



CIEA7 #40:

PLURALISMO MEDICO: PERSPECTIVAS UTILITARIAS EN LA INTERACCIÓN
ENTRE MEDICINAS EN ÁFRICA.

Carla Ferreira Rodrigues[©]

carla.rodrigues@iscte.pt

Estratégias Leigas de Gestão Terapêutica da Malária em Moçambique:

estudo qualitativo na cidade de Chókwè

A malária constitui 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. Em África, constitui um dos maiores problemas de saúde pública, afectando principalmente crianças com menos de cinco anos e mulheres grávidas.

De forma a compreender o fenómeno da malária, este estudo tem como objectivo analisar práticas e conhecimentos leigos em termos de concepção, prevenção e gestão de recursos terapêuticos, numa região onde esta doença é endémica. Foram realizadas entrevistas semi-directivas a mães de crianças com cinco ou menos anos na cidade de Chókwè, Moçambique.

Este estudo mostra como 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 e económicos – onde as explicações biomédicas são combinadas com outras formas de conhecimento.

Malária, Moçambique, Sociologia da Saúde e da Doença.

[©] CIES, ISCTE-IUL - Centre for Research and Studies in Sociology.

INTRODUÇÃO

A discussão sobre os conhecimentos e as práticas leigas de gestão e prevenção terapêuticas em saúde tem assumido um lugar cada vez mais importante, não só na sociologia, como nas ciências sociais em geral. Nesta sessão, serão apresentados alguns dos principais resultados obtidos através de um estudo sociológico realizado em Chókwè, Moçambique, sobre as perspectivas leigas relacionadas com a malária¹.

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 de um *Anopheles* fêmea infectado, assim como de transfusões de sangue, de agulhas ou seringas contaminadas e de mãe para filho, antes ou durante o parto, e durante o aleitamento. O *Plasmodium falciparum* é o parasita dominante em toda a região africana, sendo responsável por cerca de 91% de todas infecções da malária estimadas no mundo em 2006, das quais 86% concentram-se na Região Africana (WHO, 2008a). 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 imunitários (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 morte².

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 aproximadamente 1 milhão de mortes por ano. Estima-se que, em 2006, esta doença foi

¹ Esta investigação foi financiada, entre outros recursos, pela *Farmácia AISIR – produtos farmacêuticos* e pelo *Laboratórios Delta, Portugal*.

² Roll Back Malaria (www.rbm.who.int, consultado em 04/2008)

responsável por cerca de 881 mil mortes, das quais 91% ocorreram em África e 85% em crianças com menos de cinco anos de idade (WHO, 2008a). A malária é responsável por 7% das mortes em crianças com menos de cinco anos em todo o mundo – 5ª maior causa (WHO, 2008b) e 39% das mortes de crianças dos 0 aos 8 anos em Moçambique (WHO, UNICEF, USAID, 2005).

Moçambique é um dos dez países mais afectados pela malária, sendo este um dos principais problemas de saúde pública do país. Esta doença é responsável por cerca de 40% das consultas externas, por 60% das hospitalizações e consultas internas nos hospitais pediátricos, e por um terço das mortes hospitalares (A. Edward e K. Bradbury, 2005) – correspondendo à principal causa de mortalidade nos hospitais em Moçambique (Ministério da Saúde – MISAU)³. Estima-se que seja responsável por 44 a 66 mil mortes por ano (A. Edward e K. Bradbury, 2005), 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 (Ministério da Saúde – MISAU)⁴.

Sendo uma das causas mais importantes de mortalidade em todo o mundo, o seu controlo e redução fazem parte dos objectivos de várias iniciativas e planos estratégicos nacionais e internacionais. 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 doença 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 sejam extremamente importantes, e constituam factores de risco imediatos, o comportamento das pessoas e a forma como os factores sociais, culturais e económicos condicionam as suas vidas são igualmente cruciais e constituem riscos fundamentais para a proliferação da doença. Nesse sentido, o estudo que aqui se apresenta, tendo por base uma perspectiva sociológica, procurou conhecer e analisar as percepções, os conhecimentos e as práticas associadas à malária, em termos de concepção, prevenção e gestão dos recursos terapêuticos, numa região onde a prevalência desta doença é bastante significativa.

