (com um número médio de 3 redes por casa), no 6º bairro apenas duas *mamães* responderam que possuíam. Do total das 10 entrevistadas a usarem rede, apenas em metade dos casos estas encontravam-se em boas condições (sem buracos). O mesmo se verificou relativamente ao uso de insecticida, o segundo método mais utilizado. Seis entrevistadas do 1º bairro indicaram que usavam regularmente ou ocasionalmente o *Baygon* e apenas uma no 6º bairro referiu essa prática. Quanto ao número de medidas

adoptadas por casa, no 1º bairro chegaram a ser referidas quatro formas de prevenção, enquanto que no 6º bairro não ultrapassaram as duas. De salientar que, com excepção de uma entrevistada, no 1º bairro foi sempre indicado o recurso a, pelo menos, um método preventivo, enquanto que no 6º cinco das nove entrevistadas referiram que não faziam nada, a não ser a pulverização que anualmente ou semestralmente é feita pelos roceadores. Por outro lado, é possível verificar que no 1º bairro foram mais vezes referidas medidas que implicam gastos económicos para a sua aquisição – como é o caso do repelente e do insecticida – enquanto que no 6º bairro houve uma maior concentração de respostas em torno de acções como varrer e enterrar o lixo, não ter poças perto de casa, etc.

Relativamente à pulverização intra-domiciliária, enquanto que todas as entrevistadas do 1º bairro referiram que as suas casas haviam sido pulverizadas pelo menos há 1 ano, um terço das entrevistadas do 6º bairro afirmou que isso nunca tinha acontecido nas suas casas. Como refere uma das *mamãs*:

Nunca fizeram em minha casa. Muitas vezes disseram “amanhã hão-de vir” e não chegaram.

(...) Nem esses meus vizinhos, também nunca.

[35 anos, 5ª classe, 6º bairro]

De uma forma geral, as respostas aos efeitos da pulverização foram positivas. Algumas *mamãs* referiram salientaram o facto de ficaram sem baratas e mosquitos durante duas semanas, e apenas duas demonstraram descontentamento em relação aos resultados – ou porque ficaram com alergia na pele, devido ao produto colocado, ou porque ficaram pouco tempo sem mosquitos em casa. Nove entrevistadas indicaram que a última pulverização tinha sido feita há cerca de um ano e seis indicaram aproximadamente seis meses.

Quanto aos episódios de malária, com a excepção de um caso, foi referido que pelo menos uma criança em cada casa já tinha tido uma ou mais situações de doença. A resposta dada a essa situação, segundo as entrevistadas, foi *correr* para o hospital. Em caso de febres mais altas, é prática comum molhar uma capulana¹⁶ e enrolar a criança até chegar ao posto de saúde. Todas as *mamãs*, sem excepção, elegeram estes recursos como os mais adequados para o tratamento da malária e de febres altas e salientaram a

¹⁶ Pano tradicionalmente utilizado pelas mulheres moçambicanas como saia ou como suporte para carregar os bebés às costas.

necessidade de não esperar muito tempo em casa antes de se dirigirem ao hospital. Como refere uma entrevistada:

... malária, por exemplo, aquelas pessoas que estão lá no campo, lá não há hospital (...) então as pessoas ignoram quando, por exemplo, sentem dores de cabeça um ou dois dias. Ficam pensando que vai passar. Então quando vai ao hospital, já para receber tratamentos, a pessoa já acaba por não resistindo.

[24 anos, 10ª classe, 1º bairro]

Quando confrontadas com outras possibilidades de gestão terapêutica, a resposta mais imediata foi a recusa de outras opções. Apenas nalguns casos as *mamãs* acabaram por admitir que, nessas situações, recorreram primeiro ao *Paracetamol* ou aplicam tratamentos e infusões de plantas tradicionais utilizadas para tratar a malária e estados febris. Uma *mamã* do 1º bairro referiu que, consoante o tipo de febre, recorre a diferentes métodos de tratamento. Segundo esta entrevistada:

... quando a lua se levanta deste lado, está a ver? A criança tem aquela coisa de mudar a temperatura. Às vezes o corpo aquece, às vezes enche a barriga, cresce um pouco. Pronto, você vê que esta criança aqui não está boa, leva aquele medicamento e dá uma colherinha.

[34 anos, 5ª classe, 1º bairro]

Segundo esta *mamã*, esse remédio é feito à base de folhas piladas, cujo nome desconhece, que arranja nos curandeiros. O remédio, preparado com água, tem de repousar um dia e ao segundo dia começa a ser dado à criança. Este tratamento pode durar uma semana e, caso a febre não passe, a criança é levada ao hospital.

Outra *mamã* do 6º bairro, que teve a filha de 4 anos com febre um mês antes da realização da entrevista, explicou o tratamento que fez antes de ir para o hospital:

Cortar cebola, pôr num recipiente, nem que seja numa chávena, corta cebola, deixa ali, depois arranja açúcar, põe muito açúcar. Mas não precisa de ser muuuuito. Depois arranja uma tampa e fecha. Põe no calor, se tiver calor. Há-de sair um líquido e aquele líquido é xarope. É bom xarope.

[22 anos, 11ª classe, 6º bairro]

Para a malária, também já recorreu a tratamentos tradicionais. Explica:

Junta-se dois tipos de plantas que andam por aqui e junta eucalipto. Depois mete-se essas folhas numa panela, deixa ferver, ferver, até baixar um bocadinho aquela água. Depois leva uma bacia, tira aquelas folhas, leva a manta e cobre-se até transpirar.

[22 anos, 11ª classe, 6º bairro]

No entanto, e como a própria *mamã* indicou, o recurso a esses métodos tradicionais caseiros não invalidou a ida ao hospital, servindo apenas para remediar a situação por um ou dois dias.

A possibilidade de recorrer aos curandeiros da região foi referida, por várias entrevistadas, como último recurso, caso o problema não fosse resolvido por outras vias. Algumas *mamãs* afirmaram que os curandeiros não conseguem tratar a malária e outras explicaram que só nas zonas mais distantes, onde não têm nenhum hospital ou centro de saúde perto, é que existe a necessidade de recorrer à medicina tradicional. No entanto, como refere uma *mamã* do 6º bairro:

... isso depende das famílias. Há famílias que acreditam muito mais nas coisas tradicionais. Até agora, se uma pessoa fica doente não falam de malária, foi enfeitada e essas coisinhas todas. Levam a pessoa lá e vão receber coisas que são diferentes e acabam por morrer.

[22 anos, 11ª classe, 6º bairro]

Esta entrevistada, apesar de também conhecer e recorrer a algumas plantas medicinais, só confia na informação que lhe é dada nos hospitais relativamente a este tipo de doenças. Afirma que as ideias que circulam entre as pessoas do seu bairro, vizinhos e amigos, não são *vantajosas*, porque há muitos que não acreditam que a malária possa ser causada pelo mosquito.

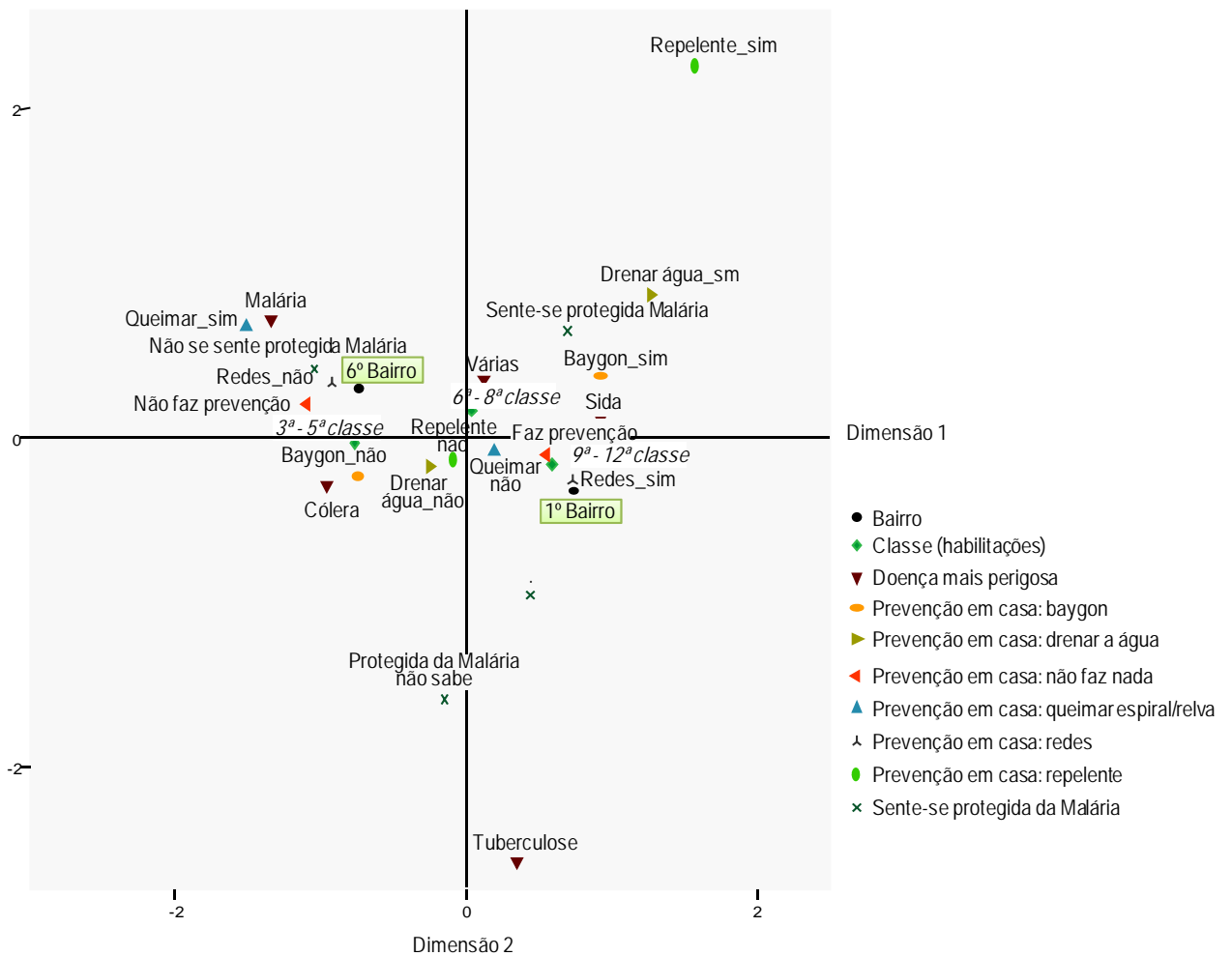
5.4. Configuração das concepções de saúde e práticas de prevenção da malária

Após uma análise de carácter mais descritivo das respostas das entrevistadas, interessa agora verificar como se combinam e associam algumas das variáveis que caracterizam as *mamãs* em estudo. Com o objectivo de encontrar diferentes perfis relativamente às concepções sobre saúde e práticas de prevenção adoptadas, recorreu-se a uma Análise de Correspondências Múltiplas (ACM)¹⁷.