ABORDAGEM METODOLÓGICA

A participação num projecto integrado de controlo da Malária na região de Chókwè, em Moçambique – *Tisuna Muzototo* – do Instituto de Higiene e Medicina Tropical,

³ MISAU

(http://www.misau.gov.mz/pt/epidemias_endemias/malaria/programa_nacional_de_controlo_da_malaria_relatorio_prestacao_de_contas_2006, consultado em 08/2010)

⁴ *idem*

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 Cidade de Chókwè, pertencente ao distrito de Chókwè, 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. A cidade 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.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é composta por 18 *mamãs* – divididas entre os dois bairros referidos (urbanizado e não-urbanizado) – com idades compreendidas entre 16 e 36 anos e com níveis de escolaridade que variam entre a 3ª e a 11ª classe. A religião predominante é a católica, seguida da muçulmana, e o número de filhos das *mamãs* varia entre um e cinco – ao que por vezes acrescem outras crianças a seu cargo. A ocupação principal das entrevistadas divide-se entre os trabalhos domésticos, o trabalho nas *machambas*⁵ (das próprias ou dos seus patrões) e, menos frequente, a dedicação aos estudos. Relativamente às condições socioeconómicas, os contrastes entre os dois bairros são bastante evidentes. O acesso a água canalizada e a electricidade é praticamente exclusivo das moradoras do 1º Bairro. O mesmo acontece em relação à posse de telemóveis, televisão e frigorífico, sendo que, os únicos bens com uma distribuição mais equitativa em termos de bairros, correspondem ao rádio, à bicicleta, à posse de animais e *machamba*.

RESULTADOS

Através de uma análise temática aberta dos discursos das entrevistadas, surgiram, essencialmente, duas grandes dimensões – *construção discursiva da doença e práticas de*

⁵ Parcela de terreno agrícola

prevenção e gestão terapêutica. Apresentam-se aqui, de forma bastante resumida, os principais resultados obtidos, dando maior ênfase às estratégias de gestão terapêutica da malária.

Foram várias as doenças mencionadas pelas entrevistadas como as que mais afectam as famílias de Chókwè, nomeadamente, 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. Quando se procurou estabelecer uma hierarquia em termos de gravidade entre as doenças, as respostas foram variando. No entanto, apesar dessa diversidade de respostas, o principal critério utilizado nas justificações que foram sendo apresentadas em torno da maior ou menor gravidade de determinadas doenças, esteve sempre directamente ligado à possibilidade da sua cura ou da morte inevitável. Estas concepções são muito marcadas pelas visões de saúde locais, onde a morte está muito presente no quotidiano desta população. Da mesma forma, foi 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 homogêneos 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...*, o que reflecte, igualmente, o contexto histórico local das diferentes doenças.

Ao entrar no campo das práticas, verificou-se, nalgumas situações, uma certa descoincidência entre conhecimentos sobre prevenção da malária e medidas preventivas adoptadas em casa. Enquanto que a maioria das inquiridas conhecia entre duas a três medidas, na prática, mais de metade das *mamãs* referiu que apenas adoptava uma ou duas em sua casa, sendo que um terço afirmou que não fazia nada no sentido da prevenção desta doença. Em termos comparativos, chegaram a ser referidas quatro formas de prevenção adoptadas nos lares das entrevistadas do 1º bairro (urbanizado) e apenas duas nas entrevistadas do 6º bairro (não-urbanizado). Por outro lado, verificou-se que no 1º bairro foram mais vezes referidas medidas que implicam gastos económicos para a sua aquisição (como é o caso do repente e do insecticida), enquanto 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. O conhecimento generalizado das redes mosquiteiras, enquanto forma de prevenção da malária, apresentou-se equilibrado nos dois bairros. No entanto, isso não se reflectiu de igual forma nas práticas preventivas adoptadas. Enquanto oito das nove entrevistadas do 1º bairro possuíam redes mosquiteiras em casa, o mesmo só se verificou em duas das *mamãs* do 6º bairro. Para além disso, do total das dez entrevistadas a usarem rede, apenas em metade dos casos estas encontravam-se em boas condições (sem buracos).

Quanto aos episódios de malária, com a exceção 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 capulana⁶ e enrolar a criança até chegar ao posto de saúde. De facto, todas as *mamãs*, sem exceção, elegeram estes recursos como os mais adequados para o tratamento da malária e de febres altas e salientaram a necessidade de não esperar muito tempo em casa antes de se dirigirem ao hospital. 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 aplicaram tratamentos e infusões de plantas tradicionais utilizadas para tratar a malária e estados febris. 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, depende das famílias, porque há quem acredite muito mais nas *coisas tradicionais*.

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. 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* (Granje, 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.” (Granje, 2009:251). Segundo o responsável pela Saúde Comunitária do Centro de Saúde de Guijá⁷, 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

⁶ Pano tradicionalmente utilizado pelas mulheres moçambicanas como saia ou como suporte para carregar os bebés às costas.

⁷ Distrito que faz fronteira com Chókwè

explica este responsável, nas comunidades mais distantes das unidades de saúde, as pessoas tendem a recorrer primeiro a um curandeiro e é frequente 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 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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.