Para a realização da ACM foram seleccionadas as variáveis que mostraram ter uma maior variação em termos da amostra, ou seja, a doença referida como mais perigosa, as práticas de prevenção adoptadas, a sensação de protecção ou exposição à malária, a escolaridade (classe) e, por fim, o bairro onde habitam (o qual, como se verificou na caracterização da amostra, serve igualmente de variável socioeconómica).

¹⁷ Com recurso ao *software* SPSS. Ver procedimentos em Anexo B, p.49

Fig.1 - Configuração das concepções de saúde e práticas de prevenção da malária



Do plano apresentado, é possível observar, no essencial, dois grupos, nos quais se destaca o bairro a que pertencem. Esta oposição entre os dois grupos resulta da capacidade estruturante da dimensão 1, a qual apresenta também uma consistência muito elevada ($\alpha = 0,846$). Um grupo é caracterizado pelas *mamãs* moradoras no 1º bairro, com níveis de escolaridade mais elevados (9ª a 12ª classe). Este perfil tende a considerar o VIH/Sida como a doença mais perigosa e a sentir-se protegido da malária. A este grupo estão associadas práticas preventivas como o uso de redes mosquiteiras, *Baygon* e drenagem de água acumulada em casa ou no quintal. O outro grupo é caracterizado essencialmente por *mamãs* do 6º bairro, com níveis de escolaridade mais baixos (3ª a 5ª classe), com práticas preventivas de menor intensidade, e mesmo inexistentes nalguns casos, de onde se destaca apenas o uso de relva ou espiral para queimar em casa. Há uma tendência das *mamãs* pertencentes a este grupo não se sentirem protegidas da malária e considerarem esta e a Cólera como as doenças mais graves ou perigosas.

6. Discussão dos resultados

Como foi possível verificar através dos resultados apresentados, as concepções relativas às doenças em geral, e à malária em particular, diferem de pessoa para pessoa, mas tendem a ser mais homogêneas dentro de determinados espaços sociais partilhados. Apesar das diferenças que estas assumem nos dois bairros, como foi salientado, a lógica predominante que estabelece o “barómetro” de gravidade de uma doença é comum: ser ou não mortífera. Estas concepções são muito marcadas pelas visões de saúde locais, onde a morte está muito presente no quotidiano e constitui um factor fundamental de diferenciação do nível de gravidade ou perigosidade atribuído às doenças.

Da mesma forma, verificou-se uma diferença acentuada em termos da adopção de práticas preventivas entre as *mamãs* dos diferentes bairros. Esta realidade reflecte o que se foi defendendo no enquadramento dos saberes e comportamentos leigos relativamente à saúde e à doença, onde factores situacionais como, neste caso, económicos e materiais têm um peso bastante significativo. Como se verificou na discussão teórica, as abordagens colectivistas que começaram por se centrar na influência dos valores culturais e dos *outros significativos* enquanto determinantes de comportamentos na doença, acabaram por evidenciar a importância dos factores situacionais – nomeadamente os custos diferenciados na utilização de serviços de saúde. Segundo esta perspectiva, estes factores apresentaram-se como um dos maiores determinantes para os diferentes padrões de utilização destes serviços. Como refere Morgan *et al.*, “these costs of service use are likely to be of particular significance in determining rates of use of preventive health services, where the benefits to be derived are often less immediately apparent.” (1985:86). Apesar de estes bairros pertencerem à mesma cidade, a sua localização em termos de proximidade dos serviços de saúde, de condições habitacionais e territoriais reflecte, como se verificou, as condições económicas de quem neles vive e têm repercussões na vida quotidiana e na gestão de prioridades. Não obstante o conhecimento generalizado de algumas práticas preventivas, como o uso de redes mosquiteiras e de *Baygon*, foram recorrentes as justificações monetárias para a não obtenção desses recursos no 6º bairro. Estas diferenças que se foram afigurando através dos discursos das entrevistadas, revelam algumas hipóteses do que se poderia expectar caso o estudo fosse alargado a comunidades mais distantes desta que é, afinal, uma cidade privilegiada em termos de

recursos, equipamentos de saúde, de circulação de informação e de acesso a determinados bens e serviços.

Relativamente às fontes de informação sobre as questões relacionadas com a malária, estas verificaram-se relativamente homogéneas entre os dois bairros, no que respeita ao recurso de fontes leigas e periciais. Dado o número de respostas referentes às palestras hospitalares, procurou-se perceber, junto do Hospital Rural, como funcionavam, qual a sua regularidade e que conteúdos eram abordados. Estas conferências públicas existem desde 2004, ano em que Ivo Garrido chegou a Ministro da Saúde, e abordam várias doenças como a Malária, VIH/Sida, Tuberculose, Cólera, etc. Dados registados no Hospital indicam que, durante o mês de Agosto de 2008, foram realizadas duas sessões sobre Malária e assistiram 913 pessoas. A nível distrital, no mesmo mês contabilizaram-se 44 sessões com 4730 participantes. Segundo a responsável pelo IEC do hospital de Chókwè, estas palestras duram cerca de 20 minutos, são faladas em *Shangane* e são dadas, muitas das vezes, por alunos de enfermagem. Nestas sessões é explicado o que é a doença, como é transmitida, como pode ser gerida e prevenida. Em termos de prevenção, é habitual o aconselhamento do uso de redes mosquiteiras, da pulverização, de limpar o capim do quintal, eliminar os charcos perto de casa (pois é aí que os mosquitos deixam os seus ovos) e fumegar a casa com capim verde ou folhas de eucalipto. Apesar de todas as entrevistadas terem associado a doença da malária aos mosquitos, uma vez que é a explicação dada nas escolas e nestas palestras regulares que ocorrem dentro do Hospital Rural, quando se procurou aprofundar os seus níveis de conhecimento sobre a doença, as respostas inicialmente baseadas na informação disseminada por estas instituições, foram sendo complementadas com outros conhecimentos partilhados ou associações subjectivas das próprias entrevistadas. Como se verificou, as respostas variaram entre mosquitos, moscas que pousam na comida ou em feridas, acumulação de águas e de lixo perto de casa, falta de higiene das latrinas, queimaduras de sol, ventanias e poeiras. Isto reflecte o carácter construído dos saberes leigos, resultante de uma apropriação *reflexiva* das referências periciais, assim como de uma mobilização e gestão de vários recursos cognitivos, articulados com a própria experiência individual e socialmente partilhada.

A articulação dos conhecimentos e saberes construídos com a adopção de comportamentos de saúde e doença é complexa e desenvolve-se em torno, entre outros factores, do sistema de representação e interpretação do infortúnio, da doença e da saúde predominantes em contextos específicos. Os modelos explicativos da etiologia da

doença e da função humana relacionam a causa e a natureza da doença com as escolhas em termos de prevenção e tratamento (O’Conner, 1998), permitindo *itinerários* diferenciados de gestão terapêutica. Apesar de todas as entrevistadas terem referido que não dispensavam o recurso ao posto de saúde em caso de sintomas de febre ou malária, deram conta de algumas situações em que elas próprias, e principalmente os vizinhos, recorriam a tratamentos tradicionais feitos em casa ou a curandeiros. Estas opções de gestão de recursos terapêuticos reflectem a situação actual do sistema de saúde moçambicano, o qual integra dois sistemas de etnomedicinas. Em Moçambique, a medicina tradicional e a convencional (biomedicina) coexistem e, muitas das vezes, vão-se cruzando nas práticas quotidianas de gestão terapêutica. Como explica José Fialho, “o primeiro [sistema tradicional] reclama-se de uma legitimidade que assenta na sua eficácia simbólica, espiritual, social e físico-química, o segundo [sistema convencional] reclama-se de uma legitimidade científica do conhecimento experimentado da físico-química, do orgânico.” (2003:123). Apesar dos esforços de integração dos dois campos em *sistemas integrados de cuidados de saúde*, existe uma resistência por parte dos praticantes de biomedicina moçambicanos em incluir as práticas de *superstição, magia e feitiçaria* (Granjo, 2009) que os *vanyanga* não renunciam. Como estes defendem, “um nyanga não se limita, nem pode limitar, a tratar os sintomas e a doença, tendo também de resolver as razões sociais que lhe subjazam e terão propiciado o seu aparecimento.” (Granjo, 2009:251). Segundo o responsável pela Saúde Comunitária do Centro de Saúde de Guijá¹⁸, têm sido realizadas reuniões anuais com os praticantes de medicina tradicional, de forma a estabelecer uma ligação entre eles e uniformizar os métodos de tratamento dos doentes. Refere que, antigamente, as pessoas ficavam muito tempo nos curandeiros e só mais tarde recorriam aos centros de saúde, com a situação já agravada. Assim, com estas reuniões anuais conseguiram chegar a um consenso em torno do tratamento adequado para a malária e, segundo refere, os próprios *vanyanga* concordaram em encaminhar esses doentes para os postos de saúde. No entanto, como explica este responsável, nas comunidades mais distantes das unidades de saúde, as pessoas tendem a recorrer primeiro a um curandeiro e é recorrente observar, nos Postos de Socorro, algumas pessoas a vomitarem raízes *ou algo mais*, por terem optado previamente por um tratamento caseiro. Refere, ainda, que tanto homens como mulheres aparecem para o tratamento de malária, mas os primeiros

¹⁸ Distrito que faz fronteira com Chókwè

tendem a aguentar cerca de dois ou três dias a mais do que as mulheres, por confundirem os sintomas da doença com os efeitos secundários do álcool.

As informações recolhidas, quer através dos discursos das *mamãs* entrevistadas, quer através de diversas fontes disponíveis no terreno, dão-nos conta do carácter pluralista presente nos processos de identificação, percepção e interpretação de uma situação de doença que influenciam as práticas diferenciadas e limitadas pelas possibilidades específicas dos contextos em que os indivíduos se encontram. Apesar do carácter instável da aceitação social de recursos terapêuticos alternativos à biomedicina, tal não impede que a prática pluralista da gestão terapêutica se concretize.

7. Considerações finais

Ao longo deste trabalho, tentou-se demonstrar a importância do sistema de referencial leigo enquanto categoria analítica para a compreensão das práticas e das concepções socialmente construídas de saúde e doença. O que se verifica neste estudo é uma tendência para os indivíduos aceitarem as explicações biomédicas, acumulando-as e combinando-as com outros entendimentos e outras leituras. Isto demonstra o carácter reflexivo (e não passivo) destas construções cognitivas e remete para a necessidade do aprofundamento do conhecimento sociológico sobre as lógicas e racionalidades leigas que estabelecem os critérios para a adopção de determinadas práticas preventivas e terapêuticas. Como foi possível verificar, os indivíduos transportam para a gestão da saúde e da doença uma combinação de recursos cognitivos de carácter pluralista, que se conjugam com factores socioculturais, políticos e económicos.

O conhecimento aprofundado destes factores é essencial para o sucesso da implementação de projectos de intervenção e controlo da malária (como de qualquer outra doença ou problema social), que tenham por base uma perspectiva sustentável e, para tal, de envolvimento comunitário. A sensibilidade cultural dos programas de desenvolvimento, educação e promoção de saúde passa por perceber as lógicas e racionalidades sociais e individuais, assim como os contextos e circunstâncias locais onde se produzem e/ou reproduzem determinados comportamentos. Este estudo mostra a importância de se compreender de que forma esses entendimentos, percepções e práticas locais se desenvolvem e se constroem em torno das doenças em geral, e da malária em particular.

Reconhecer o dinamismo e relatividade presentes nas questões de saúde e doença, enquanto categorias construídas com base na experiência individual e colectiva, familiar ou comunitária, nas perspectivas leigas de quem as vive e de quem as gere, permite compreender a importância dos factores socioculturais nas diferentes formas de responder a um mesmo problema. Por outro lado, alcançar as configurações que uma doença como a malária assume num determinado contexto, passa por compreender as relações entre estrutura social e acção individual e colectiva que as alicerçam. Como nos diz C. Jones e H. Williams, “it is only when cultural perceptions of illness are considered in conjunction with the social context in which they occur that we can start to understand human illness behaviors and their consequences for observed patterns of disease.” (2004). Conclui-se, então, que o reconhecimento da coexistência de uma

variedade de formas de conhecimento permite estudar as questões da saúde e da doença de uma forma mais abrangente e holística e contribui para um melhor entendimento dos seus padrões nas sociedades contemporâneas.

Como inicialmente referido, os objectivos que este estudo se propôs alcançar tinham como base servir de instrumento para o planeamento e adaptação das estratégias da componente IEC, com vista à mudança de comportamentos e adopção de práticas saudáveis por parte das comunidades beneficiárias de um projecto integrado de controlo da malária na região de Chókwè. No que respeita a este ponto, julga-se que os objectivos foram cumpridos. No entanto, partindo deste trabalho exploratório, seria apropriado desenvolver e aprofundar outras questões que um estudo desta natureza não pode responder. Em primeiro lugar, seria importante um estudo quantitativo (extensivo) alargado a toda a região de Chókwè, de forma a fornecer indicadores que permitam, também, medir e quantificar o impacto do projecto na população. Esse estudo poderia integrar a diferenciação rural/urbano de que vários autores deram conta e perceber as diferenças existentes entre as várias comunidades. Em segundo lugar, as questões linguísticas deveriam ser reavaliadas. Nesta fase exploratória de carácter mais qualitativo, os constrangimentos linguísticos tornam mais limitativo a construção discursiva e o diálogo que se pretende estabelecer entre o entrevistador e o entrevistado. No entanto, um estudo extensivo, com o predomínio de perguntas fechadas e com o recurso a inquiridores locais, poderia atenuar o problema das traduções e, desta forma, abarcar uma população menos escolarizada ou menos familiarizada com a língua portuguesa. Em terceiro e último lugar, seria interessante alargar o estudo aos praticantes de medicina tradicional e biomédica, assim como aos líderes comunitários e religiosos, incluindo os professores, cujos papéis de transmissores de informação e influência nas comunidades são bastante vinculados.

Referências bibliográficas

Airhihenbuwa, Collins O. (1995), *Health and Culture: beyond the western paradigm*. California: Thousand Oaks, Sage Publications.

Alves, Paulo C.; Minayo, Maria C.S. (org.s), (1998 [1ª ed. 1994]), *Saúde e Doença – um olhar antropológico*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Carapinheiro, Graça (1986), “A saúde no contexto da sociologia”, *Sociologia – Problemas e Práticas*, 1: 9-22.

Carvalho, Helena (2008), *Análise multivariada de dados qualitativos*, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Comoro, C.; Nsimba, S.; Warsame, M.; Tomson, G. (2003), “Local understanding, perceptions and reported practices of mothers/guardians and health workers on childhood malaria in a Tanzanian district – implications for malaria control”, *Acta Tropica* 87: 305-313

Deressa, Wakgari (2007), “Treatment-seeking behavior for febrile illness in an area of seasonal malaria transmission in rural Ethiopia”, *Malaria Journal*, 6:49.

Bradbury, Kathryn; Edward, Anbrasi (2005), *Community-Based Solutions for Effective Malaria Control: Lessons from Mozambique*. World Relief, The CORE Group e USAID.

Espino, Fe; Manderson, Lenore. (2000), “Treatment seeking for malaria in Morong, Bataan, The Philippines”, *Social Science & Medicine* 50: 1309-1316.

Fialho, José. (2003), “A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde”, *Cadernos de Estudos Africanos*, 4: 121-134

Freidson, Eliot (1970), “Influence du client sur l’exercice de la Médecine”, in Claudine Herzlich (org.), *Médecine, maladie et société*. Paris: Mouton, 225-238.

Freidson, Eliot (1984 [orig.1970]), *La profession médicale*. Paris: Payot.

Ghiglione, Rodolphe; Matalon, Benjamin (2001 [orig.1977]), *O Inquirito – teoria e prática*. Oeiras: Celta Editoras.

Granjo, Paulo (2009), “Saúde, Doença e Cura em Moçambique”, in Elsa Lechner (Eds.), *Migração, Saúde e Diversidade Cultural*, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 249-274.

Jones, Caroline; Williams, Holly A. (2004), “The Social Burden of Malaria: what are we measuring?”, *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 71 (suppl 2): 156-161.

Kaona, Frederick; Tuba, Mary (2005), “A qualitative study to identify community structures for management of severe malaria: a basis for introducing rectal artesunate in

the under five years children in Nakonde District of Zambia”, *BMC Public Health*, 5:28.

Lopes, Noémia M. (2007); “Automedicação, Saberes e Racionalidades Leigas em Mudança”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78: 119-138.

Lupton, Deborah (1994), *Medicine as Culture – Illness, Disease and the Body in Western Societies*, London: Sage Publications.

Malik, Elfath; Hanafi, Kamal; Ali, Salah; Ahmed, Eldirdieri; Mohamed, Khalid (2006), “Treatment-seeking behavior for malaria in children under five years of age: implication for home management in rural areas with high seasonal transmission in Sudan”, *Malaria Journal*, 5:60.

Massaca, G., Ghilagaber, G., Bernhardt, E., Diderichsen, F., Burström, B. (2003) “Inequalities in child mortality in Mozambique: differentials by parental socio-economic position”, *Social Science & Medicine* 57, 2255-2264.

Mausner, Judith; Bahn, Anita (1999 [1ªed. 1984]), *Introdução à Epidemiologia*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

McClellan, Stuart; Shaw, Alison (2005); “From schism to continuum? The problematic relationship between expert and lay knowledge – an exploratory conceptual synthesis of two qualitative studies”, *Qualitative Health Research*, 15 (6): 729-749.

Ministério da Administração Estatal - República de Moçambique (2005), *Perfil do Distrito de Chókwè, Distrito de Gaza*.

Morgan, Myfanwy, Calnan, Michael; Manning, Nick (1985), *Sociological Approaches to Health and Medicine*. London: Routledge.

Nettleton, Sarah (1995), *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Polity Press.

O’Conner, Bonnie (1998), “Healing Practices”, in Loue, Sana *Handbook of Immigrant Health*, New York: Plenum Press, 145-162.

Opiyo, Pamela; Mukabana, Richard; Kiche, Ibrahim; Mathenge, Evan; Killeen, Gerry; Fillinger, Ulrike (2007) “An exploratory study of community factors relevant for participatory malaria control on Rusinga Island, western Kenya.” *Malaria Journal*, 6 (48).

PNUD (2006), Relatório Nacional do Desenvolvimento Humano de Moçambique 2005, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Maputo (www.unicef.org/mozambique/pt/NHDR2005_POR.pdf, consultado em 02/2008)

Popay, Jennie; Williams, Gareth (1996), “Public health research and lay knowledge”, *Social Sciences & Medicine*, 42 (5): 759-768.

Prior, Lindsay (2003) “Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology”, *Sociology of Health & Illness*, 25: 41-57.

República de Moçambique, Ministério da Saúde, *PNCM - Documento Estratégico para o Controlo da Malária em Moçambique - Julho 2006-2009*.

Ribeiro, José L.P. (1998), *Psicologia e Saúde*, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada-CRL.

Roll Back Malaria (www.rbm.who.int, consultado em 04/2008)

Silva, Luísa F. (2008), *Saber Prático de Saúde – as lógicas do saudável no quotidiano*. Porto: Edições Afrontamento.

Snow, Robert; Guerra, Carlos; Noor, Abdisalan; Myint, Hla; Simon, Hay (2005) “The global distribution of clinical episodes of plasmodium falciparum malaria”, *Nature*, 434: 214-217.

Stacey, Margaret; Homans, Hilary (1978), “The Sociology of Health and Illness: its present state, future prospects and potential for health research”, *Sociology*, 12.

Stroebe, Wolfgang; Stroebe, Margaret (1999) *Psicologia Social e Saúde*. Instituto Piaget, Lisboa.

USAID *Mozambique Country Strategic Plan*, FY 2004–2010.

USAID (2000), *Netmark Regional Africa Program Briefing Book – Insecticide Treated Materials in Mozambique*.

Vivek, Pramila; Hackethal, Verónica; Heggenhougen, H. Kristian (2003), “The behavioural and social aspects of malária and its control”, UNDP/ World Bank/ WHO - *Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR)*.

WHO (2005), *Malaria Indicator Survey. Basic documentation for survey design and implementation*. Roll Back Malaria, Monitoring and Evaluation Reference Group.

WHO (2006), *The Africa Malaria Report 2006*.

WHO (2008a), *World Malaria Report 2008*.

WHO (2008b), *The global burden for disease: 2004 update*.

WHO (<http://www.who.int/countries/moz/en/index.html>, consultado em 07/2008)

WHO, *Drug resistance: malaria* (<http://www.who.int/drugresistance/malaria/en/>, consultado em 08/2009)

WHO, *Global Malaria Programme*, <http://www.who.int/malaria/>, consultado em 04/2008)

WHO, UNICEF (2005), *World Malaria Report 2005 – executive summary* (http://www.rollbackmalaria.org/wmr2005/html/exsummary_en.htm, consultado em 02/2008)

WHO, UNICEF, USAID (2005), *Avaliação das Unidades Sanitárias, Moçambique 2005 – avaliação integrada às doenças da infância.*

Winch, Peter; Makemba, Ahmed; Makame, Viola; Mfaume, Mfaume; Lynch, Matthew; Premji, Zul; Minjas, Japhet; Shiff, Clive (1997), “Social and cultural factors affecting rates of regular retreatment of mosquito nets with insecticide in Bagamoyo District, Tanzania”, *Tropical Medicine and International Health*, 2 (8): 760-770.

Zborowski, Mark (1960), “Cultural components in responses to pain”, in Apple, D. (org.), *Sociological Studies of Health and Sickness*. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc.

Zola, Irving (1975), “Culture and symptoms: an analysis of patients’ presenting complaints”, in Cox, C.; Mead, A. (org.s), *A Sociology of Medical Practice*, London: Collier-Macmillan, 23-48.

ANEXOS

Anexo A – Distribuição dos recursos por bairro

Quadro 1 – Distribuição de recursos por bairro

		1º Bairro		6º Bairro	
		N	%	N	%
água canalizada	Sim	9	100,0	-	-
	Não	-	-	9	100,0
	Total	9	100,0	9	100,0
electricidade	Sim	8	88,9	1	11,1
	Não	1	11,1	8	88,9
	Total	9	100,0	9	100,0
celular	Sim	8	88,9	2	22,2
	Não	1	11,1	7	77,8
	Total	9	100,0	9	100,0
rádio	Sim	4	44,4	2	22,2
	Não	5	55,6	7	77,8
	Total	9	100,0	9	100,0
televisão	Sim	7	77,8	2	22,2
	Não	2	22,2	7	77,8
	Total	9	100,0	9	100,0
frigorífico	Sim	6	66,7	-	-
	Não	3	33,3	9	100,0
	Total	9	100,0	9	100,0
carro ou mota	Sim	3	33,3	1	11,1
	Não	6	66,7	8	88,9
	Total	9	100,0	9	100,0
bicicleta	Sim	2	22,2	2	22,2
	Não	7	77,8	7	77,8
	Total	9	100,0	9	100,0
animais	Sim	3	33,3	4	44,4
	Não	6	66,7	5	55,6
	Total	9	100,0	9	100,0
machamba	Sim	3	33,3	3	33,3
	Não	6	66,7	6	66,7
	Total	9	100,0	9	100,0

Anexo B – Procedimentos estatísticos da ACM

Quadro 2 – Processo de Iteração

Iteration Number	Variance Accounted For		Loss
	Total	Increase	Total
23(a)	2,806031	,000008	5,193969

a The iteration process stopped because the convergence test value was reached.

Como se pode verificar no quadro 2, o somatório da variância total com a perda (loss) é de 8, o que corresponde ao número de variáveis activas que entraram para a análise. As variáveis *Bairro* e *Classe* entraram como suplementares, de forma a serem projectadas na configuração espacial estruturada pelas activas.

Quadro 3 – Sumário do Modelo

Dimension	Cronbach's Alpha	Variance Accounted For		
		Total (Eigenvalue)	Inertia	% of Variance
1	,846	3,856	,482	48,196
2	,492	1,756	,220	21,955
Total		5,612	,702	
Mean	,736 ^a	2,806	,351	35,075

a. Mean Cronbach's Alpha is based on the mean Eigenvalue.

O sumário do modelo fornece medidas que permitem verificar a qualidade das dimensões em análise. Através dos valores próprios (eigenvalue) e da inércia que disponibiliza a variância em termos relativos, é possível analisar a variância explicada por cada dimensão. A inércia varia entre 0 e 1 e quanto mais perto do limite superior maior a variância explicada, por dimensão (Carvalho, 2008). Apesar de, neste caso, os valores da inércia se apresentarem relativamente baixos, como afirma Benzécri (1982, citado por Carvalho, 2008), “a reduzida expressividade numérica não terá de significar falta de qualidade da análise. Poderá acontecer que os perfis individuais se afastem pouco do perfil médio, pelo que os valores da inércia serão, por esse motivo, fracos mas não necessariamente menos interpretáveis” (2008:67).

A representação das medidas de discriminação permite perceber a forma como as duas dimensões são afectadas pelas variáveis.

Quadro 4 – Medidas de Discriminação

	Dimensões	
	1	2
Doença mais perigosa	0,702	0,459
Prevenção em casa: redes	0,681	0,085
Prevenção em casa: baygon	0,542	0,087
Prevenção em casa: repelente	0,145	0,306
Prevenção em casa: drenar a água	0,322	0,153
Prevenção em casa: queimar espiral/relva	0,287	0,055
Prevenção em casa: não faz nada	0,596	0,021
Sente-se protegida da Malária	0,580	0,590
Bairro (a)	0,547	0,091
Classe (a)	0,541	0,224
Inércia	0,482	0,220

a Supplementary variable.

As variáveis assinaladas são as que mais discriminam em cada uma das dimensões.

Anexo C – Guião das Entrevistas

Questionário de Caracterização Sociodemográfica:

- . Vive em que bairro?
- . Quantos anos tem?
- . É casada?
- . Se não, tem algum companheiro actualmente?
- . Quantas pessoas vivem em sua casa (a contar com a mamã)?
- . Quantos são...
 - Filhos?
 - Marido/Companheiro?
 - Sogra?
 - Cunhados?
 - Outras crianças?
 - Mais alguém?
- . No caso de haver mais crianças, é a mamã que cuida delas?
- . Quantos **anos** têm os seus filhos?
- . Quantas crianças que estão ao seu cuidado?
- . Reza?
- . Se sim, em que **igreja**?
- . Que **línguas** é que a mamã fala?
- . Andou na **escola**? Se sim, até que classe?
- . Qual é a sua **ocupação/trabalho** principal durante o ano?
- . E qual é a **ocupação/trabalho** principal do seu companheiro durante o ano?
- . Em sua casa, qual o tipo de **fogo** (combustível) que utiliza para cozinhar?
- . A sua família (que vive consigo) tem...
 - Água canalizada?
 - Electricidade?
 - Telefone?
 - Celular?
 - Rádio?

Televisão¹⁹?

Geleira²⁰?

- . A sua família (que vive consigo) tem **transporte** pessoal?
- . A sua família (que vive consigo) tem **animais**? Se sim, quantos?
- . A sua família (que vive consigo) tem **machamba**?
- . Se sim, é para consumo da família ou também **vende** alguns produtos?

Entrevista:

Agora queria falar sobre questões relacionadas com saúde.

- . Sabe quais são as **doenças** que mais afectam as **famílias em Chókwè**?
- . Quais as doenças que considera **mais graves** e/ou perigosas? E as doenças **menos graves/** perigosas?

Disse-me que tem [X] filhos com menos de 5 anos. Estes meninos costumam ter febre (temperatura, corpo quente) com muita frequência?

- . Quando foi a **última vez** que cada um desses meninos teve **febre** (temperatura, corpo quente)?

-- As duas perguntas seguintes são apenas para o último filho que teve febre

- . Fez algum tipo de **tratamento em casa**? Se sim, o que fez para cuidar do seu filho?
- . Procurou ajuda ou tratamento/aconselhamento **fora de casa**? Se sim, onde?

Agora queria falar sobre a Malária. Queria que me explicasse:

- . O que **sabe sobre a Malária**/Paludismo/Muzototo/Dzedzedze?
- . Como é que as pessoas **apanham/ficam com malária**?
- . Como se **transmite** a malária? Uma pessoa pode passar a outra? Se sim, como?
- . Como é que sabe quando uma pessoa tem malária?
- . O que é que as pessoas podem fazer para **evitar malária**?
- . O que é que as pessoas **devem fazer** quando uma **criança tem malária**?
- . O que é que as pessoas **devem fazer** quando uma **criança tem febres muito altas/convulsões**?

¹⁹ Pode ser via bateria

²⁰ Há geleiras a gás e a petróleo

- . **Onde aprendeu** tudo o que sabe sobre a malária?
- . **Se quisesse saber mais** sobre a malária (em termos de controlo, prevenção, tratamento, etc.), quem consultaria?
- . Há muitos casos de **malária no Chókwè**?
- . Há pessoas que apanham malária mais facilmente do que outras?
(*diferenças entre homens e mulheres / crianças e adultos*)
- . Se sim, quem são essas pessoas? Qual o motivo para uns apanharem mais facilmente do que outros?
- . Em sua **casa**, faz alguma coisa para **prevenir a malária**?
(*Se sim, o que faz?*)
- Caso refira que tem redes mosquiteiras em casa, saltar a próxima pergunta
- . Tem **redes mosquiteiras** em casa?
- Caso não tenha redes em casa, saltar as duas próximas perguntas
- . **Quantas redes** mosquiteiras tem em sua casa? E quantas são **utilizadas**?
- . **Quem** é que costuma **dormir debaixo da rede**?
- . O que pensa sobre as redes mosquiteiras?
- . Costuma utilizar algum **produto para matar os mosquitos** em casa?
- . Já ouviu falar da **pulverização intradomiciliária**? Sabe para que serve?
- . A sua casa já foi pulverizada?
- . O que pensa sobre as pulverizações intradomiciliárias com produtos insecticidas?

Existem alguns tratamentos tradicionais, mais antigos, para tratar as febres altas ou a malária.

- . Podia descrever-me os que conhece?
- . Alguma vez utilizou algum desses tratamentos?
- . Se sim, quando utilizou este tratamento pela última vez?